PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Dr. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XXXIX. — 1900.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1900.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXXIX „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice. — A. O. oznacza artykuł oryginalny).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne prace oryginalne.

C. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Sprawozdania ze Zjazdów lekarskich.

IV. Odcinek.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

VI. Korespondencye.

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

VIII. Nekrologia.

IX. Alfabetyczny spis rzeczy, zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

SPIS AUTORÓW.

Rok XXXIX. Kraków, 6 Stycznia 1900. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Jaśnie Wielmożnemu Panu

Profesorowi Drowi Edwardowi Korczyńskiemu

Radcy Dworu i Dyrektorowi kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego

w 25 rocznicę Jego działalności nauczycielskiej

poświęcają prace w tym numerze zawarte, jako wyraz głębokiej czci

Autorowie.

I. **Z Zakładu chemii lekarskiej i kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.**

O stosunku kwasu fosforowego do wapnia i magnu przy tzw. fosfaturyi.

Napisał
Dr. Kazimierz Panek
asystent Zakładu higieny w Uniw. lwowskim.

Pod nazwą fosfaturyi w ścisłem znaczeniu należałoby rozumieć wydzielanie się moczem znacznej ilości kwasu fosforowego, a mianowicie w postaci fosforanów ziemnych. W znaczeniu jednakże klinicznem mówimy pospolicie o fosfaturyi wtedy, jeśli mocz bezpośrednio wydzielony bywa mętny od nierozpuszczonych fosforanów ziemnych, lub też jeżeli takowy przy ogrzaniu aż do zagotowania wykazuje zmącenie bądźto słabe, bądź silniejsze, wydzielając fosforan wapniowy zasadowy (t. zw. fosforan kostny).

Ciężar gatunkowy takiego moczu bywa różny, niekiedy bardzo niski, to znowu wysoki, jakoteż różne bywa jego oddziaływanie: słabo kwaśne, obojnacze lub obojętne, a nawet alkaliczne (zwykle jednak nawet przy słabo-kwaśnem oddziaływaniu zawiera mocz taki nader małą ilość węglanu amonowego). Osad takiego moczu, badany pod drobnowidem, wykazuje najczęściej drobnoziarnistą masę, złożoną z fosforanu wapniowego zasadowego, obok charakterystycznych, bądź klinowatych lub igiełkowatych, bądź też gwiazdkowato ułożonych kryształków rażno wydzielonego fosforanu wapniowego, wraz z magnem, jakoteż nielicznych wykształconych kryształków kształtu pryzmatycznego fosforanu amonowo-magnowego. Częstokroć można wśród takiego osadu dostrzedz mniej lub więcej liczne kryształki szczawianu wapniowego.

Pytanie tedy, czy w tych przypadkach, pospolicie fosfaturyą zwanych, ulegają zwiększeniu się wymienione składniki moczu, mianowicie kwas fosforowy i wapniowce. W piśmiennictwie niema prac wyczerpujących, któreby stosunek kw. fosforowego do wapnia i magnu w tych przypadkach bliżej określały. Prace, dotyczące fosfaturyi, uwzględniają przeważnie stronę kliniczną, dotykają zaś tylko pobieżnie stosunku składników moczu i nie dają odpowiedzi na pytanie, jaka jest przyczyna wspomnianego wydzielania się fosforanów. I tak Finger upatruje przyczynę tego zjawiska w niedostatecznej kwasocie moczu, która nie jest w stanie utrzymać w roztworze całej ilości fosforanu wapniowego, tak jak to się dzieje w moczu prawidłowym i uważa fosfaturyę jedynie za wynik większego dowozu alkaliów do ustroju, a tem samem nadmiaru ich we krwi. Peyer uważa fosfaturyę za objaw nerwicy wydzielniczej, dającej powód do obfitszego wydzielania fosforanów ziemnych. Sendter sądzi, że przyczyną tego zjawiska jest nadmierne zwiększenie wydzielanego wapna, przyczem, wedle oznaczeń tego autora, ilość kwasu fosforowego nie ulega zmianie.

Teoretycznie rzecz biorąc, możemy mieć ze stanowiska chemicznego kilka warunków do wypadania fosforanów ziem z moczu: 1) albo za mało wydziela się kw. fosforowego tak, że on nie wystarcza do utworzenia odpowiedniej ilości fosforanów kwaśnych wapnia i magnu; 2) albo ilość wapnia i magnu pojedynczo lub razem jest zwiększona o tyle, że nie starczy kwasu fosforowego do utrzymania ich w roztworze, czyli w postaci soli kwaśnych przy prawidłowej zresztą ilości potasowców; 3) w wyższym stopniu zwięk-

szona ilość alkaliów t. zw. stałych (potasu lub sodu), albo amoniaku; 4) mogą wreszcie zachodzić kombinacye 2 lub więcej tych warunków.

W pewnych przypadkach można fosfaturyę uważać niejako za objaw fizyologiczny: Wskutek wzmożonej alkalescencyi krwi zmniejsza się kwasota moczu, wobec czego sole wapniowców w postaci związków zasadowych wypadają. Pojawia się mianowicie wtedy w moczu fosforan wapniowy kwaśny drugorzędny, który następowo łatwo ulega rozkładowi na fosforan kwaśny pierwszorzędny i fosforan trzeciorzędny, czyli zasadowy (kostny), — ten ostatni nierozpuszczalny:

$$4\,CaHPO_4 = CaH_4(PO_4)_2 + Ca_3(PO_4)_2$$

Takie przytępienie, a nawet całkowite zniesienie kwasoty pojawia się n. p. po przyjęciu większej ilości alkaliów (terapia alkalicznemi wodami mineralnemi), jakoteż może być wynikiem pożywienia wyłącznie roślinnego, co tem się tłómaczy, że sole kwasów organicznych, zawartych w roślinach, ulegają we krwi przemianie, dając powód do wytworzenia się węglanów alkalicznych:

$$Ca(H_2PO_4)_2 + 2\,Na_2CO_3 = Ca(Na_2PO_4)_2 + 2\,H_2O + 2\,CO_2$$
$$3\,Ca(Na_2PO_4)_2 = Ca_3(PO_4)_2 + 2\,Na_3PO_4$$

W przypadkach chorobowych jednakże napotkać można fosfaturyę bardzo często tam, gdzie wymienione czynniki pozornie żadnej roli nie odgrywają, n. p. w pewnych chorobach nerwowych, w stanach chorobowych z zakresu układu kostnego (n. p. długotrwałego ropienia), w pewnych zboczeniach czynności przewodu pokarmowego, nadto w przebiegu rzeżączki przewlekłej (urethritis gonorrhoica chronica) i t. p., nie mówiąc już o przypadkach, gdzie powodem wypadania fosforanów jest rozkład amoniakalny moczu *(cystitis)*.

Najciekawszem jednak zjawiskiem w tym rodzaju jest fosfaturya, którą napotykamy w pewnych chorobach nerwowych, jak niedomoga nerwowa (neurastenia), nerwica urazowa i t. p. W tych przypadkach bowiem niejednokrotnie zauważyć się daje pewien ściślejszy związek ze stanem chorobowym: nasilenie fosfaturyi idzie częstokroć w parze z rozstrojem nerwowym chorego, wzmaga się n. p. wskutek długiej wysilającej pracy umysłowej, czuwania w nocy i t. p. Przypadki fosfaturyi tego rodzaju wydawały mi się najodpowiedniejszymi do badania nad zachowaniem się stosunku poszczególnych składników moczu.

Za przedmiot mych oznaczeń obrałem właśnie przypadki fosfaturyi u 2 neurasteników. W badaniu tem zwróciłem w szczególności uwagę na zawartość wapnia i magnu, oraz kw. fosforowego, a także na stosunek ilościowy tego ostatniego do azotu:

B. Z. l. 22 wyzn. mojżesz. Dziedziczności wykazać nie można. Chorób cięższych, jakoteż rzeżączki, nie przebywał. Od lat 2 skarży się na najrozmaitsze dolegliwości, czując się bardzo chorym. Pod wpływem dłuższego leczenia się u rozmaitych lekarzy stan jego się polepszył, ostatnimi zaś czasy skarży się głównie na niemożność dłuższego zatrzymania moczu wskutek parcia w pęcherzu. Po oddaniu moczu doznaje nieprzyjemnego pieczenia w cewce.

Stan obecny. Chory miernie odżywiony, wzrostu średniego. Badanie narządów wewnętrznych, oraz zmysłowych zmian nie okazuje. Odruchy ścięgniste wzmożone. Nastrój umysłowy chorego przygnębiony, zajęty wyłącznie swoją chorobą.

Mocz już bezpośrednio po oddaniu jest zazwyczaj mętny od wydzielonych fosforanów, niekiedy zaś przeźroczysty, zawsze jednakże przy ogrzaniu wydzielają się zeń wspomniane związki. Osad badany pod drobnowidem wykazuje znaczną ilość fosforanu wapniowego zasadowego, tu i ówdzie kryształki fosforanu amonowo-magnowego, jakoteż szczawianu wapniowego.

Badanie ilościowe kilku prób tego moczu z poszczególnych dni dało następujące wyniki:

	Ilość moczu 11 Grudnia 930		Ilość moczu 13 Grudnia 1010		Ilość moczu 16 Grudnia 745	
	%	na dobę	%	na dobę	%	na dobę
P_2O_5	0,22	2,0450	0,21	2,121	0,235	1,75075
CaO	0,0305	0,28365	0,03122	0,315322	0,027254	0,2030423
MgO	0,017348	0,1613364	0,0170289	0,17199189	0,015543	0,11569535
N	1,064	9,8952	1,1452	11,56652	1,395	10,39275
$P_2O_5:N$	21·6:100		18·3:100		16·8:100	

Jeżeli weźmiemy pod uwagę przeciętną ilość powyższych składników, wydzielanych w stanie prawidłowym na dobę, a mianowicie $P_2O_5 = 3·5$, $CaO = 0,2$, $MgO = 0,4$, zaś $N = 14·5$, należałoby z dat powyższych wysnuć ten wniosek, że ilość wapna ulega do pewnego stopnia zwiększeniu, zwłaszcza w porównaniu z magnem, którego ilość okazuje się zmniejszoną. Wybitniejsza różnica spostrzedz się daje w wydzielaniu kwasu fosforowego, którego ilość spada znacznie poniżej normy, również i zmniejszoną znajdujemy ilość wydzielonego na dobę azotu.

Chcąc jednak uniknąć łatwo możliwych pomyłek przy wysnuwaniu wniosków na podstawie tego rodzaju porównań wyników z liczbami, uznanemi przeciętnie za prawidłowe, (bo wszak nawet w warunkach najprawidłowszych stosunek powyższych składników u różnych osobników może być różny i zawisły od różnorodnych czynników, jak pożywienia, ilości wprowadzonego płynu i t. p.), i gdy równocześnie oznaczanie powyższych składników u drugiego osobnika, zresztą zdrowego, pozostającego na tej samej dyecie, co i dotyczący chory, również nie daje pewnej rękojmi w tym względzie, — starałem się przeto wziąść pod uwagę taki przypadek, gdzieby fosfaturya występowała przejściowo, gdzie więc obok typowej fosfaturyi mógłbym mieć do dyspozycyi mocz nie zawierający fosforanów zasadowych, pochodzący od jednego i tego samego osobnika, pozostającego stale na jednakowej dyecie. Wyniki mego badania z tego rodzaju przypadku są następujące:

M. S, lat 25, student uniw. Od dłuższego czasu skarży się na rozmaite dolegliwości, jakoto: ból głowy, umiejscowiony w okolicy czoła, niezdolność do dłuższej pracy umysłowej, rodzaj przygnębienia, bóle w plecach i krzyżach, bezsenność, niepokój, myśli przymusowe, uczucie ogólnego osłabienia i t. p. Dolegliwości te występują przejściowo i z rozmaitem nasileniem.

Stan obecny: Chory dobrze odżywiony, budowy ciała dobrej. Badanie narządów wewnętrznych zmian nie okazuje. Chwilowo stwierdzić się daje nieregularność w akcyi serca, przyspieszenie lub też arytmia. W zakresie narządów zmysłowych zmian żadnych wykazać nie można. Bolesność przy ucisku na mięśnie międzyżebrowe, piersiowe i lędźwiowe.

Od czasu do czasu chory oddaje mocz bezpośrednio mętny, z którego przy odstaniu łatwo oddziela się osad obfity, złożony wyłącznie prawie z fosforanu wapniowego zasadowego, z małą domieszką szczawianu wapniowego. Fosfaturya taka utrzymuje się nieraz tygodniami bez przerwy, niekiedy jednak oddaje chory mocz jasny, przeźroczysty, w którym ani przy odstaniu, ani też przy ogrzaniu, fosforany się nie wydzielają. Częstokroć zmiana taka spostrzegać się daje w ciągu dnia,

Mocz z rana oddany nie zawiera fosforanu wapniowego zasadowego, po południu zaś takowy z łatwością wykazać się daje.

Oznaczając ilościowo w powyżej przedstawiony sposób składniki moczu przy fosfaturyi, jakoteż w moczu wolnym od niej, otrzymałem następujące wyniki:

A. Fosfaturya — oddziaływanie moczu słabo kwaśne lub obojętne.

	Ilość moczu 19 Stycznia 1820		Ilość moczu 21 Stycznia 1930		Ilość moczu 8 Lutego 1860	
	%	na dobę	%	na dobę	%	na dobę
P_2O_5	0,099	1,8018	0,97	1,8721	0,116	2,1576
CaO	0,03024	0,550368	0,02688	0,518784	0,0224	0,41664
MgO	0,019822	0,3607504	0,014416	0,2782288	0,0151368	0,2815544
N	0,738	13,4316	0,7840	15,1212	0,686	12,7596
P_2O_5:N	13·7:100		12·5:100		16·9:100	

B. Fosfaturyi nie ma — oddziaływanie moczu wybitnie kwaśne:

	Ilość moczu 3 Lutego 1650		Ilość moczu 15 Lutego 1770	
	%	na dobę	%	na dobę
P_2O_5	0,219	3,6135	0,197	3,4869
CaO	0,01460	0,24090	0,02072	0,366744
MgO	0,0210834	0,3478761	0,0168609	0,29043793
N	1,0444	17,23260	1,0336	17,59472
P_2O_5:N	21:100		18·1:100	

Z zestawienia tego jeszcze widoczniej się okazuje, iż w przypadkach fosfaturyi przedewszystkiem zmienia się ilość wydzielanego kwasu fosforowego. I tak, gdy w dniach, w których fosfaturyi nie było, gdzie oddziaływanie moczu było wybitnie kwaśne, ilość kwasu fosforowego zgadzała się z przeciętną ilością wydzielanego na dobę w stanie prawidłowym $P_2O_5 = 3·5$, to w czasie fosfaturyi ilość ta zmniejszała się prawie o połowę. Tłómaczy nam to zarazem do pewnego stopnia idące w parze z fosfaturyą znaczne obniżenie kwasoty moczu, a tem samem i wypadanie fosforanu wapniowego zasadowego; to ostatnie tem łatwiej przychodzi do skutku, że równocześnie ilość wydzielanego wapna ulega zwiększeniu. Jak znaczne jest to uszczuplenie kwasoty moczu wskutek zmniejszenia ilość wydzielanego kwasu fosforowego, oraz zmniejszenia wydzielanego wapna, wynika ztąd, iż gdy w prawidłowym moczu, przy pewnym, prawidłowym stosunku alkaliów stałych, $^1/_3$ część wydzielanego kwasu fosforowego wystarcza dla utrzymania w roztworze fosforanu wapniowego w postaci soli kwaśnej, w powyższych przypadkach fosfaturyi utworzenie tej soli wymagałoby przeszło $^1/_2$ całej ilości wydzielanego kwasu fosforowego. Co się tyczy magnu, to ilość jego przy fosfaturyi ulega przeważnie zmniejszeniu, co jednak nie jest stałym objawem, jak to z liczb powyżej przytoczonych wynika.

Zasługują także na uwagę wyniki określenia stosunku ilościowego kwasu fosforowego do azotu całkowitego. Wedle Zülzera wartość względna kwasu fosforowego odnośnie do azotu wynosi 17—20 do 100 N. Stosunek ten wedle jego doświadczeń zwiększa się na korzyść kwasu fosforowego przy rozpadzie istot układu nerwowego, bogatych w lecytynę, zmniejsza się zaś przy zużywaniu się ciał białkowatych. Biorąc liczbę tę za podstawę porównania przy zestawieniu szeregu oznaczeń powyższych, przekonać się można, iż stosunek ten do pewnego stopnia pozostaje prawidłowym, że zatem ilość azotu zmniejsza się równolegle do zmniejszania się ilości kwasu fosforowego tak, iż względna wartość kwasu fosforowego w stosunku do azotu nie ulega zwiększeniu. Okoliczność ta przemawiałaby przeciwko pojmowaniu fosfaturyi jako następstwa zużywania się, czy zwyrodnienia tkanin nerwowych.

Streszczone tedy w krótkości wyniki przytoczonych oznaczeń wykazują, że w przebiegu fosfaturyi zachodzą następujące zmiany w wydzielaniu niektórych składników:

1) Ilość kwasu fosforowego, jako też 2) ilość całkowitego azotu ulega zmniejszeniu. 3) Ilość soli wapniowych wzrasta dość wybitnie. 4) Ilość soli magnowych ulega przeważnie zmniejszeniu.

Zachodzi tedy pytanie, jaka jest przyczyna tych zmian ilościowych, jak tłómaczyć sobie zwłaszcza ubytek kwasu fosforowego przy równoczesnem wzmożeniu wydzielania soli wapniowych. Co się tyczy kwasu fosforowego, to mogłoby zachodzić przypuszczenie, że ten po części wydziela się moczem związany z ciałami organicznemi, n. p. jako kwas glicerynofosforowy i jako taki uchyla się od bezpośredniego wykazania i oznaczenia. Wykonane przezemnie tak w powyższych przypadkach, jako też innych podobnych, badanie moczu na związki organiczne kwasu fosforowego, a to po odparowaniu moczu wolnego od fosforanów, oraz spaleniu pozostałości suchej, wykazało zaledwie ślady tych związków, nie mogące wchodzić żadną miarą w rachubę.

Uwzględniwszy więc tę okoliczność, jako też wspomniany już stosunek kwasu fosforowego do azotu, należy mojem zdaniem uważać fosfaturyę w przypadkach chorób nerwowych za wynik pewnych zboczeń w ogólnej przemianie materyi, wywołanych najprawdopodobniej drogą nerwową. Światło niejakie na tę sprawę może rzucić badanie przemiany materyi, przeprowadzone w kierunku zachowania się powyższych składników w ustroju. Sprawą tą w dalszym ciągu się zajmuję.

Doświadczenia moje przeprowadziłem na chorych w klinice Radcy dworu Prof. Dra Korczyńskiego, któremu na tem miejscu składam podziękowanie za życzliwe odstąpienie materyału do moich celów. Oznaczeń chemicznych dokonałem w Zakładzie chemii lekarskiej i uważam sobie również za miły obowiązek złożenia słów podzięki Prof. Stopczańskiemu, jako też Doc. Dr. Seńkowskiemu za cenne rady i wskazówki.

II. O upustach krwi w leczeniu chorób narządu krążenia, błon surowiczych i nerek*).

skreślił

Dr. Wilhelm Pisek

b. asystent uniw. Jagiel., lekarz ordynujący Polikliniki powszechnej we Lwowie.

Ośmielam się zająć uwagę czytelników sprawą, która od dwóch tysięcy lat nie schodzi z porządku dziennego nauki naszej, sprawą, która po kilkakrotnem, nieraz wiekowem zapomnieniu, zdaje się znów zmartwychwstawać, tj. sprawą upustu krwi.

*) Rzecz częściowo wygłoszona w lwowskiej sekcyi Towarzystwa lekarzy galic.

Historya upustu krwi jest niemal historyą medycyny. Jak przed nami na $1/2$ wieku żyło pokolenie lekarzy, stosujących w codziennej praktyce upusty krwi, a my, ich następcy, prawie że się pysznimy z tego, żeśmy zarzucili „nienaukowy“ ten sposób leczenia, tak samo, jota w jotę, powtarzało się to zjawisko z kilkadziesiąt razy w ubiegłych stuleciach. Szkoły nowsze rugowały dawne, a każda późniejsza uważała się za bardziej ścisłą, bardziej naukową i stosownie do panujących prądów i kolejności, albo potępiała zupełnie upust krwi, albo też uważała go jako wszechlek *(panacea)*.

Upłynęło przeszło lat 60, jak Hufeland, w swem nieocenionem dla praktyków dziele: „Encheiridion medicum“ tak się wyrażał: „Vor 50 Jahren herrschte der Aderlass fast unumschränkt. Hierauf folgte das Reich des Brechmittels — dann eine Periode, wo das Opium sich auf den Thron setzte — jetzt beginnt wieder die Herrschaft des Aderlasses“. Panowanie wszakże to długo nie trwało i mniej więcej już w połowie bieżącego stulecia rozpoczęła się reakcya, która wreszcie upust krwi prawie w zupełności wyrugowała z medycyny. Upuścić choremu krwi jeszcze do niedawna było i nienaukowo i poniekąd nie po ludzku.

Hippocrates i jego następcy stósowali ogólne upusty krwi w chorobach płuc i opłucnej; w sto lat później, to jest około roku 336—304 Chrysippus z Knidos i uczniowie tegoż namiętnie zwalczają stósowanie upustów krwi. Pół wieku mija, a znakomici lekarze Serapion, Horophilus, Heraclides i inni wprowadzają znów upust krwi w powszechny użytek lekarski, z czego zwolna wyradza się nadużycie; odzywają się znów głosy przeciwne tak, iż w końcu zupełnie zarzucono upusty krwi, które dopiero Aurelianus Celsus, żyjący na początku ery chrześcijańskiej, nanowo wprowadza w medycynę, stósując oprócz tego już i bańki suche i cięte. Galenus w 2-gim wieku po Ch. toruje dalej drogę upustów krwi, ustanawiając ściślejsze wskazania, nie wolne wszakże od przesady. Przez blizko 1400 lat przepisy medycyny Galena były normą, przykazaniem dla lekarzy. W 17 w występują znakomici lekarze Helmont i Le Bois Sylvius przeciw lekkomyślnym i nad miarę upustom krwi i dopiero Sydenham, znakomity obserwator i genialny lekarz londyński, dość szczęśliwie zwalczając przesadę, ujął w pewniejsze zasady wskazania i przeciwwskazania dla upustu krwi. Teorya o »drażnieniu« Browna miała tę dobrą przynajmniej stronę, że z niej wynikało znaczne ograniczenie wskazań do upustu krwi. Pomimo to widzimy, że z końcem 18-go wieku i na początku obecnego stulecia zastósowanie upustu krwi szerokie roztacza kręgi i dochodzi do zenitu we Francyi za czasów klinicystów Brousdaisa i Bouihauda. W czwartym i piątym dziesiątku lat powstaje znów reakcya przeciw upustom, a najsilniej, z dowodami statystycznymi, występują przeciw niej Louis i Dietl, późniejszy profesor krakowski.

Przez blizko lat dwadzieścia coraz mniej słyszy się i czyta o upustach krwi. Nazwisko znakomitego polskiego klinicysty Dietla nadało niejako cechę swoją temu okresowi. Tylko tu i owdzie stósowano upusty krwi, a na klinikach i w szpitalach, szczególniej niemieckich, lata mijały, a w celach leczniczych ani kropli krwi nie uroniono. Na zachodzie, t. j. we Francyi, upusty krwi były dalej stosowane, choć dość skromnie.

Początek najnowszej ery datuje od roku 1888—1889. W akademii brukselskiej już w roku 1883 wszczęto rozprawy nad tym przedmiotem, które lat parę się przeciągnęły. Na czele opozycyi, która odmawia upustom krwi wszelkiej racyi, stanął Moulin, a wprost przeciwnego zdania był Crocq, który poglądy swoje złożył w pracy, wydanej przed kilku laty: »*Les émissions sanguines, leur action et leur utilité*«, Bruxelles, 1890. Na podstawie długoletniego własnego doświadczenia deklaruje się autor, jako zwolennik miejscowych i ogólnych upustów krwi, i nie ma, jego zdaniem, prawie choroby, dla której upust krwi nie byłby wskazanym. Jeżeliby rzeczywiście autor ten znalazł naśladowców, tobyśmy mieli zapowiedź nowego okresu wampiryzmu francuskiego, z pierwszej ćwierci bieżącego stulecia.

Prawie równocześnie zjawiają się teraz w Niemczech prace, zalecające stósowanie upustów krwi i w błednicy, nie mówiąc już o tem, że już i w podręcznikach terapii coraz częściej spotykamy zalecane upusty krwi, czasami skromnie, nieśmiało, czasem znów otwarcie i bez ogródek, jako lek dzielny i skuteczny.

Według utartego zwyczaju nazywamy upust krwi ogólnym, gdy przez nacięcie żyły upuszczamy choremu zamierzoną dla celów leczniczych ilość krwi. Obok szczególniej pomyślanych i wykonanych przyrządów, najdłużej utrzymywały się tak zw. „flebotomy“, gdzie ostrzem nożyka, za pociśnięciem sprężyny, nacinamy żyłę, — a oprócz tego lancet. Miejsce nacięcia żyły jest prawie obojętnem; — najchętniej nacinamy ją w przegubie łokciowym. Ilość upuszczonej krwi waha się w dość znacznych granicach, zależy bowiem od stanu sił i wskazań leczniczych; dochodzi czasem do 300 gramów i więcej. Konieczność powtórzenia upustu po niejakim czasie zdarza się nie często.

Miejscowe upusty krwi wykonywujemy zapomocą baniek suchych i ciętych, czyli krwawych, gdzie siniaki, powstałe po bańkach suchych, nasiekamy osobnym do tego przyrządem. Ilość krwi wydobyta może być znaczna. Przy suchych bańkach krew pozostaje w ustroju — choć zmieniona, a więc upustu, ubytku krwi, właściwie tu niema.

Wreszcie należą tu i pijawki, najmniej polecenia godne, — gdyż ani ilości krwi oznaczyć, ani ścisłej antyseptyki zachować tu nie możemy i tylko tam dają się usprawiedliwić, gdzie bezwarunkowo baniek dla przyczyn anatomicznych lub innych stosować nie możemy, a upust krwi miejscowy jest usprawiedliwiony.

Nasiekania czyli skaryfikacye błon śluzowych są również pewnego rodzaju upustem krwi miejscowym.

Rozpatrzmy się teraz w poszczególnych działach chorobowych, w których upusty krwi najczęściej bywały i bywają stosowane. *)

W chorobach serca upusty krwi znajdowały i znajdują zastósowanie, jako leczenie objawowe.

Trudno się zgodzić z wieloma autorami francuskimi, którzy zalecają upust krwi jako wypełnienie *indicatio morbi*, a zgodzić się trzeba ze zdaniem, które wypowiedział Germain Sée. Wytrawny ten praktyk wykazuje na podstawie badań doświadczalnych, że w chorobach sercowych upusty krwi działają szkodliwie w czworakim kierunku: 1. krążenie, t. j. parcie ościenne, tętno i oddychanie — doznają przemijających zmian bez żadnego wpływu na chorobę samą, — owszem, końcowy wynik jest niekorzystny; 2. zmiany następowe składu krwi stanowczo zmieniają się na gorsze; 3. Warunki przemiany materyi pogarszają się i wytwarza się skłonność do zwyrodnień tłuszczowych; 4. O działaniu „dekongestyjnem“ jak się autor wyraża, — mowy niema.

Dużo prawdy mieści się w tych słowach, choć z drugiej strony stanowczo i dużo przesady.

I.

Sprawę upustów krwi w chorobach serca omówiłem na innem miejscu *), gdzie oświadczyłem, że w wadach sercowych (oczywiście w okresie zniesionego wyrównania), znajdziemy się wprawdzie tylko wyjątkowo w potrzebie do-

*) O znaczeniu leczniczem upustów krwi w chorobach narządu oddechowego pisałem już w „Pamiętniku, na jubileusz Radcy dworu prof. Dra E. Korczyńskiego“ wydanym.

dokonania ogólnego upustu krwi, znaczna jednak sinica i duszność w nasileniu, zagrażającem życiu chorego, oraz objawy silnego przekrwienia biernego mózgu, usprawiedliwiają ten zabieg u osób silnych.

Często wszakże bywają chorzy tak wyniszczeni, że pomimo ciężkich przypadłości stosujemy chętniej inne zabiegi lecznicze. Tam, gdzie one pozostają bez skutku, tam energia mięśnia sercowego do tego stopnia jest wyczerpaną, że i upust nie przyda się na wiele. Jako środka chwilowego, ratującego chorego, można go użyć, zwłaszcza u osób młodych i dość silnych.

Tożsamo tyczy się upustów krwi u ciężarnych i rodzących, a dotkniętych wadami zastawkowemi. Znany groźny syndrom przypadłości sercowo-płucnych („accidents gravido-cardiaques“ Peter), występujący tak łatwo w tych przypadkach, wymaga nieraz natychmiasowego czynnego wkroczenia lekarza. Gwałtowna duszność i sinica, rozległe nieżyty obok krwioplucia, są wdzięcznem polem dla dokonania ogólnego upustu krwi. Nagłą tą deplecyą uratować można niejednej chorej życie. Mniej szybko, lecz zawsze dobrze, działają tu i miejscowe upusty krwi, w postaci pijawek, ciętych baniek, a wreszcie i baniek suchych.

W ostrem zapaleniu wsierdzia i mięśnia sercowego, szczególnie przyrody gośćcowej, stosują francuscy lekarze (Barié, Hanot, Potain i in.) miejscowe upusty krwi w postaci baniek ciętych, pijawek, względnie i suchych baniek, nie wyjmując nawet chorych młodocianych i dzieci (Simon). Pomijając jednak trudności rozpoznawcze, doświadczenie uczy, że przypadki takie przebiegają nieraz bez szczególniejszych dolegliwości, bez bólów, a często jako choroby następowe, lub jako wyraz zakażenia ogólnego, gdzie wszystko należy uczynić, by zwiększyć odporność chorego. Jak w durze brzusznym lub plamistym pijawki, tak i w tych chorobach upusty krwi, bądź to ogólne bądź miejscowe, uważam jako stanowczo szkodliwe.

O ogólnym upuście krwi, jako o środku objawowym przy tętniaku tętnicy głównej, powiada Quincke, że „tylko w przypadkach wielkiej duszności, silnie wzmożonej czynności serca, może być on usprawiedliwionym“. Stokes znów potwierdza dobre działanie miejscowego upustu krwi w tych przypadkach, mianowicie przy stawianiu pijawek. Z własnego choć nielicznego doświadczenia, jedno i drugie potwierdzić mogę.

II.

W sprawach zapalnych błon surowiczych, a więc w zapaleniu opon mózgowych, w zapaleniu opłucnej, otrzewnej i osierdzia, upusty krwi znajdowały i znajdują licznych zwolenników, nawet w czasach, w których ogół lekarzy nie używał wcale upustów krwi; oczywista rzecz, że mowa tu tylko o miejscowych upustach krwi. Naukowo sprawa nie jest rozstrzygniętą. U żab kuraryzowanych drażnił Genzmer pletwy zapomocą igieł rozżarzonych, lub azotanem srebrowym. Przystawiwszy potem pijawki stwierdził, że z chwilą ssania zastój w naczyniach ustępował, przyścienne ciałka krwi poczęły się posuwać, a naczynia włosowate zwolna zaczęły się oczyszczać. Doświadczenia te w części przynajmniej mogą nam objaśnić działanie miejscowych upustów krwi w zapaleniach błon surowiczych. Trudno oznaczyć, o ile upusty działają deplecyjnie, o ile odwodząco; doświadczenie poucza, że pijawki, bańki cięte lub suche korzystnie wpływają na ból, towarzyszący sprawom zapalnym.

W przypadkach przekrwienia opon mózgowych można stanowczo stwierdzić dobre działanie miejscowych upustów krwi. W rozwiniętej sprawie zapalnej żadnego bezwzględnie nie widziałem skutku. Podmiotowe wszakże dolegliwości, trapiące chorych, szczególniej w pierwszych dniach, zdają się być mniejsze po przystawieniu pijawek.

Nawet w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych miejscowy upust krwi przynosi chorym niejaką ulgę, — może znaczniejszą od kąpieli gorących, a stanowczo lepszą od leków, działających na nerwy. Przekonałem się o tem bardzo często, a niewątpliwie i inni.

W ostrem zapaleniu osierdzia, obok innych leków ze skarbca środków przeciwzapalnych, stosowane bywają i miejscowe upusty krwi.

Nie chcąc nużyć czytelnika spisem nazwisk, których jednym tchem tuzin możnaby wyliczyć, a to tak stronników miejscowych upustów krwi, jak i drugie tyle przeciwników, chciałbym tylko o tem mówić, co sam spostrzegałem.

Wobec tego, że posiadamy cały szereg leków kojących, które oględnie stosowane, nigdy choremu nie zaszkodzą, nie mogę się zgodzić na leczenie zapaleń błon surowiczych, w szczególności zapalenia osierdzia ostrego, wyłącznie upustami krwi. Ogólne upusty krwi bezwarunkowo nie są usprawiedliwione, chyba w tych nadzwyczajnych może przypadkach, gdzie gwałtownie wzrastający wysięk sprowadza nadmierne przekrwienie bierne w krążeniu małem i następowy bezdech. I w tym razie przysłużymy się wypuszczeniem wysięku choremu lepiej, niż upustem krwi. Przystawienie jednak pijawek w początkach ostrego zapalenia osierdzia w okolicy serca, niewątpliwie usuwa dotkliwe bóle szybciej i lepiej, niż wszelkie inne apteczne środki. Równocześnie i lód należy stosować, jeżeli miejscowy upust krwi bólów nie zmniejszy. Mniej korzystnie działają bańki cięte, często niemożliwe z powodu zarostu, a już bardzo mało skuteczne są suche bańki.

Widać z tego, że obecnie upusty krwi miejscowe uważamy jako dzielny lek objawowy, a dalecy jesteśmy upatrywać w nich jakiś swoisty środek przeciw sprawie zapalnej.

To samo tyczy się i ostrego zapalenia opłucnej. Wprawdzie i tu podskórnie zastrzyknięta morfina, okłady lodowe i t. d. nader często usuwają kłócie, ten najdolegliwszy dla chorego objaw w okresie rozwijającej się sprawy zapalnej; z drugiej jednak strony zdarzają się przypadki, gdzie niechętnie uciekamy się do morfiny, lub gdzie pomimo leków kojących bóle nie ustępują. W tym razie upust krwi w postaci pijawek, baniek ciętych lub suchych istotną przynoszą ulgę choremu. O jakichś ścisłych wskazaniach naukowych trudno tu mówić; skrajność postępowania w jednym lub drugim kierunku jest stanowczo nieusprawiedliwiona.

Ogólne upusty krwi nie mają tu racyi.

Ostre zapalenie otrzewnej również bywa czasem wskazaniem do miejscowego upustu krwi przez przystawienie pijawek. I tu upust krwi nie jest sposobem leczniczym, jak ongi nim był razem z kalomelem i wcieraniem szaruchy w powłoki. Trójca tych leków odgrywała rolę do-

*) Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych, skreślił Dr. Pisek. Kraków. *Wydawn. dzieł lek. polsk.* 1899. Str. 173. 174. 175. 176. 177.

gmatu u naszych poprzedników. Pomijając okoliczność, że leczenie chirurgiczne ostrego zapalenia otrzewnej znajduje całkiem słusznie coraz liczniejszych zwolenników, to przecież istnieje szereg przypadków, gdzie z pewną korzyścią i usprawiedliwieniem miejscowy upust krwi może być stósowanym. Są to przedewszystkiem najwcześniejsze okresy podrażnienia zapalnego otrzewnej, początki zapalenia wyrostka robaczkowego i zapalenia otrzewnej wątroby itp., gdzie pijawki dobre choremu oddają usługi. Gdy sprawa zapalna większe zajęła obszary, tam miejscowe upusty krwi nie mają celu. Bauer, z pewnością wcale nie będący zwolennikiem „krwawej terapii“, przecież zgadza się na pijawki przy ostrem zapaleniu otrzewnej (w Zbiorze Ziemssena II. wyd., str. 389) dodając jednak, że w wielu przypadkach obejdzie się bez upustów krwi.

Sumienna ocena skuteczności upustów krwi w tych przypadkach nieprzezwyciężone przedstawia trudności, gdyż zazwyczaj obok pijawek stosujemy lód i makowiec. Tyle wszakże mogę powiedzieć bez uprzedzenia z własnego doświadczenia, że: 1) wśród równych zresztą warunków, uważałem, że ból szybciej ustępował po przystawianiu pijawek, aniżeli bez nich; 2) że na dalszy przebieg, na możliwe powikłania, nie mają upusty krwi miejscowe żadnego wpływu.

Nie dość często należy powtarzać przestrogę, że u osób wyniszczonych, niedokrwnych, dotkniętych skazą krwotoczną, mowy być nie może o stósowaniu upustów krwi nawet i drobnych, miejscowych.

III.

W ostrych zapaleniach nerek znajdują upusty krwi obszerne zastósowanie, obok leczenia, w danej chwili wskazanego, a zależnego od przyczyn i tła, na którem choroba się rozwija.

1. Jako środek odwodzący w postaci baniek suchych, ciętych, względnie pijawek w okolicy nerek, znakomitą przynoszą ulgę, zmniejszając zawartość krwi w moczu, a co ważniejsza, łagodząc, a nawet usuwając nieznośne bóle. Nawet przyżegania (points de feu), zachwalane przez niektórych lekarzy, nie mogą iść w porównanie z działaniem miejscowych upustów krwi. Bańki suche można i codziennie stosować w razie potrzeby. Skuteczność tych zabiegów nie podlega najmniejszej wątpliwości, a znajduje swe naukowe wyjaśnienie w nader obfitem połączeniu splotów żylnych okołonerkowych z żyłami skóry (Renaut).

2. W przypadkach zupełnego bezmoczu, spowodowanego ostrem zapaleniem nerek, gdy inne środki zawodzą, może ogólny upust krwi przywrócić wydzielanie moczu.

Jeszcze obszerniejsze zastosowania upustów krwi przedstawia mocznica. Jeżeli środki napotne, mogące być tylko nader wyjątkowo stósowane, dalej leki przeczyszczające, wreszcie najczęściej używane sercowe i usiłowania „przepłókania tkanin“ pozostały bez skutku, wtedy nic tak dobrze nie działa przeciw przypadłościom mocznicowym, jak upust krwi ogólny. Przeciw drgawkom mocznicowym uważam ogólny upust krwi, jako środek omal że nie swoisty, a zwlekanie z nim, co najmniej, za bezpodstawne. Upust krwi ogólny działa tu wprawdzie i mechanicznie, w przeważnej wszakże części ratuje chorego nie tylko ulga dla pracy serca, ile usunięcie nagłe pewnej ilości istot trujących z ogólnego krwi obiegu. Podobnie jak w zapaleniu płuc, jest i tu upust krwi dzielnym środkiem objawowym, nie leczy choroby nerek, lecz usuwa szybko, czasem i trwale, objaw dla życia najgroźniejszy. Ilość krwi zazwyczaj upuszczanej waha między 250—400 gramów, zależnie od stanu sił chorego; powtórzenie upustu dnia następnego u chorych zażywnych i silnych nie zrządzi szkody i może być dokonanem, jeżeli zachodzi konieczna tego potrzeba.

Następowa infuzya soli kuchennej w rozczynie fizyologicznym, przez wielu zachwalana, i to w ilości nieco większej od ilości krwi upuszczonej, nie zawsze okazała się konieczną. Efekt upustu krwi mało co wzrasta; w tych przypadkach zaś, gdzie upust krwi był bezskutecznym, tam nie wiele zmieni dodatkowa infuzya soli. Brak pomyślnego działania dotyczy tych przypadków, gdzie albo miąższ nerkowy znacznie nadwerężony, albo też stan serca lub inne powikłania wprost czynią złudnymi wszelkie lecznicze zabiegi.

III. Wessalność i wpływ przetworów nieorganicznych żelaza, a w szczególności wody krynickiej na wytwarzanie krwi

(Uwagi ogólne).

Przez

Dra Zygmunta Wąsowicza

b. asystenta kliniki lek. Uniw. Jagiell., lekarza zdrojowego w Krynicy.

Żelazo należy do stałych składników ustroju ludzkiego. Według Bungego[1]) ilość jego u człowieka dorosłego wynosi 3·1 do 3·3 grm., z czego około 80% znachodzi się we krwi; reszta częściowo zużytą jest na budowę komórek, częściowo zaś tworzy t. zw. żelazo zapasowe i jest złożoną w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i nerkach.

Są stany chorobowe, wśród których powyższa ilość żelaza ulega znacznemu nieraz zmniejszeniu, a ustrój, pomimo nadmiernego żywienia, strat tych bez pomocy środków leczniczych nie jest w stanie wyrównać. Wobec tego nasuwa się pytanie, zapomocą jakich środków leczniczych można w tego rodzaju stanach wpływać dodatnio na ustrój ludzki? Pytanie to jest tembardziej na czasie, że dawne prawo o działaniu soli nieorganicznych żelaza na wytwarzanie się i poprawę krwi zostało silnie zachwianem.

Bunge już przed dwudziestu kilku laty wyraził wątpliwość, czy nieorganiczne przetwory żelaza ulegają wessaniu, a na kongresie internistów w Monachium 1895 r. wypowiedział stanowcze zdanie, że wszystkie wogóle sztuczne przetwory żelaza nie zostają wcale przyswajane, gdyż dostawszy się do żołądka, zostają pod działaniem kwasu solnego zamienione na niewessalny, żrący chlorek żelaza.

Zapatrywaniu temu sprzeciwiają się jednakowoż doświadczenia innych badaczy. I tak Hamburger wykazał, że sól nieorganiczna żelaza, wprowadzona psu do żołądka, daje się wykazać prawie w całości w kale, podczas kiedy mocz okazuje tylko nieznaczne zwiększanie się swej zwykłej zawartości żelaza. Na podstawie tego wyklucza Hambur-

---

[1]) Wykład chemii fizyologicznej i patologicznej w tłómaczeniu dr W. Mayzla i M. Flauma.

ger możliwość tylko znaczniejszego wchłaniania żelaza w postaci soli nieorganicznych.

Według Jacobiego żelazo, jako podwójna sól kwasu winowego, wstrzyknięte do ogólnego obiegu krwi, zostaje wydalone tylko drogą nerek; ale w takich razach w przeciągu 2—3 godzin zostaje ono złożone w wątrobie, w nieznacznej ilości w śledzionie, nerkach i ścianach jelit, poczem nadmiar jego bywa usuniętym z ogólnego obiegu krwi.

Celem wykazania wessalności żelaza, oraz dróg jego wydzielania z ustroju, użyli Hochhaus i Quincke[2]) do doświadczeń myszy, którym podawali *carniferrin.*, *ferratin.*, *ferrum peptonat.* i *ferrum hydricum.* Różnicy w wessalności tych czterech przetworów nie znaleźli, a chłonienie odbywało się wyłącznie w dwunastnicy; wessane częścią drogą naczyń chłonnych, częścią drogą naczyń krwionośnych, żelazo dostawało się do gruczołów krezkowych. Wydzielanie żelaza u zwierząt, użytych do doświadczeń, odbywalo się drogą błony śluzowej jelita ślepego i jelita grubego. Do podobnych wyników w tej sprawie dochodzi również Cloetta[3]).

Sposób chłonienia żelaza i obecność jego w limfie przewodu piersiowego wykazuje dalej Gaule[4]), wprowadzając królikom za pomocą zgłębnika żelazo w postaci karniferyny lub sześciochlorku żelaza, — a wyniki jego badań dadzą się streścić w sposób następujący: Żelazo ulega wessaniu w postaci związków organicznych, jak i nieorganicznych. Te ostatnie ulegają w żołądku znacznej przemianie, tworząc z nieznanym dotąd węglowodanem nierozpuszczalny związek organiczny. Wyłącznie i jedynie wessanem ono zostaje w dwunastnicy za pomocą kosmków komórek nabłonkowych, zkąd jego ziarenka dostają się do tkanki gruczołowej i do naczyń chłonnych, a więc do obiegu limfy. Przeszedłszy przez gruczoły chłonne krezkowe, zjawia się żelazo w limfie przewodu piersiowego, jako związek organiczny z jakiemś ciałem białkowem, dostaje się z limfą do krwi i zostaje zatrzymanem w śledzionie, gdzie dopiero jego związki niestałe przechodzą w stałe, stanowiące składową część ustroju zwierzęcego.

Na podstawie ściśle przeprowadzonych doświadczeń, wyżej przytoczonych, można uważać prawę chłonienia przetworów nieorganicznych żelaza za niezbicie udowodnioną, wobec czego podawanie takowych wogóle tam, gdzie zachodzi potrzeba wyrównania ubytku żelaza, jest zupełnie racyonalne. Wiele dotąd używanych soli żelaza daje często bardzo dobre wyniki (St. Klejn[5]), Warfringe[6]) i wcale przez to nie gorsze, że sposób jego działania nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniony. Z drugiej strony jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że, dostawszy się do ustroju, tworzy żelazo z istotami organicznemi połączenie organiczne, jakie otrzymał najpierw Bunge z żółtka jaja i nazwał je hematogenem.

Od każdego podanego przetworu żelezistego wymagamy, aby w pierwszym rzędzie zwiększyły się pod jego wpływem ilość hemoglobiny i liczba ciałek krwi czerwonych. Warunkowi temu, jak tego zresztą dowodzą codzienne spostrzeżenia, odpowiadają prawie wszystkie dotąd w użyciu zostające nieorganiczne i t. zw. organiczne przetwory żelaza, w mniejszym, lub większym stopniu, zależnie od stanu narządu trawienia.

Na poparcie tego twierdzenia, prócz powyżej uwidocznionych, można jeszcze przytoczyć klasyczne doświadczenie Kunkela[7]). Podawał on dwom psom (pies $A = 2000$ grm. wagi, pies $B = 2300$ grm. wagi) codziennie 750 grm. mleka, które, jak wiadomo, jest bardzo ubogiem w żelazo, bo na 1 l. zawiera go zaledwie 0·001 grm. Pies A otrzymywał mleko z dodatkiem 30 kropli *liquor. Ferri sesquichlor.*, B tylko samo mleko. Wśród tego obu psom upuszczano co tydzień około $^1/_3$ całej ilości krwi, co powtórzono 7 razy. Pies A stracił w całości 355 grm. krwi, co równa się 0·134 Fe_2O_3, z pokarmem zaś otrzymał 0·36013 Fe_2O_3. B stracił 350 grm. krwi, czyli 0·1122 Fe_2O_3, w mleku zaś spożył 0·05145 Fe_2O_3. Przy końcu doświadczenia stan psa A był pod każdym względem prawidłowym, B zaś okazywał wysokiego stopnia niedokrewność. Stąd łatwo da się wyciągnąć wniosek, że pies A z podawanego mu z mlekiem żelaza musiał część pewną wchłonić i zużyć ją na wytwarzanie krwi, której ilość przez kilkakrotne upusty była znacznie zmniejszona.

Z bilansu u człowieka z ustrojem zupełnie prawidłowym da się łatwo wykazać, że nie potrzeba wielkiej ilości żelaza do utrzymania roli, jaką ono w ustroju spełnia; — wystarczą na to, według zapatrywań Lewina[8]), miligramy jego.

Kobert[9]) oznacza ilość która w całym szeregu przypadków winna być dziennie użytą, na 0·05 grm., aby przemiana materyi żelaza mogła być należycie utrzymaną, — a Schmiedeberg nie przeczy możliwości, że przy innych zresztą pomyślnych warunkach mogą wpływać korzystnie na tworzenie się krwi nawet bardzo małe ilości żelaza, jeżeli ono przez dłuższy czas bywa podawanem. W każdym razie wypada zaznaczyć w tem miejscu, że odpowiednio do ilości przyjmowanego żelaza, wessalność jego nigdy dowozowi nie jest równą, ale znacznie mniejszą, a część żelaza niewchłoniętą wydala ustrój z kałem w postaci siarczku żelaza.

Wiele z dotychczasowych przetworów żelezistych, nie wyłączając najnowszych organicznych, którym, może nie słusznie, przypisuje się za wielkie znaczenie fizyologiczne, mają w mniejszym lub większym stopniu tę wadę, że są trudno wessalne. Stanowi to nie małą przeszkodę w używaniu ich, zwłaszcza w przypadkach, gdzie obok choroby krwi spotkać się nie trudno z cierpieniem żołądka, osobliwie u osób, do-

[2]) Über Eisen Resorption und Ausscheidung im Darmkanal. Archiv für experimentele Pathologie und Pharmakologie B. 37. 1896.

[3]) Über Resorption des Eisens im Darm und seine Beziehung zur Blutbildung. Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie B. 38. 1897.

[4]) Der Nachweis des resorbirten Eisens in der Lymphe des Ductus thoracicus. *Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 24. 1896.

[5]) Einige Bemerkungen zur Chlorose-Therapie. *Therapeutische Monatshefte. April.* 1897.

[6]) Über Chlorose u. Eisenbehandlung. Sitzungsberichte I. nordisch. Congress für innere Medicin 1896. *Centralblatt für innere Medicin* Nr. 11. v. J. 1897.

[7]) *a*) Blutbildung aus anorganischem Eisen. *Pflügers Archiv* B. LXI. p. 595.

b) Zur Frage der Eisenresorption. *Pflügers Archiv* Bd. L. Hft. 1 u. 2.

[8]) Über die Eisentherapie. *Zeitschrift für klinische Medicin* 1894.

[9]) Über das Eisen in diätetischer Hinsicht. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1894. Nr. 28 i 29.

tkniętych blednicą. Przyczynę tego upatrywać należy w tem, że przetwory żelaza, dostawszy się do żołądka, ulegają tu, jak to np. dla hemoglobiny wykazał Dahmen[10]), rozkładowi, — a żelazo, wchodząc w związki z wolnym kwasem solnym, drażni błonę śluzową żołądka i zwiększa przypadłości żołądkowe, sprowadzając bóle, uczucie gniecenia, nudności, a często nawet wymioty. Opierając się na licznych, bo 333 doświadczeniach Buzdygana[11]), przeprowadzonych w krakowskiej klinice lekarskiej, można powiedzieć, że dotyczy to przypadków z sokotokiem trawiennym, gdzie więc podczas trawienia stopień kwasoty treści żołądkowej jest wygórowanym. Należałoby zatem przed podaniem żelaza usunąć stan nieprawidłowy żołądka, albo też podać środek taki, któryby obok zawartości żelaza posiadał zarazem własność częściowego zobojętniania nadmiernej kwasoty żołądka i w nim długo nie zalegał.

Do licznego szeregu przetworów, które z dniem każdym coraz szersze znajdują zastósowanie w leczeniu różnych stanów niedokrewności i blednicy, zaliczyć należy wody żelaziste.

Badania Kischa[12]) i wielu innych wykazują, że kilkutygodniowe wewnętrzne używanie szczaw żelezistych daje, jako stały wynik, zwiększenie się zawartości hemoglobiny, pomnożenie się ilości ciałek krwi czerwonych, a jako dalsze następstwo podniesienie się ciężaru ciała. Leichtenstern[13]), jakkolwiek w ogólności zbyt pesymistycznie zapatruje się na sprawę chłonienia żelaza, nie wyklucza wcale możliwości, że w stosunkach chorobowych zostaje żelazo zatrzymane przez ustrój i zużyte na wytwarzanie krwi. Wobec tego podawanie nawet takich małych ilości żelaza, jakie przy piciu szczaw żelezistych dostają się z wodą do ustroju, ma znaczenie, gdyż nawet w takich razach, gdzie wytwarzanie się krwi bardzo szybko następuje, potrzebne są do tego tylko nieznaczne ilości żelaza.

Według Kischa lżejsze stopnie niedokrewności mogą być po kilkutygodniowem piciu szczawy żelezistej uleczone zupełnie; w przypadkach ciężkich w tym samym przeciągu czasu może przyjść do stałego wzrostu, przeciętnie 1—$1^1/_2$ miliona, ciałek krwi czerwonych. Używanie szczaw żelezistych wywiera również dodatni wpływ na przemianę materyi, krążenie i ciepłotę ustroju przez zwiększone wydzielanie mocznika i wogóle stałych składników moczu, podniesienie się parcia krwi tętniczego i podwyższenie o $^1/_2$—1°C ciepłoty ciała.

Żelazo w szczawach znajduje się w postaci dwuwęglanu żelazawego, rozpuszczonego w wodzie i nadającego jej smak nieco ściągający, metaliczny. Skutkiem obecności znaczniejszej ilości kwasu węglowego smak ten staje się jednakowoż przyjemnie kwaskowatym i lekko szczypiącym. Według Kischa dwuwęglan żelazawy, dostawszy się do żołądka zostaje już tutaj częściowo, jako taki, wchłoniętym; w razie zaś obecności w żołądku kwasów wchodzi pierwej z nimi i istotami białkowatemi w ściślejszy związek chemiczny; część niewchłoniętego żelaza wydala ustrój z kałem, jako siarczek żelaza. Leichetnstern sądzi, idąc w tym względzie za zdaniem Mitscherlicha, Bernarda, Mayera i Buchheima, że przemiana ta dwuwęglanu żelazawego i jego chłonienie odbywają się w górnym odcinku jelita, gdzie oddziaływanie jest alkaliczne skutkiem obecności żółci i soku trzustkowego. Jak widzimy, zapatrywanie to zgadza się zupełnie z wynikami badań, przeprowadzonych przez Gaulego, Hochhausa i Quinckego.

Z nielicznych polskich zdrojów żelezistych jedno z pierwszych miejsc zajmują bezsprzecznie zdroje krynickie, znane od wieku i cenione dla swych wybitnych własności leczniczych. Jak dotąd, to tylko dwa z nich są zbadane dokładnie i oddane do użytku chorych. — a mianowicie zdrój główny i zdrój słotwiński. Woda z pierwszego jest szczawą wapniowo-żelezistą, ze zdroju słotwińskiego szczawą magnezyowo-sodowo-żelezistą. Obydwa źródła mają liczne wskazania, a między innemi stanowią jeden z dzielniejszych środków w leczeniu chorób krwi, już to samoistnych, już to będących następstwem po przebytych innych, wyniszczających ustrój, chorobach.

Według Zieleniewskiego[14]), który, jako lekarz zakładowy tak znamienite położył zasługi około podniesienia zdrojów krynickich i zapoznania z takowymi szerokiego ogółu lekarzy i chorych, można za pomocą wody krynickiej uleczyć nawet wielkiego stopnia blednicę i niedokrewność, byle nie była opartą na innych organicznych wadach chorego. Chorzy tego rodzaju, zwłaszcza leczący się u zdroju w Krynicy, już po kilku tygodniach przybierali lepsze wejrzenie, cera ich, dawniej blada, stawała się bardziej ożywioną, wargi i policzki pokrywały się barwą różową; siły fizyczne, obok poprawiającego się z każdym dniem łaknienia, przybywały widocznie, ruchy ciała stawały się swobodniejsze i pewniejsze, a nadto wszelkie dolegliwości, pochodzące z niedokrewności, ustępowały. Chorzy, którzy przed leczeniem krynickiem uczuwali niemal przy każdym ruchu zmęczenie, po kilkotygodniowym pobycie w Krynicy odbywali dalekie przechadzki bez najmniejszego zmęczenia.

Spostrzeżenia własne, jakie na miejscu w Krynicy miałem sposobność zebrać, potwierdzają w całej osnowie powyżej wyrażone zdanie. Możnaby im jednak zrobić jeden słuszny zarzut, a mianowicie, że brak im stempla powagi klinicznej. Jest to zapewne jednym z głównych powodów, dla którego znaczna część kolegów zapełnia „bady“ niemieckie i zagraniczne zdrojowiska chorymi, nadającymi się doskonale do leczenia zdrojowego w Krynicy, ze szkodą dla rozwoju naszych zdrojowisk i dorobku krajowego, a częstokroć ze szkodą samych chorych.

Zachęcony przez Radcę Dworu prof. Dra E. Korczyńskiego, starałem się brakowi temu zapobiedz, podając niektórym chorym, leczonym stale w klinice lekarskiej, wodę krynicką ze źródła głównego lub słotwińskiego i badając wśród tego wpływ jej na wytwarzanie krwi i poprawę stanu ogólnego. Nie mogąc na tem miejscu przedstawić przypadków, w klinice lekarskiej użytych do doświadczeń i prze-

[10]) Das Schicksal des Hämoglobin und einiger moderner Eiseneiweispräparate im Verdauungstractus *Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 13. 1896.

[11]) Wpływ żelaza na wydzielanie soku żołądkowego. Zbiór prac z kliniki lek. prof. dra E. Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt XX.

[12]) *a*) Balneo-therapeutisches Lexikon, 1897.
b) Balneo-therapie, 1898.

[13]) Allgemeine Balneo-therapie, 1880.

[14]) *a*) Pięć obrazów z dorocznego stanu zdrojowiska w Krynicy, 1865 r.
b) Rys balneologii powszechnej, 1863.
c) Rys balneoterapii, 1885.

biegu leczenia, odkładam to do innej sposobności, a tu pragnę tylko, na podstawie tego, co ogólnie o wessalności przetworów nieorganicznych żelaza i szczaw żelezistych nadmieniłem, zaznaczyć, że:

1. Wessalność przetworów nieorganicznych żelaza nie ulega żadnej wątpliwości.

2. Do wytworzenia krwi wystarczą nieznaczne ilości żelaza, podanego tylko w postaci przetworu łatwo wessalnego i nie wywołującego zaburzeń w narządzie trawienia.

3. Do takich przetworów zaliczyć należy szczawy żelaziste a z naszych krajowych szczawę żelezistą krynicką.

4. Wpływ szczawy żelezisteej krynickiej uwidacznia się przez zwiększanie się zawartości barwika krwi i ilości ciałek krwi czerwonych, bez wywoływania jakichkolwiek zaburzeń ze strony żołądka.

IV. Kilka szczegółów z dyagnostyki gruźlicy płuc.

Podał

Docent Dr. Ludomił Korczyński.

W znacznej większości przypadków gruźlicy płuc zgłaszają się chorzy z tego rodzaju zmianami, że rozpoznanie istoty choroby żadnych prawie nie przedstawia trudności. To też wogóle uchodzi rozpoznanie gruźlicy za rzecz bardzo łatwą. O ile jednak sąd ten słuszny wogóle, w stosunku do przypadków rozwiniętych, o tyle nie jest ścisły w przypadkach, gdzie gruźlica dopiero się rozpoczyna.

Trudności rozpoznawcze bywają niekiedy bardzo znaczne, tem znaczniejsze, o ile na pierwszy plan wysuwają się objawy, wskazujące pozornie na każdą inną sprawę chorobową, a nie na chorobę płuc. Postacie takie wyodrębniają się nawet z ogólnego obrazu gruźlicy do tego stopnia, że nadano im osobną nazwę „skrytych postaci suchot płucnych [1]“. W takich właśnie przypadkach nie trudno o pomyłkę rozpoznawczą. Przeoczenie lub niewłaściwe ocenienie drobnych objawów prowadzi do błędnych wniosków, przynosi nieobliczone niekiedy szkody dla chorego, a także dla dobrej sławy lekarza.

Im większe doświadczenie lekarza, oparte na długiem, a krytycznem spostrzeganiu znacznej liczby chorych, tem rzadsze wątpliwości; wyrabia się z biegiem czasu pewnego rodzaju intuicya, która dopomaga do rozpoznania, wyrabia się spryt rozpoznawczy, jeżeli się tak wyrazić wolno. Wprawa taka nie przychodzi wszakże odrazu. Łatwo zdarzyć się może i zdarza w istocie, że po zbadaniu chorego stoi lekarz przed znakiem zapytania, nie wiedząc, jak właściwie ocenić przyrodę choroby. Nie przynosi mu to wcale ujmy. Wybitni ftizyolodzy podnoszą zgodnie, że stanowcze i pewne rozpoznanie gruźlicy w jej początkach niezawsze jest możliwe po pierwszem zbadaniu chorego. „Nicht immer wird die erste physicalische Untersuchung volle Sicherheit über den Befund schaffen, sei es, dass das physicalische Bild selbst unklar ist...“ i t. d. pisze Turban w ostatniej swej publikacyi [2]), odnoszącej się do gruźlicy płuc.

Z takiemi i tym podobnemi zdaniami nie trudno się wogóle spotkać w literaturze; wyrabia się je zresztą na podstawie własnego doświadczenia. Wynika ztąd potrzeba bardzo ścisłego badania chorych i uwzględniania najdrobniejszych szczegółów, których badanie dostarczyć może. Im więcej tych szczegółów, drobnych zboczeń od stanu prawidłowego, tem łatwiej rozpoznać chorobę w samym zawiązku, a w dalszym ciągu powstrzymać jej postęp, niekiedy usunąć zupełnie.

Ze wszech więc miar usprawiedliwione były usiłowania, zmierzające do poznania i wyzyskania takich sposobów, któreby w każdym wątpliwym przypadku dawały możność łatwego, a szybkiego i niewątpliwego rozpoznania gruźlicy.

Sądząc, że uwydatnienie niektórych nowszych sposobów badania i podniesienie szczegółów, których sposoby te dostarczają, budzić może niejakie zainteresowanie, postanowiłem zestawić je w krótkim, przeglądowym artykule.

Jednym z tych sposobów jest bezsprzecznie badanie bakteryologiczne plwocin. Daje ono najpewniejsze wyniki, o ile otrzymać można plwocinę i o ile plwocina ta wogóle zawiera laseczniki Kocha. Doświadczenie kliniczne dowodnie jednak wykazuje, że w pierwszych początkach gruźlicy, zwłaszcza w niektórych jej postaciach (postać włóknista, gruźlica około oskrzelowa, gruźlica prosówkowa), plwocina laseczników nie zawiera. Przypadków takich spostrzegałem stosunkowo dość wiele, a jeden z nich opisałem w r. 1896 [3]). Jakkolwiek więc bardzo usilnie zalecać należy badanie bakteryologiczne plwocin, to jednak podnieść trzeba, że tylko wynik dodatni uważać wolno za niemylny znak choroby; wynik ujemny nie przesądza sprawy, nawet wtedy, gdy go daje kilkakrotne badanie.

Wykrycie laseczników Kocha ułatwiają między innymi sposoby, podane przez Biederta [4]) i Dahmena [5]), zalecane, zwłaszcza ostatni, przez Heinza [6]).

Sposób Biederta jest następujący: 15 kctm. plwociny mięsza się pręcikiem szklanym z 30 kctm wody i 4—8 kroplami ługu sodowego lub potasowego. Mięszaninę ogrzewa się w parownicy, dodając stopniowo 60—90 kctm. wody, aż do zagotowania. Przy takiem postępowaniu tworzy się jednostajna, płynna masa, którą się centryfuguje, albo też odstawia w kieliszku szampańskim na 24—48 godzin, dopóki na dno nie opadnie osad. Odrobinę osadu, wyjętą zapomocą pipetki i rozprowadzoną jednostajnie na szkiełku nakrywkowem lub przedmiotowem, wysuszoną i ustaloną, barwi się zwykłym sposobem, metodą Ehrlicha-Kocha, lub Ziehl-Neelsena.

Dahmen napełnia probówkę lub kubek szklany dowolną, wszakże nie zbyt dużą, ilością plwociny i ogrzewa ją przez 15 minut we wrzącej wodzie lub w parze. Po ostudzeniu zlewa wierzchnią, płynną warstwę, a skrzepłą spodnią

[1]) Por. A. Sokołowski: „O skrytych postaciach suchot płucnych“. Odczyty klin. S. II. Z. I., i tegoż autora: »Über die larvirten Formen der Lungentuberculose« *Klinische Zeit. und Streitfragen.* Wien, 1890.

[2]) Dr. K. Turban. Beiträge zur Kenntniss der Tuberculose. Wiesbaden, 1899.

[3]) L. Korczyński. *Przegl. lek.* 1896, Nr. 14.

[4]) Biedert: *Berl. klin. Wochenschrift,* 1886. S. 705, 1887. S. 30, 1891. S. 31.

[5]) Dahmen: *Münch. med. Wochenschrift,* 1891. S. 667.

[6]) Heinz L.: *Lehrbuch der bakter. Untersuchung u. Diagnostik* Stuttgart 1894.

uciera w moździerzyku szklanym na jednostajną masę. Z masy tej przyrządzają się zwykłym sposobem preparaty.

Zamiast, poleconego przez Biederta, centryfugowania, względnie odstawiania na osad, lub też rozcierania zaleconego przez Dahmena, radzą Winkler i Fischer[7]) przepuszczać przez płyn prąd galwaniczny, mniej więcej przez 15 minut. Laseczniki, jako lżejsze, znajdować się mają tuż pod powierzchnią płynu, a rozgotowana miazga opada na dno naczynia.

W razie wyniku ujemnego, pomimo zbadania całego szeregu preparatów, pozostaje, jako *ultimum refugium*, szczepienie plwociną zwierząt, wrażliwych na gruźlicę. Że badanie takie bardzo się przydać może do rozpoznania, dowodzą między innemi doświadczenia Terrilego[8]), z kliniki prof. Maragliano, ogłoszone w r. 1896. Na 53 chorych z ostremi cierpieniami dróg oddechowych, o gruźlicę zupełnie nie podejrzanych, u których kilkakrotne, dokładne badania plwociny nie wykazały laseczników Kocha, dały wynik dodatni szczepienia zwierząt (morskich świnek) w 11 przypadkach. Terrile zaznacza z naciskiem, że badanie kliniczne nie wykazywało u żadnego z tych chorych jakichkolwiek znamion gruźlicy płuc.

Pomijając znaczenie rozpoznawcze tego rodzaju utworów, jak włókna elastyczne, komórki śródbłonkowe — alweolarne, kryształki hematoidyny, gdyż to dość dawno jest już znane, a ważne raczej dla określenia stopnia choroby, podniosę tylko nowsze szczegóły, odnoszące się do badania plwocin.

Na jeden z nich zwrócił uwagę Teichmüller[9]) w r. 1898. A mianowicie podaje on na podstawie swych badań, że w plwocinie chorych na gruźlicę znajdują się stale we większej ilości ciałka eozynochłonne wtedy, gdy nie można jeszcze wykazać laseczników Kocha. Z chwilą, gdy się zjawiają laseczniki, maleje ilość ciałek eozynowych, a w miarę dalszego postępu choroby znikają zupełnie. Teichmüller sądzi, że obecność wspomnianych leukocytów, oraz wahania w ich ilości, są wyrazem walki, jaką ustrój toczy z wdzierającymi się doń pasorzytami. Obecność znacznej ilości ciałek eozynochłonnych w plwocinie jest miarą zachowanej jeszcze siły odpornej ustroju; brak ich jest wyrazem poddania się.

Z moich własnych badań, podjętych w tym kierunku, nie chcę wysnuwać ostatecznych wniosków, gdyż ilość badanych chorych, względnie ich plwocin, nie jest jeszcze wystarczająca; mogę wszakże zaznaczyć, że w przypadkach nieżytów szczytowych i stwardnień szczytowych, przy dobrym ogólnym stanie chorych, udawało mi się zawsze odszukać pewną, jakkolwiek niezbyt znaczną ilość omawianych leukocytów.

Uważam przy tem za konieczne zaznaczyć, że przy sporządzaniu preparatów i ich barwieniu zachować trzeba te ostrożności, aby przez zbyt silne rozcieranie plwociny nie zniszczyć ciałek białych, a przez zbyt długie barwienie eozyną nie przebarwić ich. W razie zbyt długiego barwienia przyjmuje, zmieniona niewątpliwie, ziarnina ciałek białych neutrofilnych pewne ilości eozyny i ztąd dla mniej wprawnego oka przedstawiać się może, jako ziarnina oksyfilna. Ciałka eozynowe znajdują się najczęściej w postaci cieniów, wyjątkowo tylko napotkać można postacie tak ładne, jak w preparatach krwi.

Przeglądając preparaty plwocin gruźliczych, pochodzących z rozmaitych okresów choroby, zauważyłem nadto, że w okresach rozpadowych odnaleźć można w plwocinie tylko nader nieliczne limfocyty, podczas gdy w plwocinie, wykrztuszanej przez chorych, okazujących małe zmiany w płucach, liczba tych tworów jest dość znaczna. Zapisując tylko na razie szczegóły, odnoszące się do jakości ciałek białych w plwocinie, nie wysnuwam, jak to już powyżej zaznaczyłem, stanowczych wniosków rozpoznawczych. Być może, że pozwolą na nie dalsze badania, któremi na szerszą zajmuję się skalę.

Co do samych ciałek eozynowych, to w myśl badań Teichmüllera warunkowo przynać im można raczej prognostyczne niż rozpoznawcze znaczenie. Nie mniej wykluczyć należy możebność dychawicy oskrzelowej *(asthma bronchiale)*, w której wydziela się, jak wiadomo, plwocina, zawierająca duże ilości leukocytów eozynochłonnych.

Dalszą właściwością plwociny gruźliczej, wydzielanej wszakże w późniejszych okresach choroby, a zawierającej znaczne ilości laseczników, jest obecność zaczynu (fermentu), podobnego działaniem swem do dyastazy, zmieniającej skrobię na cukier. Właściwość tę wyzyskał Roerig[10]) i podał dwa odczyny, wyróżniające plwociny gruźlicze. Jeden z nich jest następujący: Plwocinę miesza się z równą ilością roztworu skrobi (klejstru) i ogrzewa w ciepłocie 37° C; mięszanina ta, zaprawiona małą ilością kwasu octowego i kilku kroplami roczczynu jodu, nie daje zabarwienia niebieskiego, gdyż skrobia zamieniła się na cukier. Drugi odczyn wykonuje się z kwasem siarkowym. Plwocinę zaprawia się kilku kroplami roztczynu sody i odparowuje do gęstości na pół skrzepniętego białka kurzego. Po dodaniu małej ilości kwasu siarkowego (około 2 kctm.) przyjmuje plwocina zabarwienie fiołkowe. Ani zwykłe nieżytowe, ani też zapalne plwociny, odczynu tego nie dają.

Znaczenie obu odczynów Roerigowskich jest więcej teoretyczne; w praktyce w tych tylko przypadkach wyzyskać je można, w których niema pod ręką mikroskopu lub barwików, a w których objawy fizykalne, jakkolwiek wybitne, pozostawiają jednak pewne wątpliwości co do przyrody cierpienia.

Znaczny rozgłos, jako środek dyagnostyczny dla gruźlicy wogóle, a tem samem i dla gruźlicy płuc, posiadała, a w części i dziś nawet posiada, tuberkulina Kocha.

W samych już jednak początkach stosowania tego środka wynurzały się z powodzi entuzyastycznych sprawozdań o jego wartości leczniczej, poważne, chociaż nie zbyt liczne na razie, głosy, które, w mniej lub więcej stanowczy sposób, wskazywały na połączone ze wstrzykiwaniami niebezpieczeństwa i nawoływały do umiarkowania i ostrożności w stosowaniu i w ocenianiu działania tuberkuliny. Ostrożność

[7]) F. Winkler i Fischer: Über die Verwendung des galvanischen Stromes zur Untersuchung der Sekreten und Exkreten. (*Centrblt. f. klin. Med.*, 1893).

[8]) Terrile: Sulla tuberculosi latente. (*Ref. Centrblt. f. inn. Med.* 1897. S. 408.

[9]) Teichmüller: Das Vorkommen und die Bedeutung der eosinophylen Zellen im tuberculösen Sputum. (*Centrblt. f. inn. Medicin.* 1898. S. 305).

[10]) Roerig: Por.: Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik, II. 1896.

nakazywał w pierwszej linii, nader niekiedy gwałtowny, miejscowy i ogólny odczyn, który, jak w przypadku Prof. Jarischa[11]) z Insbruku, był bezpośrednią przyczyną śmierci chorej.

W rzędzie klinicystów, którzy nie dali się unieść ogólnemu prądowi i zachowali w swej obserwacyi i w swych sprawozdaniach trzeźwy i przedmiotowy sąd, wymienić należy: Leydena[12]), Kasta[13]), Noordena[14]), Biederta[15]), Naunyna[16]); z polskich: Proff. Korczyńskiego[17]) i Gluzińskiego[18]). Ze stanowiska anatomo-patologicznego zwrócili uwagę na możliwość uogólnienia się sprawy gruźliczej, powstawania przedarć (perforacyj) w następstwie wstrzykiwań tuberkuliny, Virchow[19]) i asystent berlińskiego zakładu anatomii patologicznej Hansemann[20]); u nas uczynił to samo Prof. Browicz[21]).

Zupełnie też bez zastrzeżeń oświadczył się Dieppe[22]) przeciw wstrzykiwaniom tuberkuliny takim chorym, u których gruźlica nie czyni postępów, a nawet okazuje dążność do samoistnego gojenia się. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lipskiego, odbytem 12 grudnia 1890 r., podniósł on, że skutkiem wstrzykiwań tuberkuliny może się sprawa chorobowa łatwo zaostrzyć i uogólnić. W rozprawach popierał zdanie Dieppego Curschmann[23]) i oświadczył stanowczo, że, według niego, należy bezwarunkowo zaniechać wstrzykiwań u osób gruźliczych, okazujących objawy zwapniałych ognisk serowatych.

Że powyższe przestrogi były słuszne, a obawy niepłonne, dowiodły niestety późniejsze doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne, że wspomnę tu tylko dla przykładu o przypadkach, opisanych przez Thomsona[24]). W jednym z nich rozwinęła się ostra gruźlica płuc u osoby, u której przed wstrzykiwaniami nie można było badaniem fizykalnem wykazać jakichkolwiek zmian w płucach; w trzech innych nastało szybko postępujące pogorszenie choroby płuc.

To też lekarze, nawet najbardziej optymistycznie zapatrujący się na skuteczność tuberkuliny, jak n. p. Spengler[25]) z Davos przyznają, że w celach rozpoznawczych środkiem tym szafować nie można, wobec tego, że względnie bardzo nawet małe dawki wywołują niekiedy groźne zaburzenia, do których należą wysoka gorączka, osłabienie serca, białkomocz, żółtaczka, odczyn miejscowy w płucach. — Jeśli do tego dodamy, że w niektórych przetworach tuberkuliny, sporządzanej fabrycznie, znajdowano nietylko laseczniki Kocha, ale także inne chorobotwórcze drobnoustroje, jak to się zdarzyło i z ostatnim przetworem Kocha, zwanym tuberkuliną R., o czem wspominali Nencki, Mączewski i Łogucki[26]), oraz G. Schröder[27]), — to przyznać musimy, że mimomoli zawahać się przyjdzie przed używaniem tuberkuliny w celach rozpoznawczych, a to tem bardziej, że żadną miarą nie można jej uważać za środek bezwzględnie pewny.

Pierwszym, który na podstawie znacznego materyału statystycznego zestawił wnioski dyagnostyczne, był Stintzing[28]). Formułuje je w następujący sposób: 1) Brak odczynu po wstrzyknięciu dawki mniejszej niż 1 mg. nie świadczy przeciw gruźlicy. 2) Odczyn dowodzi wtedy istnienia gruźlicy, jeśli występuje po wstrzyknięciu dawki mniejszej niż 7 mg., z tem zastrzeżeniem, że dawka ta nie jest pierwszą, i że dawki początkowe wynosiły 1—2, najwyżej 3 mg. — 3) Odczyn, występujący po pierwszej dawce, wynoszącej 5—10 mg., nie dowodzi gruźlicy. 4) W celach rozpoznawczych wstrzykiwać należy z początku dawki małe, a dopiero zwolna dochodzić do wyższych.

Już z powyższych określeń wynika nie dwuznacznie, że w ocenianiu odczynu tuberkuliny Kocha należy zachować konieczną krytykę i pewną ostrożność. Czyni to zresztą i sam Stintzing, przyznając tuberkulinie wartość rozpoznawczą z łatwemi do pojęcia zastrzeżeniami.

Sprawozdania i zapatrywania innych klinicystów niemieckich, którzy, z natury rzeczy, pierwsi mieli sposobność do wczesnego i dokładnego badania tuberkuliny, różnią się dość znacznie między sobą. Jedni z nich podnosili bezwzględnie wysoko wartość rozpoznawczą nowego środka, drudzy ograniczali to znaczenie, lub przyjmowali je z zastrzeżeniami, odnoszącemi się tak do doboru przypadków, jak i do sposobu stosowania wstrzykiwań. Wyniki dodatnie otrzymał Ewald[29]) w kilku przypadkach zapaleń opłucnej z wysiękiem surowiczym i w przypadkach dyspepsyj, podejrzanych o gruźlicę; dalej należą tu sprawozdania Lindnera[30]), Epsteina[31]), Picka[32]), który nadzwyczaj wielką wagę przypisywał tuberkulinie, i w. in. — Więcej z zastrzeżeniami odzywali się Bauer[33]), Fürbringer[34]), Senator[35]) Burkart[36]), Leo[37]) i in.

Krytyczne to stanowisko nakazywało zjawianie się odczynu u chorych zupełnie o gruźlicę nie podejrzanych, jak w 5-ciu przypadkach trądu, o czem wspomina Goldschmidt[38]) zjawianie się odczynu u chorych niedokrewnych (Bauer); brak odczynu lub odczyn niewyraźny po dawkach średnich u chorych, z dawnemi zmianami gruźliczemi (Burkart), wielka rozmaitość w jakości i stopniu odczynu wogóle (Fürbringer).

Że wiara w rozpoznacze znaczenie tuberkuliny Kocha

[11]) Jarisch: *Wiener klin. Wochschft.* 1890. Nr. 50.

[12]) Leyden: *Berl. klin. Wochschft.* 1890. Nr. 50.

[13]) Kast: *Berl. klin. Wochschft.* 1890. Nr. 50.

[14]) Noorden: *Deutsche med. Wochschft.* 1890. Nr. 49.

[15]) Biedert: *Berl. klin. Wochschft.* 1891. Nr. 8).

[16]) Naunyn: *Deutsche med. Wochschft.* 1891. Nr. 9.

[17]) Prof. E. Korczyński: *Przegl. lek.* 1891. Nr. 3. i *Berl. klin. Wochschft.* 1891. Nr. 8.

[18]) Prof. Gluziński: *Wiener med. Wochschft.* 1890. Nr. 52.

[19]) Virchow: *Berl. klin. Wochschft.* 1891. Nr. 2.

[20]) Hansemann: *Therap. Monatshefte*, 1891. S. 77.

[21]) Prof. Browicz: *Przegl. lek.* 1890. Nr. 51. i *Centrbltt. f. d. med. Wisschften.* 1891. Nr. 1.

[22]) Dieppe: Berichte d. med. Gesellschaft zu Leipzig: *Schmidts. Jahrb.* 1890. T. 229. S. 221.

[23]) Curschmann: *Ibidem.*

[24]) Thomson: Ref. w *Centrblt. f. klin. Med.* 1892. S. 401.

[25]) Spengler: Ref. w *Centrblt. f. klin. Med.* 1892. S. 179.

[26]) Nencki, Mączewski, Łogucki: *Gazeta lek.* 1897. S. 506.

[27]) G. Schröder: *Deutsche med. Wochschft.* 1898. S. 402.

[28]) Stintzing: *Münch. med. Wochschft.* 1891. Nr. 9.

[29]) Ewald: (*Berliner klin. Wochschft.* 1890. Nr. 51).

[30]) Lindner: (*Deutsche med. Wochschft.* 1890, Nr. 51).

[31]) Epstein: (*Prager med. Wochschft.* 1891. Nr. 1).

[32]) Pick: *Prager med. Wochschft.* 1890. Nr. 52).

[33]) Bauer: *Münchener med. Wochschft.* 1890. Nr. 51.

[34]) Fürbringer: *Deutsche med. Wochschft.* 1890. Nr. 52.

[35]) Senator: *Berl. klin. Wochschft.* 1890. Nr. 51.

[36]) Burkart: *Berl. klin. Wochschft.* 1890. Nr. 53.

[37]) Leo: Dyskusya w dolnoreńskiem Tow. lek. *Deut. med. Wochschft.* 1890. Nr. 51.

[38]) Goldschmidt: *Berl. klin. Wochschft.* 1891. Nr. 2.

nie mogła się bezwzględnie utrwalić i uogólnić, wypływało także i z tej okoliczności, że, gdy jedni klinicyści polecali dawki małe, a stopniowo radzili dochodzić do średnich, to inni uważali za wskazane wstrzykiwać odrazu dawki wyższe.

Bezwzględnej ufności nie mogły także wzbudzić doświadczenia, czynione z końcem r. 1890 i z początkiem 1891 w klinice krakowskiej, a ogłoszone przez Prof. Korczyńskiego[39]). U 5-ciu chorych, nie okazujących bądź żadnych zmian w narządzie oddechowym (3 osoby), bądź też przygodny tylko nieżyt oskrzelowy, występowały objawy odczynu, w części miejscowego, w części także ogólnego, z ciepłotą, dochodzącą nawet do 39·4°C.

Po roku 1891 ustała powódź artykułów, zajmujących się tuberkuliną, jako środkiem leczniczym, lub rozpoznawczym. W tych, które ogłoszono w następnych latach, panuje taka sama niezgodność, jaką widzimy w początkach stosowania tuberkuliny Kocha. Należą tu prace Grasseta i Vedela[40]), Searsa[41]), J. W. Whitego[42]), J. M. C. Moutona[43]), L. Trudeaua[44]), W. Northrupa[45]), C. P. Amblera[46]) i kilka innych.

Z zastrzeżeniami wyraża się o tuberkulinie, jako o środku dyagnostycznym, także G. Cornet[47]) w dziele swem „O gruźlicy", wydanem w r. 1899. Nie odmawia jej wprawdzie znaczenia rozpoznawczego, ale podnosi, że są przypadki, w których środek ten nie wywołuje u osób gruźliczych odczynu, a także takie, w których, mimo braku wszelkich objawów gruźlicy, co stwierdza późniejsza i dłuższa obserwacya, odczyn występuje.

Przy używaniu tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego radzi Cornet postępować w następujący sposób: Przez trzy dni należy mierzyć co 2 godziny ciepłotę; trzeciego dnia wieczorem wstrzykuje się 1 mg. tuberkuliny. Odczynu należy oczekiwać w ciągu 8—16 godzin; jeśli go niema, to po 1—2 dniowej przerwie wstrzykuje się 3 mg., w razie ujemnego wyniku w 7 lub 8 dniu 6 mg. tuberkuliny. Jeśli i po tej dawce brak odczynu, to z wielkiem prawdopodobieństwem wykluczyć można gruźlicę.

Prawie równocześnie z pracami, zajmującemi się w r. 1890 i 1891 badaniem wpływu leczniczego i znaczenia dyagnostycznego tuberkuliny, pojawiło się kilka sprawozdań, wskazujących na jodek potasu, jako na środek rozpoznawczy w gruźlicy. Na lek ten zwrócił pierwszy uwagę Sticker[48]) jeszcze w r. 1888, ale wtedy artykuł jego żadnego nie obudził zajęcia. Dopiero gdy w r. 1890 ogłosili najpierw Schleich[49]), później Heinz[50]) swoje spostrzeżenia, stwierdzające wpływ jodku potasu na gojenie się owrzodzeń i na występujący w nich odczyn, upomniał się Sticker[51]) o pierwszeństwo i ogłosił w styczniu 1891 r. drugi artykuł w tej sprawie. Podnosi w nim, że takie same objawy miejscowe w płucach, jakie występują po wstrzykiwaniach tuberkuliny Kocha, zjawiają się także w płucach, gruźlicą dotkniętych, po wewnętrznem podaniu jodku potasu. Różnica odczynu miejscowego polega na tem tylko, że po tuberkulinie występuje odczyn rychlej i gwałtowniej, po jodku potasu znacznie później i łagodniej. Podnosi dalej Sticker, że u osób ze zdrowemi płucami niema żadnych zmian w narządzie oddechowym po soli jodowej, albo też występuje co najwyżej ostry nieżyt krtani i tchawicy. U osób ze suchym nieżytem oskrzeli drobnych pojawiać się zwykł po kilkudniowem używaniu jodku potasu wilgotny, rozlany nieżyt. Inaczej dzieje się u osób, u których istnieją zmiany, dające się fizykalnem badaniem wykazać i określić jako ogniska gruźlicze, oraz u tych, u których ognisk, z powodu małych ich rozmiarów, stanowczo wykazać nie można. W tych właśnie przypadkach pojawiają się po kilkudniowem używaniu jodku potasu, podawanego w małych lub średnich dawkach dziennych, w miejscach podejrzanych płuc, znamiona, ściśle umiejscowionego, nieżytu, objawiającego się mniej lub więcej licznemi rzężeniami. Nie rzadko wykazać można równocześnie większe natężenie dawniejszych, lub też zjawianie się nowych, przytłumień, jeżli ich poprzednio nie było. Chorzy odkrztuszują nadto plwocinę, zawierającą laseczniki gruźlicze.

Sam miałem niejednokrotnie sposobność stwierdzić, że spostrzeżenia Stickera są słuszne i, że zasługują na uwagę. Dostrzegałem bowiem u osób, dotkniętych gruźlicą płuc a równocześnie dychawicą oskrzelową, które w czasie napadu zażywały jodek potasu, tak objawy ogólnego wilgotnego nieżytu oskrzelowego, jako też objawy wybitniejsze w ogniskach gruźliczych. Te ostatnie przedstawiały się bardzo często pod postacią miejscowych zapaleń nieżytowych: Wypuk stawał się przedewszystkiem wyraźnie bębenkowo-przytłumionym; przysłuchem stwierdzałem nierówne, średnio bańkowe, najczęściej wybitnie wilgotne rzężenia.

Wyniki Stickera potwierdził Paterson[52]) na podstawie swoich spostrzeżeń, ogłoszonych w r. 1898.

Sądzę, że wobec tego warto w wątpliwych przypadkach podawać podejrzanym o gruźlicę chorym jodek potasu, względnie jakąkolwiek inną sól jodową i to w podwójnym celu: aby módz śledzić odczynowe miejscowe zmiany, a także, by uzyskać pewną ilość plwociny, której bakteryologiczne badanie tak nieskończenie ważne jest dla rozpoznania gruźlicy.

Celem wywołania odczynu ogólnego, jak się to dzieje po tuberkulinie, wstrzykiwał Sirot[53]) chorym, podejrzanym o gruźlicę, sztuczną surowicę o składzie: *Natrii chlorati 5·00 grm.*, *natrii sulfurici 1·00 grm.*, *aq. dest. 1000 grm.* Surowica ta, wstrzyknięta w ilości 20 kctm. pod skórę, wywołuje, według Sirota, u osób gruźliczych odczyn gorączkowy, zjawiający się w 3—9 godzin po zastrzyknięciu. Gorączka znika po upływie 24 godzin. Jako odczyn właściwy uważać należy ciepłotę, wychodzącą powyżej 38° C.

Stwierdzeniem wyników Sirota zajmował się w r. 1898 Poljakow[54]) i wprost im przeczy. Otrzymywał bowiem

[39]) Prof. Korczyński: *Przegl. lek.* 1891. Nr. 3.
[40]) Grasset i Vedel: Ref. *Centrblt. f. in. Med.* 1896. S. 959.
[41]) Sears: Ref. *Schmidts Jahrb.* 1898. T. 259. S. 40.
[42]) F. W. White: *Ibidem.*
[43]) J. M. C. Mouton: *Münch. med. Wochschft.* 1897. Nr. 22.
[44]) Trudeau: Ref. *Deutsch. med. Wochschft.* 1898. *Lit. beil.* S. 74.
[45]) W. Northrup: *Ibidem.* S. 178.
[46]) Ambler: *Jahresbericht ü. d. Fortschritte d. Diagnostik* 1899.
[47]) G. Cornet: Die Tuberculose. Wien. 1899. (Wydanie Nothnagla).
[48]) Sticker: *Münch. med. Wochschft*, 1888, Nr. 37.
[49]) Schleich: *Therap. Monatshefte*, 1890, H. 11.
[50]) Heinz: *Berl. klin. Wochschft*, 1890, Nr. 52.
[51]) Sticker: *Centrblt. f. kl. Med.* 1891. S. 49.
[52]) Paterson: Ref. w *Centrblt. f. inn. Med.* 1898. S. 999.
[53]) Sirot: *Sem. med.* 1897. Nr. 63.
[54]) Poljakow: *Ber. ü. d. Fortschritte der Diagnostik.* 1898. S. 46.

odczyn u osób stanowczo niegruźliczych, a na odwrót nie spostrzegał go u osób niewątpliwie gruźliczych.

Nowy szczegół dorzucono w r. 1898 do dyagnostyki gruźlicy płuc. Jest nim serodyagnostyka, na wzór Vidalowskiej, w durze brzusznym.

W czasie obrad czwartego Kongresu gruźliczego, odbytego w Paryżu między 27 lipcem a 2 sierpniem 1898 r., zdawali sprawę ze swych spostrzeżeń w tym kierunku Arloing i Curmont[55]). Podają oni, że w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy płuc stwierdzali prawie stale wpływ surowicy krwi na laseczniki Kocha. Aglutynacya laseczników występowała w ciągu 24 godz., nawet przy 10—20-krotnem rozcieńczeniu surowicy. Curmont[56]) podnosi przedewszystkiem rozpoznawcze znaczenie aglutynacyi prątków w przypadkach wysięków do jam surowiczych, gdy chodzi o oznaczenie przyrody sprawy zapalnej. Płyn wysiękowy, o ile jest wytworem zapalenia gruźliczego okazuje to samo działanie na laseczniki Kocha, co surowica krwi osób gruźliczych. Liczba przypadków badanych w tym kierunku przez Curmonta wynosiła 18. W 17 z nich otrzymano wynik dodatni. Tą samą sprawą zajmował się także Dubard[57]) i również dodatnie otrzymał wyniki.

O ile powyższe sprawozdania okazałyby się słuszne, mielibyśmy bardzo dobry sposób do odróżniania przyrody wysięków zapalnych, przedewszystkiem opłucnowych i otrzewnowych, które pojawiają się niekiedy u osób zaledwo podejrzanych o gruźlicę, a których właściwe określenie nie zawsze jest łatwe, niekiedy możliwe po dłuższej dopiero obserwacyi.

Pomiędzy szczegółowymi sposobami badania chorych gruźliczych, względnie o gruźlicę podejrzanych, wspomnieć jeszcze należy o prześwietlaniu klatki piersiowej promieniami *X*, czyli o roentgenografii. Stosować ją zaczęto bardzo wcześnie. Trzy pierwsze sprawozdania Boucharda[58]) noszą datę 1896 r. Wyniki otrzymane przez francuskiego autora były nader zachęcające. Podaje on, że małe bardzo ogniska w płucach, niedające się wykazać zwykłymi sposobami fizycznego badania, rzucają cień na ekran, względnie występują na płycie jako ciemniejsze miejsca. W podobny sposób streszcza także Stubbert[59]) wyniki swoich spostrzeżeń, czynionych na 73 chorych. Zagęszczenia szczytowe dają mniej lub więcej wyraźny cień; jamy poznać można po jaśniejszych zarysach.

O rozpoznaniu jamy gruźliczej zapomocą promieni Roentgena wspomina Wassermann[60]) w przypadku, w którym badaniem fizykalnem żadnych nie stwierdzono objawów. Znaczenie radyoskopii dla rozpoznawania gruźlicy podnoszą dalej Kielsch i Boinon[61]), a za nimi Amat[62]) w szczegółowej pracy, poświęconej dyagnostyce wczesnych okresów gruźlicy.

Oględniej wyraża się o roentgenografii Jaworski[63]) w swej rozprawie z r. 1897. W badanych przez niego przypadkach ogniska gruźlicze dawały niewyraźny tylko cień o rozlanych zarysach. Ocenienie obrazu wymaga wobec tego dość znacznej wprawy i doświadczenia, na co wielu zresztą autorów zwraca uwagę, a co z naciskiem podnosi Rosenfeld[64]).

Słusznie też czyni Cornet[65]), pisząc, że w obecnej chwili nie można jeszcze wyrzec ostatniego słowa o rozpoznawczem znaczeniu radyoskopii w gruźlicy płuc, że jednak, w miarę dalszego wydoskonalenia przyrządów i metody badania, spodziewać się można cennych usług, oddawanych w dyagnostyce gruźlicy przez promienie *X*.

Kierunek badania fizycznego chorych zbyt jest dawny, a sposoby jego zbyt wykształcone, aby cokolwiek nowego dorzucić tu można. Każdy, najmłodszy nawet lekarz wie, jak pilną trzeba zwracać uwagę przy badaniu chorych, podejrzanych o gruźlicę, na wywiady, jak bardzo należy uwzględniać budowę ciała, stan i czynność poszczególnych narządów, jak ściśle badać klatkę piersiową, śledzić za najdrobniejszemi zboczeniami w ruchomości, sprężystości i pojemności płuc.

Nie mam też zupełnie zamiaru rozbierać wszystkie szczegóły i przechodzić je kolejno. Chcę podnieść jeden tylko, jak sądzę, niedostatecznie oceniany w najpoczytniejszych i najbardziej używanych podręcznikach dyagnostycznych, a nawet w monografiach. Jest nim wypuk, na który w początkach gruźlicy, w okresie t. zw. nieżytowym, mały zazwyczaj kładzie się nacisk.

Nie trudno pojąć, że jak długo niema nacieku, niema także wybitnych różnic w oporności klatki piersiowej, w wysokości, a tem mniej w jakości odgłosu wypukowego. Nie ma wybitnych Są jednak pewne zmiany, które przy ostrożnem badaniu i przy niejakiem wytężeniu słuchu stwierdzić można. Różnice te występują przy porównawczem badaniu równoimiennych miejsc klatki piersiowej w różnych fazach oddechania.

Jak to powszechnie wiadomo, odgłos wypukowy nie jest jednaki w czasie wdechu i wydechu. Podczas wdechu staje się wyższy, głośniejszy i jawniejszy, w czasie wydechu jest niższy, cichszy, mniej pełny i mniej jawny. Różnica ta zaciera się, w różnym zresztą stopniu, gdy opukujemy miejsca chore, mniej powietrzne. Drobne i najdrobniejsze oskrzeliki, obrzękłe i zwężone skutkiem sprawy nieżytowej, wywołanej usadowieniem się laseczników i tworzeniem gruzełków w ścianach lub w otoczeniu oskrzeli, tracą nadto, tak samo, jak i pęcherzyki, pełną zdolność rozszerzania się i zwężania, a tem samem zdolność wprowadzania tej samej ilości powietrza do pewnego obszaru płuc, co oskrzeliki zdrowe. A więc stopień napięcia płuc w chorym obszarze nie okazuje wybitniejszych wahań, zależnych od faz oddechowych. Ilość powietrza nie zwiększa się w takim obszarze podczas wdechu w tym stopniu, w jakim się to dzieje w obszarze zdrowym. Ztąd w czasie wdechu mało, lub wcale nie zmienia się odgłos wypukowy i wrażenie dotykowe badającego palca. Różnica ta między miejscem chorem, a zdrowem bywa niekiedy tak wybitna, że odrazu zwraca uwagę.

Zdarza się także niekiedy, że w czasie głębokiego wdechu zmienia się nieco odgłos wypukowy; ale zamiast stawać się pełniejszym, przybiera cechy odgłosu bębenkowego. Gdy-

[55]) Arloing i Curmont: *Deutsche med. Wochschft*, 1898, S. 607.

[56]) Curmont: *Presse medicale*. 1898.

[57]) Dubard: *Ibidem*.

[58]) Bouchard: Ref. w *Centrblt. f. inn. Med.* 1897. S. 764, 765.

[59]) Stubbert: Ref. w *Schmidts Jahrb.* 1898. T. 259, S. 29.

[60]) Wassermann: *Wiener klin. Wochenshft.* 1897, Nr. 4.

[61]) Kielsch i Boinon: Ref. w *Schmidts Jahrb.* 1898, T. 259, str. 29.

[62]) Amat: *Ibidem*. S. 28.

[63]) Jaworski: *Wien. klin. Wochschft.* 1897, Nr. 30 i *Przegląd lekarski*. 1897. Nr. 34 i 35.

[64]) Rosenfeld: Por. Gocht. Lehrbuch der Roentgen-Untersuchung. Stuttgart 1898, oraz Cornet: *L. c.* S. 395.

[65]) Cornet: *L. c.*

byśmy wchodzić chcieli w tłómaczenie powyższego zjawiska, to możliwem wydawałoby mi się przyjąć, zastępcze poniekąd rozdęcie (ektazyą) partyj pęcherzyków, sąsiadujących ze zrazikiem, w którym rozpoczęła się już gruźlica. Otaczająca go tkanka płucna znajduje się w stanie pewnego przekrwienia, ściany pęcherzyków są mniej sprężyste, stawiają mniejszy opór powietrzu podczas wdechu, rozszerzają się nad zwykłą miarę; a więc w czasie wdechu powiększa się rozdęcie sąsiadujących ze zrazikiem gruźliczym partyj. Wynikiem jest odgłos bębenkowy.

O szczegółach powyższych wspominam nie w tej myśli, aby przypisywać im jakiekolwiek górujące znaczenie w szeregu sposobów fizycznego badania; stawiam je na równi z innymi. Sądzę wszakże, że i one przyczynić się mogą do ułatwienia rozpoznania zmian w płucach tam, gdzie objawy choroby słabo zaledwo są zaznaczone.

V. Z kliniki lekarskiej c. k. Radcy Dworu Prof. Dra E. Korczyńskiego w Krakowie.

Przypadek histeryi odznaczającej się lewostronnem nadmiernem poceniem się i dobrowolnem przeniesieniem się przeczulicy lewostronnej na stronę prawą.

(Przypadek demonstrowany w Tow. lek. krak. w dniu 17 maja 1899 r.).

Podał

Dr. Wawrzyniec Kędzior

I. asystent kliniki.

Mało czynności ustroju zależy od tylu czynników, jak wydzielanie potu. Pominąwszy bowiem wpływy przypadkowe, jak podniesienie ciepłoty otoczenia, zwiększoną pracę mięśniową, większą ilość wody we krwi i t. p., uwzględnić należy przedewszystkiem wpływ swoistych nerwów wydzielniczych potowych, przebiegających wraz z większymi pniami nerwowymi i w sznurach nerwu spółczulnego, wpływ nerwów rozszerzających i zwężających naczynia krwionośne, wreszcie ośrodków potowych, znajdujących się w ośrodkowym narządzie nerwowym, a co do rozpołożenia których sprawa dotąd jeszcze nie rozstrzygnięta. Gdy bowiem według Nawrockiego istnieje jeden tylko ośrodek potowy w rdzeniu przedłużonym, to Luchsinger, Adamkiewicz, Vulpian i inni przyjmują ośrodki potowe na całej długości rdzenia pacierzowego, te zaś są najprawdopodobniej połączone z ośrodkami kory mózgowej (Landois).

W stanie prawidłowym odbywa się pocenie jednakowo po obu stronach. W stanach patologicznych natomiast zauważono ciekawe zjawisko, do którego i nasz przypadek zaliczyć należy, zjawisko jednostronnego nadmiernego pocenia się i to przeważnie na głowie *(hyperhidrosis unilateralis)*. Z pomiędzy wielu chorób układu nerwowego z podstawą anatomiczną jak i bez podstawy anatomicznej, w których nadmierne jednostronne pocenie się opisano, wspomnę tutaj tylko o niektórych: Meschede, Mickle znachodzili je w porażeniu postępowem; Traube w chorobach rdzenia przedłużonego; Mundt zauważył w syringomyelii wzmożone jednostronne pocenie się przy działaniu niższej ciepłoty zewnętrznej; Ebstein i Fränkel opisali przypadek, w którym równocześnie z występowaniem pocenia się jednostronnego pojawiały się napady dychawicy (astmy); Prikoffsky, Grabowski, Donders, Schwenninger, Buzzi, Piątkowski stwierdzali nadmierne pocenie się jednostronne podczas żucia pokarmów; Berger w zadumie i u chorego, oddającego się samogwałtowi; inni w uwiądzie rdzenia pacierzowego, chorobie Basedowa, histeryi, migrenie, porażeniu nerwu twarzowego (Windscheidt), w porażeniu połowiczem, w stwardnieniu wieloogniskowem (Seeligmüller).

Choroby nerwu spółczulnego odgrywają tu bardzo ważną rolę, w nim bowiem, jak wyżej wspomniałem, przebiegają gałązki wydzielnicze potowe, których podrażnienie wywołuje wydzielanie potu i włókna naczynioruchowe, wywierające swój wpływ pośrednią drogą.

Co do objawów klinicznych cierpienia tego nerwu, możnaby je, opierając się na podstawie pracy Nicatiego, podzielić na 3 okresy: W pierwszym okresie objawy podrażnienia, jak wysadzenie gałki ocznej, rozszerzenie źrenicy, blade zabarwienie skóry, obniżenie ciepłoty i przyśpieszenie tętna; w drugim okresie zwężenie szpary powiekowej i źrenicy, większe napięcie gałki ocznej, zwiększenie wydzielania potu po stronie chorej; w trzecim wreszcie okresie częściowy lub zupełny zanik części porażonej: skóra staje się bledsza, a pocenie się nadmierne ustępuje. Aczkolwiek późniejsi autorowie podziału tego w zupełności nie przyjmują, to jednak zgadzają się na powyżej wymienione objawy. Eulenburg zalicza do najczęstszych zmian w tej chorobie zwężenie źrenicy, dające się nieco rozszerzyć atropiną, oraz nieoddziaływanie jej zupełne na światło, a słabe na akomodacyę.

Przytoczyłem tutaj nieco szczegółowiej objawy cierpienia nerwu spółczulnego, albowiem będą one potrzebne do wykluczenia tego cierpienia w naszym przypadku, którego przebieg w krótkości przedstawia się, jak następuje:

M. B., lat 20, wieśniaczka, przyjęta do kliniki 13 lutego 1899 r. Dziedzicznie nie obciążona. W 18 r. życia wystąpiła pierwsza miesiączka, która była, jak i kilka następnych prawidłowa, poczem przerwa siedmiomiesięczna, późniejsze zaś miesiączkowanie połączone było z bólami w podbrzuszu i krzyżach. Przed 3-ma laty zauważyła osłabienie kończyny dolnej prawej, następnie lewej, doznawała w nich uczucia mrowienia i drętwienia, przy chodzeniu łatwo upadała, a od roku o własnych siłach stać ani chodzić nie może. Rok temu zauważyła nadmierne pocenie się po stronie lewej, osobliwie przy zasypianiu, przyjmowaniu pokarmów i oddawaniu stolca, a w ostatnim czasie dołączyły się ciągłe bóle w krzyżach, przeważnie po stronie lewej.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa kośćca dobra, odżywienie dobre. Skóra na twarzy miernie zaczerwieniona, zresztą blada; po stronie lewej, na czole, skroni, policzku, nosie i wargach, tudzież w pasze, pachwinie i na brzuchu pokryta kroplistym potem, spływającym się ze sobą; w mniejszym stopniu zajmuje pot kończyny i szyję. Po stronie prawej skóra wilgotna, lecz nie okazuje nadmiernego pocenia.

Najwybitniej występują poty w czasie przyjmowania pokarmów, zasypiania, jak również przy wzruszeniach psychicznych; większego zaś pocenia się w otoczeniu o niższej ciepłocie, jak niemniej wyraźniejszego zaczerwienienia skóry po stronie lewej, ani też różnicy ciepłoty, nie zauważono. Te same różnice w wydzielaniu potu pomiędzy stroną prawą a lewą stwierdzić można było po wstrzyknięciu 0·02 chlorku pilokarpiny. Zmiany te w poceniu się utrzymywały się przez cały czas pobytu chorej w klinice.

Nerw twarzowy bez zmian, zakończenia nerwu trójdzielnego nie bolesne. Szpary powiekowe wązkie, nie zmieniające się przy przechylaniu w tył głowy; przy biernych ruchach powiek czuć opór, przy zwracaniu gałek ocznych w bok wyraźne drżenie gałek ocznych (nystagmus). Źrenice miernie szerokie, okrągłe, równe, dobrze na światło

i akomodacyą oddziałują. Pole widzenia zwężone na wszystkie barwy. Słuch prawidłowy. W zmyśle węchu i smaku zaburzenia miernego stopnia: chora nie odczuwa woni amoniaku po stronie lewej, a smak octu rozpoznaje po lewej stronie języka, jako gorzki, po prawej jako kwaśny. Ślinienie prawidłowe. Trzęsienie języka wyraźne, gardło znieczulone; mowa powolna, nieskandowana.

W narządach wewnętrznych wybitniejszych zmian nie ma, jak tylko wązkie naczynia (liczba tętna 88, po wstrzyknięciu pilokarpiny podnosząca się do 100) i niedokształt macicy. Lewostronna owarialgia, górna część stosu pacierzowego przy ucisku bolesna.

Pobudliwość mechaniczna, mięśniowa i naczynioruchowa wygórowana. Badanie prądem galwanicznym mięśni i nerwów wykazało nieznaczne tylko upośledzenie pobudliwości nerwu twarzowego po stronie lewej, zresztą stosunki prawidłowe. Drżenia intencyjnego nie ma. Pnie nerwowe przy ucisku nie bolesne. Odruchy ścięgniste wzmożone, odruch stopowy wyraźniejszy po stronie prawej S adanie możliwe, ale bardzo utrudnione; stać i chodzić o własnych siłach nie może; podtrzymana zaś z dwóch stron jest w stanie wykonać kilka małych kroków. W czuciu wybitne zmiany, a mianowicie lewostronna przeczulica i ogniskowe obniżenie czucia bólu po obu stronach: czucie ciepła, ciężaru i lokalizacya czucia — prawidłowe; czucie elektryczne upośledzone po stronie prawej. Wargi sromowe w czuciu zmian nieokazują.

We krwi ciałek czerwonych w 1 mm. sześć. 4,560 000, ciałek białych 5.600, odsetek hemoglobidy 70 (Govers); co do białych ciałek, to neutrofilów 84%, limfocytów 15%, eozynochłonnych 1%.

Ilość dzienna moczu waha się między 1 200 a 1.300; ciężar gatunkowy 1.023—1.031. Białka ani cukru nie wykazano, chlorki prawidłowe, fosforany zwiększone. Ciężar ciała zwiększył się w czasie pobytu w klinice o 5 kg. Chora przygnębiona, smutna, nieśmiała, wstydliwa, nie bierze udziału w otoczeniu, inteligencya mała.

Ponieważ w tym przypadku niema objawów choroby nerwu spółczulnego, ani też nerwów obwodowych, a mianowicie niema zmian ani ze strony źrenic, ani ze strony gałązek naczynioruchowych, niema zaników ani porażeń zupełnych, żadnych zaburzeń odżywczych, niema zmian ze strony narządu krążenia ani w wydzielaniu śliny, ponieważ nadto można wykluczyć wszelkie anatomiczne zmiany chorobowe w mózgu i rdzeniu pacierzowym, przeto z koniecznością należy przyjąć zmianę czynnościową, a więc nerwicę bez tła anatomicznego, t. j. histeryę o wybitnych zmianach w sferze psychomotorycznej (astazya i abazya), wydzielniczej i w sferze czucia. Rozpoznanie histeryi tłómaczy nam w tym przypadku wszystkie objawy histeryczne: drżenie gałek ocznych (nystagmus hystericus), zwężenie szpar powiekowych z powodu kurczu m. okrężnego (m. orbicularis), zmiany w usposobieniu, w zmysłach i czuciu, jakoteż jednostronne pocenie się.

Leczenie było głównie psychiczne. Tak n. p. pod wpływem wstrzykiwań wody przekroplonej w okolicę krzyżową lewą bóle w okolicach lędźwiowych w ciągu godziny ustępowały zupełnie na kilka do kilkunastu godzin.

Dalszy przebieg okazał się dosyć korzystnym, chora podtrzymana pod jedno tylko ramię mogła kilkakrotnie przejść po sali, usposobienie jej stało się weselsze, chętnie zaczęła czytać książki i rozmawiać z innemi choremi.

W dniu 15-tym kwietnia nagle bez wyraźnego powodu przeniosły się bóle w krzyżach ze strony lewej na stronę prawą, a badanie czucia w tym dniu wykonane wykazało przeniesienie się dawnej przeczulicy lewostronnej na stronę przeciwną, czem chora sama przy badaniu była bardzo zdziwioną. Zmiana ta w czuciu utrzymywała się mniej więcej w jednym stopniu aż do dnia 15-go maja, kiedy badanie wykazało przeczulicę bólu (hyperalgezyę) po całej stronie prawej, miejscami wybitniejszą niż poprzednio, po stronie zaś lewej upośledzenie czucia bólu i dotyku, a w wysokości sutka lewego, pachwiny lewej, na ograniczonej przestrzeni uda lewego i okolicy lędźwiowej lewej, zupełne znieczulenie.

W dniu 26-go czerwca zastósowano próby wywołania sztucznego transfertu zapomocą monet srebrnych, miedzianych i niklowych z wynikiem dodatnim: w miejscach znieczulonych zniesienie czucia bólu ustąpiło miejsca nawet przeczulicy miernego stopnia, podczas gdy po przeciwnej stronie w miejscach symetrycznych wystąpiło obniżenie czucia bólu. W dniu następnym chora odczuwała ukłócie szpilką zupełnie równo po obu stronach a w dniu 4-go lipca przy opuszczaniu kliniki stwierdzić można było tylko ogniskowe upośledzenie czucia bólu po stronie lewej w wysokości sutka i przedramienia.

Przypadek ten wyróżnia się od wielu innych przedewszystkiem jednostronnem poceniem się, a nadto dobrowolnem przeniesieniem się przeczulicy lewostronnej na stronę przeciwną, a wreszcie skutecznością leczenia metalami. W histeryi nie rzadko przydarza się w prawdzie, że znamiona chorobowe w zakresie czucia (stigmata) zmieniają się co do nasilenia i umiejscowienia dobrowolnie, t. j. bez zadziałania jakichkolwiek czynników zewnętrznych. Od szeregu lat, gdzie w klinice lekarskiej oznacza się w regularnych odstępach czasu zmiany w poszczególnych rodzajach czucia i takowe nakreśla się na osobnych tablicach szematycznych, zmienność tę bardzo często się stwierdza. To też nie na tę okoliczność, lecz na dobrowolny transfest wszystkich połowiczych zboczeń w czuciu z jednej strony ciała na drugą w obecnym przypadku należy nacisk położyć.

Co się tyczy transfertu sztucznego, to, jak wiadomo, nie tylko metale, ale i płytki kości, synapizmy, prąd elektryczny mogą ten sam skutek wywrzeć, na co w swoim czasie zwrócił uwagę Westphal, a tem samem wykazał, że powracanie czucia w miejscach znieczulonych nie zawdzięcza się wytwarzaniu się prądów elektrycznych pod wpływem metali, jak to myślał Regnard.

Analogiczne przypadki sztucznego transfertu spostrzegano wielokrotnie w klinice lekarskiej prof. Korczyńskiego. Tutaj dodatkowo tylko wspomnę o jednym najciekawszym, który sam miałem sposobność obserwować. Dotyczył on chorego z rozpoznaniem histeryi, u którego znieczulenie na kończynie dolnej prawej pod wpływem prądu indukcyjnego, zastósowanego w celu rozpoznawczym, zupełnie ustąpiło, przenosząc się na kończynę dolną lewą.

Piśmiennictwo.

1) Meschede. Ein Fall von Hemidiaphoresis (*Virchov Jahr. Berl.*, 1868) — 2) Ebstein. (*Virchov Archiv*, T. 62). — 3) Eulenburg. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1878. — 4) Eulenburg Zur Pathologie des Sympaticus (*Wien. med. Woch.* 1868). — 5) Otto. Beitrag zur Pathologie des Sympaticus. (*Deutsches Archiv für klin. Med.* 1873). — 6) Nicati. (*Virchov Jah. B* 1873). — 7) Friedländer. Ein Fall von Hyperidrosis unilateralis (*Centr. für Nervh.* 1887) — 8) Piątkowski. (*Medycyna*, 1897). — 9) Westphal. Ueber Metalloscopie. (*Berl. klin, Woch.*, 1878). — 10) Friedmann. *Allg. Wiener med Zeitung*, 1881). — 11) Luchsinger. Arch f. d gesammte Physiologie 13 und 14 Bd. Przytoczone podług fizyologii Hermana. — 12 Landois. Physiologie. — 13) Eichhorst. Specielle Pathologie und Therapie, 1897. — 14) Hirt Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten, 1894. — 15) Marischler. (*Przegląd lekarski*, 1898). 16) Adamkiewicz. Die secretion des Schweisses 1878. — 17) Seeligmueller, (*Deutsche Zeitschft. f. Nervenheilkunde B. XV*).

VI. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego.

Kilka słów w sprawie usposobienia dziedzicznego w gruźlicy płuc.

Podał
Dr. St. B. Kwiatkowski.
II. asystent kliniki.

Niema chyba choroby, której etyologia byłaby tak wszechstronnie badana, a mimo to dotąd tak niejasna, jak gruźlicy. Udowodnienie swoistości zarazka gruźliczego, przyjęte ze słusznem entuzyazmem, dało wprawdzie rękoimię opanowania przedmiotu, nie wyjaśniło jednak wielu szczegółów etyologicznych. Znaną nam jest morfologia i biologia prątka gruźliczego, znane drogi, któremi prątek ten ustrój nasz nawiedza, ale zachowanie się wobec niego ustroju ludzkiego nie jest jeszcze zupełnie jasne tak, że często spotykać się można z dyametralnie różnemi zdaniami pod tym względem. Według jednych ustrój nasz jest wymarzonem podłożem dla prątka gruźliczego, według innych nie jest on nawet dlań obojętnem.

Sprawa zaraźliwości gruźlicy, która panuje dziś niepodzielnie nad całą sytuacyą, równocześnie zepchnęła ten drugi tak ważny czynnik, jakim jest organizm dotknięty, inwazyą prątka gruźliczego na plan dalszy, wyznaczając mu w całej tej sprawie udział prawie bierny. Dla zwolenników bowiem teoryi zakaźności, jako takiej, usposobienie gruźlicze było prawie obojętne; wystarczały dla nich dwa czynniki: zarazek i ustrój ludzki lub zwierzęcy, jako do aktu zakażenia konieczne.

Jeżeli jednak większość badaczy przyznaje usposobieniu nabytemu pewne znaczenie w zakażeniu, to tem stanowczej usposobieniu dziedzicznemu wszelkiej doniosłości odmawia.

Od dłuższego czasu jednak mniejszość badaczy z Hueppem, Landouzym na czele zwraca uwagę, że zarazek chorobotwórczy tylko usposobionych czyni chorymi, prątki bowiem gruźlicze, w pełni zdatne do rozwoju, bardzo często spotykamy na błonach śluzowych u zupełnie zdrowych ludzi. Oni też obok zarazka chorobowego i odpowiednich warunków zakażenia, jako trzeci najważniejszy czynnik podają usposobienie chorobowe; bez niego bowiem w ustroju zarazek żadnych zmian wywołać nie jest zdolny. Tak rzeczy stoją dziś co do usposobienia nabytego; co do wrodzonego, to: „różnica w zachowaniu się rozmaitych osobników“, powiedział Löffler na Zjeździe tegorocznym dla gruźlicy w Berlinie, — „wobec zakażenia gruźliczego, może polegać na zupełnie innych czynnikach przyczynowych, niż na większem lub mniejszem usposobieniu dziedzicznem“. Do przyczyn tych zaś zalicza: różnicę w ilości prątków na raz do ustroju się wciskających i ich zjadliwość. „Pochodzenie z rodziców gruźliczych nie sprowadza za sobą jakiejś szczególniejszej wrażliwości potomstwa dla gruźlicy“. (tenże: *Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit- Berlin* 1889). „Dziedziczność usposobienia nie ma wpływu na rozwój i szerzenie się gruźlicy“, pisze Cornet, a Turban w ostatniej swej publikacyi (*Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose. Wiesbaden* 1899) podaje daty statystyczne tzw. „trwałych“ wyników leczenia, na podstawie których odmawia wszelkiego w praktyce znaczenia usposobieniu dziedzicznemu. „Trwałe“ wyniki, mianowicie u obciążonych dziedzicznie, wynosiły u niego 44·8%, u nieobciążonych nawet mniej, bo tylko 40·6%. Jeszcze ciekawsze podaje daty „trwałych“ wyleczeń u obustronnie obciążonych, albowiem podczas gdy przy obciążeniu ze strony ojca odsetek wyników „trwałych“ wynosił tylko 42·4%, — przy obciążeniu ze strony matki 42·2%, to przy obustronnem obciążeniu wyniki „trwałe“ doszły u niego 60% (!). Jednem słowem, wpływ usposobienia dziedzicznego większość badaczy odrzuca dziś stanowczo.

Nie wszyscy jednak zapatrują się tak różowo na tę sprawę; są tacy, którzy w tym usposobieniu wrodzonem szukają odpowiedzi na zaprzeczyć się nie dające przykłady rodzenia się całych pokoleń z jednem i tem samem piętnem choroby, której w większości przypadków ulegają. I choćby cała powaga współczesnej nauki zaprzeczyła obciążeniu dziedzicznemu prawa bytu, to smutna rzeczywistość i trzeźwa obserwacya zmusza nas do tego, by dziedzicznemu usposobieniu do suchot płucnych przyznać przynajmniej poważną część tego znaczenia, jakie jej przyznawano szeregiem wieków przed odkryciem prątka gruźliczego.

Statystyka ostatnich 25 lat naszej kliniki stałej wykazuje 647 przypadków pewnej co do rozpoznania gruźlicy płuc. Szukając w wywiadach bliższych danych dla obciążenia dziedzicznego, znalazłem jak następuje:

1) 198 przypadków, w których obciążenie dziedziczne niewątpliwie istniało 30·6%,

2) 50 przypadków, w których znachodziło się prawie pewność obciążenia dziedzicznego (rodzeństwo zmiera młodo, wśród objawów kaszlu i wynędznienia, czasem krwioplucie) 7·7%,

3) 28 przypadków, w których rodzice chorych poumierali w bardzo młodym wieku z nieznanej chorym przyczyny 4·3%,

4) 35 przypadków bez bliższych danych wywiadowczych 5·4%,

5) wreszcie 336 przypadków, w których obciążenie dziedziczne na podstawie podania chorego wykluczono 52%.

Jeżeli jednak się zważy, jak mało rozwiniętym umysłowo rozporządzamy w klinice materyałem, nie można jeszcze i tej ostatniej gromady uważać za nietykalną. Owszem, twierdzić trzeba stanowczo, że wielu z nich do dziedzicznie obciążonych bez swej wiedzy należy, czego zresztą w codziennem nawet życiu wiele mamy przykładów.

Znam sam przypadek, w którym zupełnie wykształcony ojciec wszelkiemu obciążeniu dziedzicznemu swego syna stanowczo przeczył dla tej przyczyny, że tak sam jak i żona jego znośnem zdrowiem się cieszyli. Po dłuższym czasie dopiero przekonał się, że dziad chorego przed kilku dziesięciu laty umarł na suchoty gardlane, ciotka zaś na gruzlicę płuc, w którą po porodzie popadła.

Gdybyśmy więc, wracając do naszej statystyki, z gromady drugiej doliczyli tylko $^1/_2$, z 3-ej $^1/_3$, z 4 tej tylko $^1/_{10}$ część do dziedzicznie obciążonych, to otrzymalibyśmy już 36% takich przypadków, w których to wrodzone obciążenie da się wprost wykazać. Te wyniki więc byłyby bardzo zbliżone do tych, które osiągnął Szlezwicko-holsztyński związek

lekarzy, drogą zbiorowego zestawienia wszystkich znanych im z praktyki własnej przypadków. Tam na 2,233 przypadków, 1,174, a więc 52·6% wliczono do działu nabytej, 1059, tj. 47·4% — do wrodzonej gruźlicy. Liczba 36% jest prawie przeciętną tych wszystkich, które rozmaici autorowie w rozmaitych czasach jako odsetek dziedziczności podawali (10% — 85%).

Ale i te przypadki spotykają się z zaprzeczeniem; Cornet podnosi z uznaniem zdanie Brandenberga, który twierdzi, że statystyka dziedzicznie obciążonych, to właściwie statystyka tych chorych, którzy we własnym domu mieli sposobność nabawienia się gruźlicy!

Zdanie to według mnie miałoby tylko wtedy słuszność i to po części tylko, gdyby B. był dodał: będąc już dziedzicznie przedtem usposobionymi.

Nie zaprzeczy bowiem nikt, że w równej mierze narażeni są na zarażenie się gruźlicą w życiu rodzinnem tak mąż jak żona, jak również domownicy, jeśli w rodzinie jakiej tkwi źródło zarazy. Tymczasem w całej naszej statystyce na 647 przypadków znajdujemy tylko 6 takich, którebyśmy z czystem sumieniem, nie wchodząc już w ich dziedziczne usposobienie, zaliczyć mogli do prostego zakażenia.

Z tych w dwóch przypadkach żona zaraziła się od męża, w trzech mąż od żony, a wreszcie w jednym pasierb od ojczyma, którego bardzo starannie w chorobie miał doglądać.

Odsetkowo więc u nas na zakażenie w małżeństwie wypada 2% (266 związków małżeńskich). W wyż wspomnianem zestawieniu Bockendahl podaje na 1666 małżeństw 134 zakażeń, co daje mniej więcej 8%; u Brehmera odsetek ten wynosi 12%, u Corneta koło 23%, ale tak jedna jak i druga liczba nie oznaczają ilości zakażeń, tylko odsetek małżeństw w których oboje małżonkowie byli gruźlicą dotknięci. Cornet, przytaczając te liczby, sądzi, że to są odsetki wspólnego zakażenia się w małżeństwie. (?)

Twierdzenie, że dzieci, jako mniej odporne od starszych, łatwiej zakażeniu ulegają, nie wytrzymuje krytyki, skoro tylko przypatrzymy się tablicom odsetkowym ogólnej śmiertelności z gruźlicy, które sam Cornet podaje.

Na 10·000 żyjących umiera mianowicie:
poniżej 1-go roku 49·34,
między 1-ym a 2-gim 41·74,
między 2-gim a 3-cim już tylko 25·99,
między 3-cim a 5-tym jeszcze mniej, bo 14·82.

Jeśli się zważy, że odsetek ten śmiertelności zaczyna się zwiększać dopiero po 15-tym roku życia, a więc w czasie, w którym dziecko coraz więcej przebywa poza domem, mniej styka się z rodzicami, więcej dba o siebie, nie bawi się i przewraca po ziemi, która szczególnie w niższych klasach społeczeństwa często popluta i brudna, niezaprzeczenie dosyć daje sposobności do zakażenia, a zmniejsza się i to nagle w wieku najszybszego wzrostu, w którym ustrój wogóle najmniej jest odpornym, w którym, jakto liczne spostrzeżonia (Weigert, Cornil, Groebelius, Landouzy, Michael, Henoch) dowodzą, gruźlica z największą energią występując, ma skłonność nawet do rozszerzania się po całym ustroju, to mimowoli musimy sobie zadać pytanie, dlaczego odsetek śmiertelności w tych najmniej odpornych latach, przy tych samych warunkach zakażenia, maleje? Jakąkolwiekbądź chciałby kto dać na to odpowiedź, nie zaprzeczy, że tu nie samo zakażenie, jak to chce Brandberg i Cornet, w grę wchodzi. Ta tak blizka nawet styczność osesków z chorymi rodzicami, przedewszystkiem z matką, choć może być w wielu przypadkach źródłem zakażenia, sama przez się nie jest w stanie tłómaczyć tej względnie najwyższej śmiertelności. Powietrze wydechane nie jest jak wiemy zaraźliwe, ślina bardzo rzadko kiedy, a zatem zakażenie oseska następuje tylko wśród kaszlu i to zwykle w okresach już rozpadowych u matek. Przyczyny tej wysokiej śmiertelności są inne: pierwsza, to zakażenie prątkiem w życiu płodowem; jest ono rzadkiem, ale zdarzać się może, jakto udowodnili Charrin, Berti, Markel, Jacobi itd.

Dzieci takie rodzą się albo nieżywe, albo giną w najkrótszym czasie. (Teorya gruźlicy utajonej Baumgartena nie ma dziś znaczenia). Druga przyczyna, to zatrucie ustroju płodu w łożysku istotami wydzielniczemi prątka, dla których łożysko, jakto udowodniono, dostatecznej zapory nie stanowi. Płód taki, przyszedłszy na świat, jest mniej lub więcej, zależnie od stopnia zatrucia, charłaczy i bardzo często w krótkim czasie, uległszy zakażeniu, umiera. (Teorya pozbywania się jadów (toksyn) przez noworodka drogami wydzielniczemi, w zasadzie możliwa, do przekonania mi nie trafia; dziecku takiemu z pewnością braknie czasu do zupełnego wydalenia ich ze siebie.

Reszta dopiero noworodków, względnie zdrowa (jadami nie zatruta), gorzej lub lepiej, zależnie od najrozmaitszych warunków, rozwijając się, dochodzi wieku późniejszego. Dziecko takie, nabrawszy z wiekiem odporności, nadarzającym się zakażeniom opiera na równi z potomkami rodzin zdrowych, aż w końcu, przy drugiem lub trzeciem zakażeniu, na które wobec tak znacznego rozpowszechnienia gruźlicy stale jesteśmy narażeni, wyczerpawszy swą siłę odporną, ulega. Odporność ta zatem, to odporność czasowa, jakby na odległość; łatwiej się zużywając, w krótszym czasie ustrój czyni bezbronnym.

Teorya aleksynów Buchnera, to jedna z najnowszych teoryj odporności. Rozszerza ją jeszcze Nauss, przyjmując obok aleksynów sorowicy krwi, aleksyny tkanek i pojedynczych narządów. Wiemy, że różne ustroje zwierzęce wobec tych samych zarazków odmiennie się zachowują. Zakażenie groźne dla jednych jest najzupełniej obojętne dla drugich. Ta odporność, wrodzona każdemu ustrojowi, polega, wedle Buchnera, na obecności w surowicy krwi tych właśnie istot chemicznych, zwanych aleksynami, które dla pewnych bakteryj mają być wprost zabójcze. (*Bactericide alexine* Buchner). Ale obok stałej odporności pewnych gatunków zwierząt na pewne choroby (np. koni względem gruźlicy) istnieje jeszcze odporność osobnicza ustrojów zwierząt, które do tych samych gatunków należą. Co więcej, w ustroju samym pojedyncze narządy różnie na jedne i te same czynniki oddziaływują; prątek tężca zajmuje przedewszystkiem układ nerwowy, prątek błonicy działa szkodliwie na nerki, serce i mięśnie, prątek wąglika rozpuszcza ciałka czerwone krwi, co znaczy, że te pojedyncze narządy są mniej odporne na ich jady. Wobec tego przypuścić należy, że obok aleksyn surowicy krwi, istnieją jeszcze aleksyny tkanek i pojedyńczych narządów, które, jako połączenia chemiczne, wchodzą z wytworami wydzielniczymi zarazków w połączenia. Zależnie od tego, do których połączeń chemicznych wydzielniczych dane aleksyny większe będą miały powinowactwo, te

uczynią nieszkodliwemi. Gdy zaznaczymy, że taka aleksyna według Buchnera jest substancyą łatwo zmienną, wrażliwą na wszelkie odżywcze, odruchowe, czy czynnościowe zaburzenia, z łatwością określimy sobie pojęcie usposobienia, które jest stałem lub chwilowem, mniejszem lub większem zachwianiem równowagi w tych najdelikatniejszych związkach chemicznych. Z usposobieniem do najrozmaitszych skłonności *(diathesis)*, do cukrzycy rodzimy się, dlaczego nie moglibyśmy się rodzić ze skłonnością do tych chemicznych zaburzeń? Byłyby one tem łatwiejsze, gdy odpowiedni ustrój, rodząc się, już pewne niedokładności w ogólnej swej budowie na świat przynosi.

Teoryę aleksynów zbija obecnie Baumgarten; przeczy on możliwości istnienia podobnych połączeń w surowicy krwi i stawia nową, opartą na asymilacyi. Zasada jej, to pewnik, że każdy gatunek prątków odpowiedniego dla swego rozwoju potrzebuje podłoża, zdrowy zaś ustrój nie jest podatnem podłożem dla nich, nie ma bowiem w sobie dla ich życia i rozwoju potrzebnych chemicznych danych. Według tej teoryi jednak wszyscy, n. p. cierpiący na cukrzycę, powinni umierać na gruźlicę; tymczasem tak nie jest. Wogóle teorya Buchnera przemawia bardzo do przekonania; zapomocą niej możnaby z łatwością wiele objawów naszego ustroju wytłómaczyć, czy się jednak utrzyma, — przyszłość pokaże.

Nikt nie zaprzeczy, że wadliwa budowa klatki piersiowej, tak często u suchotników spotykana, stanowi ważny czynnik etyologiczny, nietylko dla nabytych, ale i dziedzicznych postaci gruźlicy płuc i to tem więcej, że ta wadliwa budowa łączy się tak często z pewną wrażliwością narządu oddechowego na niekorzystne wpływy zewnętrzne i pewną niewytrzymałością ustroju wogóle. Taka klatka piersiowa, znana od wieków pod nazwą *thorax phthisicus*, albo *thorax paraliticus*, dziedziczoną bywa prawie zawsze z pokolenia na pokolenie, co już samo przez się nakazuje uogólnić to zdanie, że niewytrzymałość i wrażliwość narządów oddechowych jest bardzo często, jeśli nie zawsze, dziedziczna.

Uwzględniali ten szczegół nietylko dawniejsi autorowie, ale i nowi, stojący na współczesnem bakteryologicznem stanowisku gruźlicy. Z autorów polskich, Dr. A. Sokołowski w licznych swoich pracach o suchotach płucnych kładzie wielki nacisk nietylko pod względem rozpoznawczym, ale i prognostycznym, tak na dziedziczność, jako też na wadliwą budowę klatki piersiowej.

Ze statycznego zestawienia z naszej kliniki stałej z ostatniego 25 lecia wynika, że u chorych gruźliczych — dziedzicznie obciążonych, znachodzono budowę klatki piersiowej: dobrą w 8%, mierna 50·33%, wybitnie suchotniczą zaś w 41·67%; podczas gdy u chorych gruźliczych dziedzicznie nieobciążonych stwierdzono: budowę dobrą w 9·5%, mierną w 54·5%, a wybitnie suchotniczą w 36%, która to ostatnia liczba, jako najbardziej w rachubę wchodząca, przecież przemawia za wpływem dziedziczności.

W tych zestawieniach statystycznych, nie chcąc ulegać zarzutowi podmiotowości, w wątpliwych przypadkach co do budowy klatki piersiowej, o ile one dotyczyły chorych z dziedziczną gruźlicą, wolałem zawsze oceniać budowę klatki piersiowej z historyj chorób korzystniej, aniżeli w gruźlicy, dla której dziedziczność została wykluczoną.

Statystyka ta, w której uwzględniono jedynie tylko przypadki dokładnie opisane, a pominięto wszystkie inne, które do wniosków się nie nadają, dostarczyła nam b. wielu szczegółów, dotyczących etyologii gruźlicy. Szczegóły te zużytkuję wkrótce w osobnej pracy.

***

VII. Z kliniki lekarskiej c. k. Radcy Dworu Prof. Dra E. Korczyńskiego.

„*Gangraena angiosclerotica*“ na tle kiłowem. — Współrzędne zmiany w nerwach. — Przypadek kazuistyczny.

Opisał
Dr. Mieczysław Nartowski.

Alfred G., l. 55, ze Śląska pruskiego, urzędnik kolejowy, zgłosił się w dniu 23 go października 1898 roku z powodu silnych bólów od dwóch miesięcy trwających w dolnej kończynie prawej, którym towarzyszyło trętwienie palców i uczucie zimna na stopie.

Matka chorego zmarła w późnym wieku na chorobę sercową. W 16-tym roku, a zatem przed 39 laty, przechodził kiłę. Leczenia swoistego nie przebywał. W roku 1890 z powodu próchnienia kłykcia kości goleniowej i ropnia około stawowego kolana prawego, odjęto choremu w klinice chirurgicznej kończynę dolną prawą w połowie uda. Pijał tylko mierne ilości piwa. Wzrost średni, budowa kośćca dość dobra, skóra blada, tkanka tłuszczowa nadmiernie rozwinięta. Żrenica lewa nieco wydłużona w kierunku pionowym. Oddziaływanie na światło prawidłowe; wzrok prawidłowy. W kostnym przedziale nosowym, na 1 ctm. od nozdrzy kostnych, znajduje się ubytek o średnicy 2 ctm. Brzegi otworu tego pokryte wydzieliną zeschłą, żółtawą. Zębów brak w zupełności. Na języku białe plamy od zmętnienia przybłonka. Gruczoły chłonicze nie powiększone. W płucach, z wyjątkiem nieżytu oskrzelowego i osłabienia szmerów oddechowych w tylnych dolnych częściach, niema zmian żadnych. Drugi ton nad tętnicą główną zaostrzony. Wszystkie tętnice, dostępne badaniu, są wązkie i okazują wyraźne objawy miażdżycy. Wątroba powiększona o brzegu twardym, śledziona również powiększona, twarda i bolesna. Na członku blizny wykazać nie można. W pachwinie prawej blizna pooperacyjna o brzegach ostrych, 3 ctm. długa, równolegle z więzem Pouparta przebiegająca. Kończyna dolna prawa przedstawia kikut. Kończyna lewa, począwszy od podudzia, obrzękła, żyły podskórne porozszerzane, nerw udowy i kulszowy przy ucisku bolesny, skóra na podudziu nadczuła, chłodna. Stopa sina, zimna, na dotyk znieczulona, obrzękła, chory odczuwa w niej dotkliwe bóle. Na wszystkich palcach wyraźne objawy zgorzeli suchej, a między palcami zgorzeli wilgotnej. Tętnica udowa lewa znacznie słabiej tętni, aniżeli prawa, tętna na tętnicy stopowej lewej wymacać nie można.

Ilość moczu zmniejszona, c. g. 1·025, białka 0·5%, w osadzie wałeczki ziarniste i szkliste i stłuszczone nabłonki cewek nerkowych.

We krwi leukocytoza miernego stopnia

Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Gangraena pedis sinistr. in ind. luetico cum atherosi arteriarum, degeneratione amyloidea hepatis et lienis et nephritide parenchymatosa chronica*

Wśród leczenia, które polegało na podaniu jodku potasowego i środków nasercowych, pożywnej dyecie, okładach ciepłych na całą kończynę i odpowiedniem opatrywaniu stopy, stan chorego o tyle się poprawił, że chory był rzeźwiejszym, miał lepszy apetyt i doznawał mniejszych bólów w kończynie. Nawet czucie na grzbiecie palców zaczęło wracać. Po kilku dniach atoli powiększył się stan gorączkowy, liczba tętna znacznie się zwiększyła i pojawiły się objawy mocznicy, wśród których chory życie zakończył.

Ponieważ w ciągu całego przebiegu choroby nie można było wymacać tętna na tętnicy stopowej, a dopiero w ostatnich kilku dniach można było wyczuć wyraźny zakrzep w żyle udowej, przeto, jako przyczynę zgorzeli, rozpoznano pierwotny zakrzep tętniczy w tętnicy udowej z następowym zakrzepem w żyłach, sięgającym aż do pnia żyły udowej.

Sekcya wykonana przez Dra Nowaka wykazała: *Gangraena incipiens pedis sinistri ex sclerosi majosis gradus arteriarum extremitatis inferioris sinistrae. Atrophia cerebri. Leptomeningitis chronica. Bronchitis diffusa. Lipomatosis cordis. Atheroma arteriarum coron. cordis; atheroma aortae; thrombus parietalis ad aortam; petrificatio partialis annuli valvulae bicuspidalis. Infarctus lienis. Nephritis chronica ex acorbans, degeneratio amyloidea renum, hepatis et lienis. Cystitis et pericystitis fellea et decubitus ibidem post cholelithiasim in individuo cum polysarcia adiposa et amputatione cruris dextri et hypoplasia vasorum, Hypostasis pulmonum.*

O zachowaniu się naczyń protokół sekcyjny czyni tylko następującą wzmiankę:

„Górna część żyły udowej, a mianowicie część leżąca tuż ponad więzem Pouparta, jest zatkana skrzepem za życia powstałym. Sciany tętnicy udowej są bardzo znacznie zgrubiałe, światła zaś tętnica ta nie posiada wcale, bo jest wypełniona skrzepami już uorganizowanymi. Tętnica łydkowa tylna jest drożna, ściany jej są jednak zgrubiałe".

Do opisu tego dodać jeszcze należy, że tętnica udowa w całym swym przebiegu w licznych miejscach, osobliwie na obszarze tętnicy łydkowej tylnej, była zrośnięta z otoczeniem zapomocą dosyć zbitych podłużnych warstw tkanki łącznej, jak niemniej, że błona wewnętrzna pnia żyły udowej okazywała bardzo liczne ogniskowe wybujałości fleboskerotyczne do światła żyły zwrócone, a w tych to właśnie miejscach skrzep przylegał najsilniej do ściany żyły.

W tętnicy udowej i jej rozgałęzieniach, oprócz zgrubienia ścian w całości i ogniskowego tkanko-łącznowego przerostu błony dodatkowej, uderzały nadzwyczaj liczne wybujałości błony wewnętrznej, zwężające gdzieniegdzie bardzo znacznie światło tętnic.

Badanie drobnowidowe, wykonane w pracowni klinicznej wykazało: tętnica udowa wypełniona zorganizowanym skrzepem, a błona jej wewnętrzna zanadto wybujała, składa się z włókienkowatej tkanki łącznej z licznemi wśród niej nagromadzonemi komórkami wrzecionowatemi, które głównie są umiejscowione na najwewnętrzniejszych pokładach błony wewnętrznej *(intima)*, a rozdzielone ponadto przeźroczystą, jednolitą istotą międzytkankową, wśród której znachodzą się liczne komórki okrągłe. Cała ta tkanka ziarninowa sterczy do światła naczynia, a przez przyczepienie się do niej skrzepów włókniaka, nastąpiło tem większe zwężenie naczynia, a osobliwie w tych miejscach, gdzie się ona bardziej wpukla wewnątrz naczynia.

Nie mniej zmienioną jest błona sprężysta *(tunica elastica)*, która jest zgrubiałą, rozdzieloną na liczne wiązki wypełnione i porozdzielane od siebie nagromadzonemi komórkami, a w miejcach wybujałej w błonie wewnętrznej tkanki łącznej brak jej zupełnie.

Natomiast uderza brak znaczniejszego zajęcia sprawą [chorobową] błony średniej *(tunica media)*, wśród której wy[s]pkowo tylko znajdują się komórki okrągłe.

Zmiany w żyłach były podobne do zmian w tętnicach, z tą tylko różnicą, że skrzepy przylegały luźniej do ścian naczyniowych, a bujanie tkaniny łączno-tkankowej ograniczało się przeważnie do błony wewnętrznej.

Że w danym przypadku zapatrywanie kliniczne na przyrodę choroby było w zupełności zgodne z wynikiem badania pośmiertnego, udowadnia to porównanie protokółu sekcyjnego z rozpoznaniem klinicznem. W szczególności podnieść należy ten szczegół, że zmiany w tętnicy istotnie okazały się pierwotnem zboczeniem, na podstawie którego rozwinęła się zakrzepica tętnicza, zaś zakrzep w żyłach był następowy.

Że cała choroba oparta była na tle kiłowem, zatem wiele przemawia szczegółów. A przedewszystkiem to, że tak znacznego stopnia miażdżyca tętnic, zajmująca nawet tętnice wieńcowe serca, powstała u osobnika niezbyt starego, który ani napojów wyskokowych nie nadużywał, ani też fizycznie ciężko nie pracował, że nie ograniczyła się ona do tętnic, ale zajęła także żyłę udową. Temu odpowiada również skrobiawica wątroby, śledziony i nerek, zniekształtnienie lewej źrenicy, ubytek w kostnej przegrodzie nosowej, leukoplakia języka, znaczny współudział w przeroście tkanko łącznowym w błonie zewnętrznej tętnicy udowej, a wreszcie zmiany naokoło woreczka żółciowego.

Podnosząc to tło kiłowe zmian miażdżycowych przeważnie guzkowatych na błonie wewnętrznej tętnicy i żyły udowej, jesteśmy dalecy od nazwania tych zmian wprost kiłowemi *(arteriitis syphilitica)*, a to z powodu, że właśnie zajmowały one w wyższym stopniu naczynia kończyn dolnych, że naciek komórkowy w błonie średniej nie był znacznego stopnia, że nie znaleziono komórek olbrzymich, a wreszcie owych wciągnięć ku zewnątrz błony wewnętrznej, które według obecnego stanowiska anatomo-patologicznego stanowią najpewniejszą cechę rozpoznawczą dla zapalenia kiłowego większych tętnic.

Patogeneza spraw angiosklerotycznych wogóle nie jest jeszcze dotąd ustalona. I dotąd jeszcze niema zupełnej zgodności między zwolennikami teoryi zapalnej Virchova, teoryi Traubego, przyjmującej czynnik mechaniczny w postaci zwiększonego parcia krwi w tętnicach grubszych przez skurcz tętnic mniejszych, a wreszcie teoryi Thomy o zwolnieniu prądu krwi skutkiem zwiotczenia błony sprężystej tętnic. Zdaje się, że i tu prawda stoi pośrodku i że patogeneza rozmaitych postaci miażdżycy jest różną ze względu na etyologię choroby. Prof. Korczyński w wykładach swych klinicznych tłomaczy przypadki miażdżycy, wywołanej nadmierną pracą fizyczną, jak niemniej polegającej na nadmiernem używaniu wyskoku, trwałem powiększeniem parcia ościennego krwi w tętnicach większych, przy równoczesnem skurczu tętnic drobniejszych; miażdżycę starczą odnosi, w myśl teoryi Thomy, do zwolnienia prądu krwi i zmian pierwotnych w warstwie sprężystej tętnic, zaś miażdżycę u osób dotkniętych gośćcem, skazą moczanową, zalicza klinicznie do spraw zapalnych w ścianach tętnic, wreszcie sklerotyczne zmiany u ludzi kiłą dotkniętych — do przewlekłych włóknistych zmian zapalnych w ścianach naczyń, do czego chorzy ci także i w zakresie innych narządów szczególną okazują skłonność. Zdaniem jego, w odróżnieniu etyologiczno-klinicznem tych poszczególnych postaci, ważnym czynnikiem jest obecność lub brak przerostu lewej komory serca i zachowanie się wsierdzia, jak niemniej obe[cność] zmian włóknistych w innych narządach. Często [...]

czyn składa się równorzędnie na powstanie miażdżycy przedwczesnej.

Nie ulega wątpliwości, że zgorzel kończyn powstać może bez jakichkolwiek zmian w tętnicach jedynie tylko na tle zboczeń czynnościowych lub anatomicznych w układzie nerwowym (choroba Raynanda, Syringomyelia, choroba Morvana), jak niemniej stwierdza doświadczenie kliniczne, że przyczyną zgorzeli bywa zator tętnicy, nawet wcale chorobowo nie zmienionej.

W zgorzelach arteriosklerotycznych napotykamy w tętnicach nie zatory, tylko zakrzepy *(thrombus)*. Otóż co do sposobu powstawania i znaczenia owych zakrzepów niema także zgody pomiędzy autorami.

Weiss[1]) i Zoege-Manteuffel[2]) twierdzą stanowczo na podstawie dokładnego badania amputowanych kikutów, że przyczyną zgorzeli jest tak zwana *Entarteriitis obliterans vel hyperplastica*, to jest, że na miażdżycowo zwyrodniałych miejscach tętnicy wytwarzają się skrzepy krwi, które organizując się zwężają, a niekiedy nawet zamykają światło tętnicy. Sprawa rozrastania się tkanki łącznej rozszerza się na wszystkie warstwy ścian tętnicy i zajmować może i pnie nerwowe, które niekiedy są jakby zatopione w sklerotycznej, bliznowatej tkance łącznej. Przeciwnie Borchard[3]) z kliniki Brauna nie przypisuje skrzepom i ich organizowaniu się w tkankę łączną większego znaczenia, uważa je jako dodatkowe zmiany następowe, zaś jako pierwotną i główną przyczynę zwężenia światła naczyń przyjmuje bujanie tkanki łącznej w błonie tętniczej wewnętrznej. Nasz przypadek przemawia stanowczo za słusznością zapatrywania Zoege-Manteuffel'a.

W opisanym przypadku, — którego opracowanie zawdzięczam uprzejmości mojego czcigodnego nauczyciela, Radcy Dworu prof. Dra E. Korczyńskiego, a za odstąpienie którego, składam Mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie, — znaleziono także przy dokładniejszem badaniu podjętem w klinice lekarskiej ważne zmiany w nerwach.

Badaniu szczegółowemu poddano nerw udowy i nerw łydkowy, za życia tak bardzo bolesne.

Przy badaniu występuje na pierwszy plan nadmiernie wybujały rozrost tkanki łącznej, która oddziela już to pojedyncze włókna nerwowe od siebie lub pęczki takowych, a wśród której miejscami występują wysepkowo liczne, cieniuchne i gołe włókna osiowe. Tkanka nerwowa w znaczniejszej części zupełnie zniszczona, a tam gdzie jest miejscami utrzymaną, jest przepełnioną drobniuchnemi ziarenkami, przemawiającemi za sprawą więcej chronicznie przebiegającą. Nadto wśród nowo wytworzonej bujającej tkanki są nadzwyczaj znacznie nagromadzone złogi tłuszczowe. Przy małem powiększeniu widzimy nadto, że nadmiernie wybujała tkanka łączna, która rozrastając się była powodem jużto rozdzielenia pojedynczych włókien nerwowych, jużto zupełnego ich zniszczenia, spowodowała ponadto zupełne zamknięcie światła pojedynczych naczyń, przyczyniając się w ten jeszcze sposób do zwyrodnienia tkanki nerwowej.

Znaleziono więc typowe zmiany, odpowiadające pojęciu *neuritis arteriosclerotica*, tak jak je pierwszy opisał Kussmaul, następnie Joffroy i Achard, potem jeszcze Govers i inni, a w których objawy kliniczne zostały skreślone przez Charcota i Erba. Kazuistyczny opis tych zmian zawiera także rozprawa prof. Gluzińskiego, umieszczona w Nr. 14 *Przeglądu lekarskiego* 1895 r.

W naszym przypadku nie nazywamy tych zmian następowemi, powstałemi z miażdżycy tętnic, lecz współrzędnemi z miażdżycą, wychodząc z tego zapatrywania, że wspólnem tłem rozwoju zmian miażdżycowych w tętnicach, żyłach i zapaleniu nerwów była kiła.

[1]) *D. Zeitschr. f. Chir.* Tom XL.
[2]) *Centralblatt f. Chir.* 1895 i *D. Zeitschrift für Chir.* Tom XLVII.
[3]) *...schrift f. Chir.* Tom XLIV.

Dnia 9 b. m. dobiega 25 lat od chwili, w której, po śmierci ś. p. prof. Gilewskiego i zastępczej działalności ś. p. profesorów: Biesiadeckiego i Ant. Rosnera, kierownictwo katedry i kliniki chorób wewnętrznych w Uniw. Jagiell. objął dr. **Edward Korczyński.**

Grono b. uczniów i pomocników prof. Korczyńskiego postanowiło uczcić tę rocznicę uroczystym obchodem jubileuszowym, a jednym z widomych znaków tego jubileuszu jest właśnie obecny numer „Przeglądu Lekarskiego", użyczony przez Redakcyę Komitetowi jubileuszowemu, w celu wypełnienia go pracami, wykonanemi przeważnie w klinice i pracowni Jubilata.

Nie na bieżącem atoli użyczeniu miejsca w swem czasopiśmie ogranicza Redakcya szczerą życzliwość dla obchodu jubileuszowego: z gronem, urządzającem tę uroczystość, łączy ona swój hołd dla niezaprzeczonych i doniosłych zasług Jubilata, położonych na pierwszorzędnej katedrze klinicznej; dla Jego 25-letniej pracy około rozwoju „Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich"; dla udziału czynnego, jaki wziął Jubilat w rozszerzeniu zadań Towarzystwa lekar. krakowskiego przez powołanie do życia, na Jego wniosek, tak ważnych Komisyj, jak przemysłowo-lekarska i balneologiczna, terminologiczna, sprawozdawcza do roczników Virchowa i Hirscha itd., a wreszcie, obok hołdu, wyraża Redakcya szczerą wdzięczność Jubilatowi, za Jego wieloletnią pracę, radą i piórem, w Komisyi redakcyjnej „Przeglądu Lekarskiego".

Obdarzony wielkim darem początkowania, natchniony patryotyczną podnietą czynu społecznego, stanął Jubilat w rzędzie pierwszorzędnych działaczy na polu pracy organicznej w zakresie obywatelsko lekarskim i, obok zasług na stanowisku nauczyciela-klinicysty, przyłożył ręki, jak nikt drugi, do pomnożenia zadań stanu lekarskiego w Galicyi.

Hołd jubileuszowy dla uczczenia zasług prof. Edwarda Korczyńskiego jest aktem sprawiedliwości społecznej; stworzyły go czyny Jubilata, o którym szczerze powiedzieć można, że w tym przypadku w całej pełni „zasłużony bierze".

Gdy jednak jeszcze nie nadeszła chwila żniwa dla siejby Jego mozolnego żywota, a na łanie społecznym jest wiele ugoru, życzymy zasłużonemu Jubilatowi, by Opatrzność nie szczędziła Mu sił i zdrowia do dalszej pracy i do doczekania należnej nagrody, jaką jest dla ludzi czynu oglądanie i zebranie owoców długoletniego trudu, wśród powszechnego uznania wdzięcznego ogółu.

Redakcya.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 13 Stycznia 1900. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do techniki antroattikotomii [1]).

Podał

Dr. R. Barącz

Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Racyonalne leczenie przewlekłych ropotoków ucha środkowego datuje się od roku 1889, t. j. od czasu, w którym Küster [2]) i równocześnie prawie z nim Bergmann [3]) zastósowali ogólne prawidła nowoczesnej chirurgii do ucha środkowego. Zaufal [4]) i Stacke [5]) udoskonalili następnie metodę operacyjną i dziś operacyjne otwarcie przestworów ucha środkowego, czyli antroattikotomia według Chipaulta [6]), dzięki pracom wyżej przytoczonych autorów, należy do uznanych zabiegów chirurgicznych. Nie chcę tutaj zastanawiać się bliżej nad szczegółami metod, zaleconych przez wyżej przytoczonych autorów; zaznaczyć jednak muszę, że metoda Stackego najwięcej zyskała uznania. Metoda ta ma na celu dotrzeć przez oddzielenie i przemieszczenie małżowiny i błoniastego przewodu słuchowego do właściwego ogniska chorobowego — do uchyłku *(atticus, Kuppelraum, logette des osselettes)* i do jamy wyrostka sutkowego i usunąć pod kontrolą wzroku części chorobowo zmienione. Dolną część pozostałej wielkiej rynienkowatej jamy kostnej pokrywa się czworobocznym płatem, utworzonym z tylnej ściany błoniastego przewodu słuchowego. Od brzegu tego płatu pojawiają się wysepki naskórka, które, rozrastając się, przyczyniają się do zabliźnienia jamy i pokrycia jej na całej przestrzeni utkaniem skórzastem. Leczenie następowe trwa bardzo długo i przedstawia znaczne trudności; powodem tego jest obnażenie znacznej części ubytku, który goi się przez tworzenie ziarniny i powolne posuwanie się wysepek naskórka; naskórek niema przytem dobrych warunków odżywczych na twardem, mało unaczynionem utkaniu kostnem. Leczenie to polega głównie na tamponowaniu i przyżeganiu wybujałej ziarniny. Gojenie trwa przeciętnie podług Stackego 3½ miesięcy, może jednak przeciągnąć się na rok, nawroty choroby przydarzają się też często

W celu skrócenia leczenia następowego podano wiele sposobów [7]), mających za zadanie pokrycie plastyczne większej części ubytku kostnego; równocześnie jednak zaniechano zamknięcia rany za uchem (Schwartze, Panse, Körner, Kretschmann, Reinhard, Passow, Siebenmann, Trautmann i inni).

Ponieważ jednak ze względów kosmetycznych chorzy niełatwo się zgadzają na trwałe pozostawienie jam za uchem, na pierwszeństwo zasługują te sposoby, które mają na oku możebnie szybkie wyrównanie ubytku. Także po usunięciu żółciołojaka *(cholesteatoma)*, pozostawiane umyślnie trwale uchyłki za uchem, komunikujące z przewodem słuchowym zewnętrznym, szpecą chorych do tego stopnia, że ostatecznie muszą być plastycznie pokryte (Mosetig-Moorhof [8]).

W celu szybszego pokrycia ubytku kostnego utkaniem skórnem i w celu skrócenia leczenia następowego po operacyi doszczętnej sposobem Stackego z zamknięciem rany zausznej, zastósowałem w trzech poniżej przytoczonych przypadkach modyfikacye plastyki, które zdaje mi się we wszystkich przypadkach przyczyniły się do trwałego wyleczenia.

Dwie te modyfikacye polegały 1) na przeszczepieniu płatków skóry sposobem Thierscha na część ubytku niepokrytą płatem Stackego, albo na 2) przeszczepieniu (transplantacyi) na ten ubytek większego płatu, wziętego z sąsiedniej skóry szyi podług Maasa. Po wrośnięciu płatu, a względnie płatków, zaszywałem i zamykałem trwale rany zauszne. Oba sposoby opisuję dokładniej w przytoczonych poniżej historyach chorób.

I i II przypadek. Michalina Hołowińska, dziewczynka siedmioletnia ze Lwowa, cierpi od ósmego roku życia na otok ropny w obu uszach. W drugim roku życia przebyła odrę i odtąd otok znacznie się zwiększył. Słuch ma zawsze przytępiony, leczenie miejscowe było bezskuteczne.

Badanie 12 sierpnia 1895 r. Dziecko o wejrzeniu zołzowem, nabrzmiałych wargach. Badanie wziernikiem wykazało ubytki w obu błonach bębenkowych, wybujałą ziarninę w obu ubytkach, obfity cuchnący ropotok. Słuch: lewem uchem słyszy głośną mowę na cztery metry, prawem na dwa metry, zegarka przyłożonego do małżowiny nie słyszy żadnem uchem.

Dnia 14 sierpnia 1895 r. po możliwie dokładnem odkażeniu prawego przewodu słuchowego i prawej okolicy zausznej, wykonano w uśpieniu chloroformowem antroattikotomię sposobem Stackego-Schwartzego [9]) na uchu

[1]) Według wykładu mianego na posiedzeniu nauk. Sekcyi lwowskiej Towarz. lekarzy galic. w dniu 3 stycznia 1896 z przedstawieniem chorych. Por. *Przegląd lekarski* 1896, Nr. 7, str. 88.

[2]) *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1889, Nr. 10—13.

[3]) v. Bergmann: *Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten.* II wydanie. Berlin 1898, str. 95.

[4]) Zaufal: *Prager medicin. Wochenschrift* 1890, 30 kwiecień.

[5]) *Berliner klinische Wochenschrift* 1889, Nr. 16, *Archiv für Ohrenheilkunde* XXXI, str. 201 i *Berliner klinische Wochenschrift* 1892, Nr. 4.

[6]) A. Chipault: *Chirurgie opératoire du système nerveux.* Tome I, str. 487—525.

[7]) Por. Ernst Reinhardt. *Die chirurgische Eröffnung der Mittelohrräume, Greifswald*, 1895 i Passow. *Eine neue Transplantationsmethode für die Radicaloperation bei chronischen Eiterungen des Mittelohres.* Berlin 1895.

[8]) *Centralblatt für Chirurgie* 1898, Nr. 46.

[9]) Modyfikacya metody Stackego przez Schwartzego polega na tem, że nie oddziela się całego lejka błoniastego przewodu słuchowego, tylko jego tylną i górną ścianę; przednią ścianę pozostawia się w związku z kością. Przez ujęcie wązkim hakiem tępym, zgiętym pod kątem prostym, oddzielonego przewodu słuchowego ku przodowi, ma się dostateczny przystęp dla wzroku ku błonie bębenkowej.

lewem. Cięcie łukowate, sięgające do kości, poprowadzone w odległości 4—3 mm. za nasadą małżowiny, sięgało od wyrostka jarzmowego *(processus zygomaticus)* do końca wyrostka sutkowego. Podwiązano trzy tryskające naczynia w ranie. Mięsień skroniowy *(m. temporalis)* przecięto w górnym kącie rany, okostnę oddzielono od kości aż do przewodu słuchowego. Wykonano typową antrotomię młotkiem i dłutem; w jamie sutkowej *(antrum mastoid).* obfita ziarnina i gęsta zielonawa ropa; ziarninę usunięto łyżeczką ostrą.

Następnie oddzielono na tępo tylną i górną ścianę błoniastego przewodu słuchowego od kości aż do błony bębenkowej zapomocą elewatora, przedarto ją na tępo przy błonie i ująwszy w hak ku przodowi, odsłonięto ubytek błony bębenkowej. Młotkiem i dłutem usunięto tylno-górną i górną ścianę kostnego przewodu słuchowego i pierścienia *(annulutympanicus),* w ten sposób odsłonięto dokładnie uchyłek *(atticus).* Uchyłek, wypełniony obfitą ziarniną, wyskrobano ostrożnie, oszczędzając jego wewnętrzną ścianę; w ziarninie wyskrobanej znaleziono kowadełko Resztki błony bębenkowej wycięto i młotek wyjęto kleszczykami. Następnie wprowadzono zgłębnik przez przedsionek do jamy *(aditus ad antrum)* do samej jamy sutkowej i młotkiem i dłutem usunięto zewnętrzną ścianę tego przewodu. W ten sposób zamieniono wszystkie przestwory ucha środkowego (uchyłek, przedsionek do jamy i samą jamę sutkową) w jedną rynienkowatą jamę, komunikującą z przewodem przez usunięcie resztek błony bębenkowej. Jamę tę wygładzono dokładnie, posługując się młotkiem i dłutem, lub łyżeczką ostrą tak, że przedstawia wszędzie ścianę połyskującą, białą. Górna powierzchnia dolnej ściany przewodu słuchowego kostnego, stanowiąca pokrycie kanału Fallopa, przedstawia się jako pagórek o spadzistych ścianach. Plastyka podług Stackego: w tym celu nożykiem gałkowatym, wprowadzonym przez przewód błoniasty, przecięto ten przewód podłużnie aż do nasady małżowiny; przez poprowadzenie drugiego cięcia pionowego od końca pierwszego cięcia utworzono płat czworoboczny *(por. Fig. I* i *Fig. II a),* odwrócono go i wyścielono nim dolną powierzchnię ubytku kostnego. Ranę części miękich zespojono tylko u samej góry, zresztą zostawiono ją otwartą. Jamę całą osuszono i wytamponowano gazą jodoformową przez ranę i przez przewód. Trwanie operacyi $1^1/_2$ godziny; uśpienie było utrudnione skutkiem kaszlu chorej; pierwszy akt operacyi wykonano przy świetle dziennem, drugi przy użyciu reflektora i lampy.

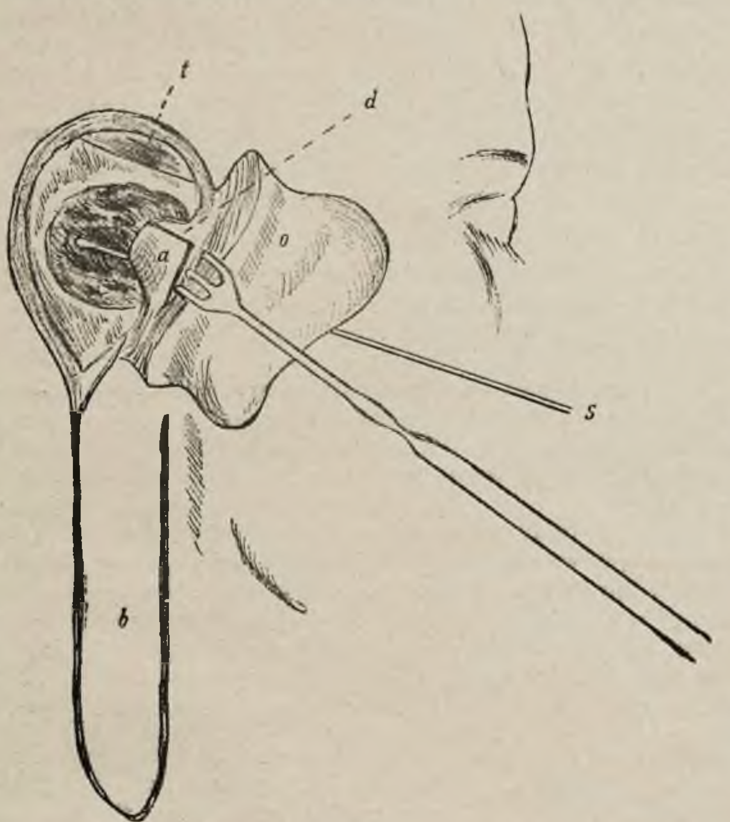


Fig. I.

a — płat Stackego czworoboczny, utworzony z tylnej ściany błoniasto-kostnego lejka przewodu słuchowego;
b — płat językowaty ze szyi;
d — górny brzeg podłużnie przeciętego błoniastego przewodu słuchowego;
o — oddzielona i zapomocą haka naprzód i ku dołowi przesunięta muszla uszna;
s — zgłębnik wprowadzony przez przewód słuchowy zewnętrzny do ubytku kostnego;
t — mięsień skroniowy *(m. temporalis).*

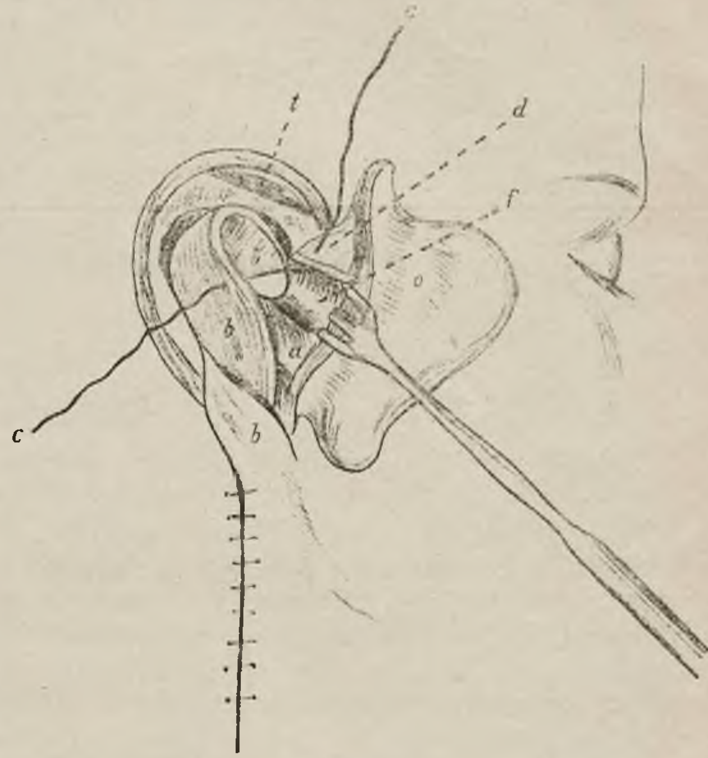


Fig. II.

a — płat Stackego odwrócony i nałożony na dolną część ubytku kostnego:
b — płat szyjny odwrócony, wprowadzony do ubytku i nałożony na ściany ubytku powierzchnią ranną; płat ten sięga aż do uchyłka:
c — nitka katgutu, którą zbliżono przedni brzeg płatu szyjowego do górnego brzegu podłużnie przeciętego błoniastego przewodu słuchowego;
f — tylna ściana przeciętego lejka przewodu słuchowego;
o — oddzielona i przesunięta małżowina;
t — mięsień skroniowy.

Dnia 16 sierpnia wykonano ten sam zabieg operacyjny na uchu prawem; kość była tu twardszą, zupełnie zbitą (eburnizowaną), a jama leżała głębiej (1 ctm. głęboko). W przestworach ucha środkowego znaleziono prawie ten sam stan, co w uchu lewem. Trwanie operacyi $1^1/_2$ godziny.

Chora ma się po obu zabiegach dobrze, nie gorączkuje, słuch jak przed operacyą; brak śladu porażenia nerwu twarzowego, nie ma zawrotów głowy.

Dnia 23 sierpnia zmiana opatrunku; niema żadnego sączenia, ani też przykrej woni. Przeszczepione płaty Stackego wrosły na dnie ubytków, reszta ubytków pokryta zdrową ziarniną. Tegoż dnia w uśpieniu chloroformowem osuszono oba ubytki kostne i przeszczepiono sposobem Thierscha płatki skóry, wzięte z obu ramion na części ubytków pokryte ziarniną; płaty te umocowano kawałkami papieru gutaperchowego i tamponikami z gazy jodoformowej, wprowadzonymi przez ranę za uchem; lekki opatrunek uciskowy.

Dnia 28 sierpnia zmiana opatrunku, wydzielina mierna, nie cuchnąca, płatki przyjęły się i obie jamy są przeważnie wyścielone utkaniem skórnem, tylko gdzieniegdzie widać ziarninę.

Dnia 2 września obie jamy są pokryte naskórkiem, dlatego wyskrobano dokładnie w chloroformowem uśpieniu ziarninę brzegów rany, bujającą częściowo do jam kostnych, osuszono obie jamy, wytamponowano je teraz przez przewody i zaszyto rany części miękich kilku szwami węzełkowymi; w ten sposób zamknięto więc szczelnie rany zauszne.

Dnia 4 września wydzielina nieco cuchnąca. Przy następnych opatrunkach wycierano ubytki kostne tamponikami z gazy sublimatowej, zanurzonymi w czystym wyskoku; od dnia 18 września pozostawiano tamponiki przez 48 godzin w jamach, zmieniając je co drugi dzień, ponieważ pomiędzy wyspami naskórka buja gdzieniegdzie ziarnina. Ziarninę przyżegano kwasem chromowym jeszcze dnia 15 grudnia 1895 i 15 stycznia 1896 r.

Dalsze leczenie polegało na przepłókiwaniu jam rozczynem kwasu borowego, osuszaniu i wdmuchiwaniu rozpylonego kwasu borowego. Ostateczne zabliźnienie nastąpiło 16 lutego 1896 r.

Badanie w tym dniu wykazywało: oba przewody słuchowe są znacznie szersze i krótsze, niż w stanie prawidłowym i prowadzą do obszernych jam, wyścielonych wszędzie suchym naskórkiem. W słuchu nastąpiła znaczna poprawa, mowę głośną słyszy chora uchem lewem na odległość 8 metrów, prawem na odległość 5—6 metrów; zegarek słyszy uchem lewem na odległość 10 ctm. od małżowiny, uchem prawem słyszy tylko przy przyłożeniu zegarka do małżowiny.

III przypadek. Jan Kammer, chłopiec 10-letni, cierpi na uporczywy ropotok cuchnący z prawego ucha, który dotąd leczono bezskutecznie.

Badanie dnia 4 września 1895 wykazuje: chłopak o cerze zdrowej; dno zewnętrznego przewodu słuchowego prawego wypełnione ziarniną: cuchnąca, obfita wydzielina; po wyskrobaniu ziarniny prawie zupełny ubytek błony bębenkowej. Retrakcya lewej błony bębenkowej. Lekki niedowład prawego nerwu twarzowego.

Słuch: prawem uchem słyszy mowę głośną zaledwie na $1^1/_2$ metra, zegarek zaledwie przy zetknięciu z małżowiną; lewem uchem słyszy mowę na odległość 4 metrów.

Dnia 6 września 1895, po odpowiedniem przygotowaniu, wykonano w uśpieniu chloroformowem antroattikotomię sposobem Stackego-Schwartzego, podobnie jak w poprzedzającym przypadku. Znaczne zesłoniowacenie (eburnisatio) kości; jama sutkowa *(antrum mastoideum)*, na 1 ctm. głęboko położona, zawierała obficie ziarninę. Podczas oddłutowania zewnętrznej dolnej ściany uchyłka *(atticus)* dłutkami, zaleconemi przez Stackego[10]), oddłutowano strop jamy bębenkowej *(tegmen tympani)* i odkryto w ten sposób oponę twardą na przestrzeni $1^1/_2$ ctm. długiej i około $^1/_2$ ctm. szerokiej. Następnie pod kontrolą ochraniacza Stackego, wprowadzonego do przedsionka i jamy sutkowej, usunięto dłutkiem przednią ich ścianę. Błona bębenkowa i kostki słuchowe były obrośnięte ziarniną. Ostrożne usunięcie ziarniny i wyskrobanie ścian uchyłka; kowadełko znaleziono w ziarninie; młotek wyjęto kleszczykami po wycięciu resztek błony bębenkowej. Przestwory kostne wygładzono, posługując się łyżeczką ostrą, młotkiem i dłutkiem, poczem ściana kostna przedstawia się wszędzie gładką, białą. Stropu przewodu Fallopiusza nie naruszono. Utworzono płat Stackego z tylnej ściany przewodu *Fig. I* i *II a)* i przystąpiono do plastycznego pokrycia reszty jamy kostnej płatem, wziętym ze skóry szyi.

W tym celu przedłużono cięcie skórne ku dołowi na szyję o jakie $6^1/_2$ ctm., zagięto je u dołu ku przodowi i poprowadzono znowu równolegle ku górze, aż do małżowiny. W ten sposób uzyskany około $1^1/_2$ ctm. szeroki, językowato kończący się płat skórny *(Fig I b)*, odpreparowano od powierzchownej powięzi szyi aż do nasady, okręcono naokoło osi, wprowadzono do górnej części ubytku kostnego niepokrytej płatem Stackego, ułożono powierzchnią okrwawioną na ściany ubytku *(Fig. II b)* i przytwierdzono zewnętrzny brzeg tego płatu do ściany górnej podłużnie przeciętego przewodu słuchowego *(Fig. II c)*. Płat pokrywał także częściowo uchyłek *(atticus)* i obnażoną oponę twardą.

W ten sposób wszystkie przestwory ucha środkowego pokryto skórą. Jamę wytamponowano gazą jodoformową, częściowo przez przewód, częściowo zaś przez ranę w częściach miękich. Brzegi rany w ubytku szyjnym podminowano nieco i ubytek zaszyto liniowo, używając do szwu cienkiego jedwabiu; ranę zauszną zeszyto tylko w górnym odcinku. Opatrunek lekko uciskowy. Trwanie zabiegu 2 godziny; po operacyi niema śladu porażenia nerwu twarzowego.

Dnia 9 września 1895: pierwsza zmiana opatrunku, płaty trzymają się na miejscu, przesiąknięte krwią tampony usunięto i wytamponowano na nowo.

Dnia 11 września rany w częściach miękich zagojone przez rychłozrost. Skąpa niecuchnąca wydzielina. Tamponowanie.

Dnia 18 września (16-go dnia po operacyi) przecięto w uśpieniu chloroformowem most odżywczy przeszczepionego płatu, wycięto przytem nadmiar skóry i zaszyto ranę zauszną szwami węzełkowymi (por. *Fig. III)*. Jamę wytamponowano przez przewód słuchowy.

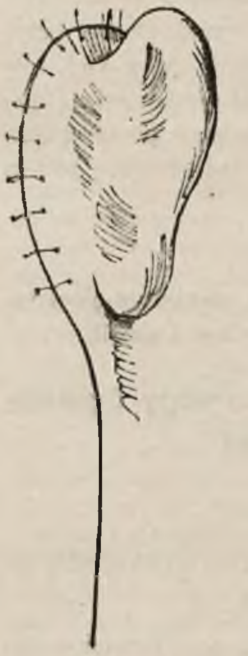


Fig. III.

Rana części miękich zespojona szwem, w przedłużeniu jej blizna na szyi po zaszyciu ubytku.

Dnia 26 września: płaty zupełnie wrośnięte, powierzchnię jamy wyściela wszędzie gładka, połyskująca skóra, z wyjątkiem górnej części jamy, gdzie na małej przestrzeni buja ziarnina; przyżeganie ziarniny kamieniem piekielnym.

Dnia 28 września rozeszła się zauszna rana na przestrzeni ziarna grochu; odtąd tamponowano jamę przez przewód słuchowy i przez ubytek za uchem.

Dnia 14 października odświeżono brzegi ubytku za uchem i zaszyto; odtąd trwałe zamknięcie ubytku; tamponowanie jamy gazą sublimatową odbywa się odtąd przez przewód; wpylanie proszku aristolu. Opatrunek zmieniano co 2-gi dzień.

Od 8 stycznia 1896 jama kostna jest trwale suchą, przewód słuchowy znacznie krótszy i szerszy, aniżeli w stanie prawidłowym, a przestwory słuchowe tworzą podłużną jamę, wyścieloną wszędzie suchą skórą. Za uchem znajduje się linijna blizna, okalająca nasadę małżowiny, przechodząca ku dołowi na szyję; długość całej blizny wynosi 12 ctm.

Badanie słuchu. Słuch w obu uszach lepszy niż przed operacyą; prawem uchem słyszy słowa mówione głośno na odległość 6 metrów (przed operacyą na $1^1/_2$ metra), lewem uchem na 6 metrów (przed operacyą na 4 metry).

Badanie chorego dnia 8 kwietnia 1896 wykazuje ten sam stan; w górnym odcinku jamy znaleziono nieco woskowiny.

Jak z przytoczonych historyi chorych okazuje się, mogą się płaty z sąsiedniej skóry szyi lub płatki Thierscha wgoić w ubytki kostne i przyczynić się do szybkiego pokrycia jamy utkaniem skórzastem; po wgojeniu płatów możemy ubytki za uchem zaszywać. Sądzę, że taki sposób epidermizacyi może dać trwalsze i pewniejsze wyniki, aniżeli dawny, polegający na przeszczepieniu płatu Stackego tylko

[10]) Dłutka te, odgięte na końcu ku tyłowi (celem lepszego chwytania kości), okazały mi się niepraktycznemi, ponieważ nie da się przy użyciu ich oznaczyć kierunku działania i łatwo można odsłonić niemi oponę twardą, jak w naszym przypadku.

na dolną część ubytku, gdzie z brzegów narastający naskórek pokryć musi powoli wielką powierzchnię ziarninującą; polecałbym zatem oba sposoby, osobliwie drugi, dalszym próbom.

Pierwszy mój sposób przeszczepiania (transplantacyi) różni się od sposobu Siebenmanna[11]) tem, że 1) ja przeszczepiłem płatki naskórka wprost na powierzchnię ziarninującą, bez wyskrobywania jej; 2) że zamknąłem ranę zauszną; Siebenmann skrobie ziarniny i zostawia jamę zauszną otwartą. Gdyby się udało jamę kostną osuszyć podczas pierwszego zabiegu, należałoby płatki przeszczepiać wprost na kość, a może uniknęłoby się drugiego zabiegu!

Drugi sposób przypomina metodę Passowa o tyle, że przy obu używa się płatów skórnych ze szyi. Tylko Passow używa krótkiego płatu i pokrywa nim brzeg trwale założonej jamy za uchem, ja zaś użyłem długi płat, który wprowadziłem aż do uchyłku, pokryłem nim całą tylną i górnę powierzchnię jamy kostnej, a po wrośnięciu płatu zaszyłem ranę zauszną.

Ponieważ cała odnośna literatura nie była mi dostępną, nie wiem czy modyfikacyj tych kto już nie zastósował, nie mogę zatem rościć sobie praw pierwszeństwa pomysłu.

Nadmienić tu jeszcze muszę, że wyżej opisane przypadki leczyłem ambulatoryjnie w poliklinice lwowskiej, i że antroattikotomie te są pierwsze wykonane we Lwowie. Całej swojej kazuistyki operacyj doszczętnych przy przewlekłych ropotokach ucha środkowego tutaj nie uwzględniłem; podam ją później na innem miejscu.

II. **Z c. k. Szkoły położnych i Oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra A. Czyżewicza we Lwowie.**

Kilka uwag o raku macicy podczas ciąży i porodu, oraz o jego leczeniu

podał

Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. ginekologicznego lwowskiego d. 8 listopada, 1899).

Podczas gdy Gusserow wykazał, że rak macicy niepowikłany z ciążą najczęściej się zdarza między 40 a 50 rokiem życia, według Sarweya (1) podczas ciąży występuje on najczęściej już między 30 a 40 rokiem życia. Mniej więcej na 2000 porodów przypada jeden powikłany z rakiem macicy. Najprawdopodobniej występuje rak macicy już przed rozpoczęciem ciąży, a dopiero podczas niej buja szybko, pozostając pod wpływem korzystnych warunków rozwoju. Przemawia za tem ta okoliczność, że nowotwór ten podczas ciąży jest już najczęściej daleko rozwinięty.

Nierównie rzadziej się zdarza rak macicy podczas ciąży u pierwiastek, niż u wieloródek. W przeciwieństwie do zdania Cohnsteina, nie ulega wątpliwości, że rak szyi, względnie części pochwowej macicy, utrudnia zapłodnienie. Rak zaś trzonu macicy zdaje się możność zapłodnienia całkowicie wykluczać, przynajmniej nie znamy do tej pory podobnego przypadku.

Rozpoznanie raka macicy podczas ciąży i porodu jest łatwem, gdyż nacieki rakowate twardością swoją jeszcze bardziej zwracają na siebie uwagę wobec rozpulchnienia części pochwowej. W nieregularnych odstępach występujące krwotoki, ropiaste odchody, bóle, są zwykłymi objawami raka. Początkowy wątpliwy okres rozstrzyga najczęściej badanie drobnowidowe.

Wiadomo, że w przeważnej liczbie przypadków ciąża nie zostaje przerwaną z powodu raka macicy, natomiast przyspiesza ciąża w wysokim stopniu jego rozwój. Jeżeli zwyrodnienie rakowate zajęło całą szyję, względnie część pochwową, wówczas może być poród bardzo utrudniony. Odpowiednio temu przedstawia statystyka porodów powikłanych z rakiem macicy smutny obraz z powodu krwotoków, zakażenia krwi i pęknięcia macicy. Rokowanie w porodzie tego rodzaju jest więc niekorzystne. Według Sarweya umiera 43,3% kobiet, chorych na raka macicy podczas lub wnet po porodzie. Statystyka ta przedstawia się o wiele korzystniej w ostatnich latach dzięki ogólnemu przyjęciu zasady, że jeżeli rak nie zajął jeszcze otoczenia macicy, wówczas, należy, bez względu na ciążę, macicę ciężarną bezwłocznie całkowicie wyciąć. Dawniej używany, a dzisiaj słusznie zaniechany sposób postępowania, polegający na sztucznem wznieceniu poronienia, względnie wczesnego porodu, a późniejszem całkowitem wycięciu macicy przez pochwę w połogu, nie wchodzi już dzisiaj w rachubę. Strata czasu, wynikająca z dwuczasowego operowania, nie daje się powetować przy nader szybkim przebiegu raka w ciąży i połogu, a udoskonalona technika operacyjna dozwala nam dzisiaj niemal zapoznawać trudności.

Do początku czwartego miesiąca daje się macica ciężarna w całości z łatwością wyciąć przez pochwę. Później zaś, tj. między czwartym miesiącem a końcem ciąży, mamy do wyboru między czterema sposobami operowania:

1. Cięcie cesarskie i całkowite wycięcie macicy zapomocą laparotomii (według metody Freunda); 2. cięcie cesarskie, prowizoryczne zeszycie rany macicy, zeszycie powłok brzusznych i całkowite wycięcie macicy przez pochwę (metoda Olshausena); 3. cięcie cesarskie, amputacya macicy ponad pochwą, zeszycie powłok brzusznych i wycięcie części pochwowej, tudzież szyi macicy przez pochwę (metoda Zweifla); 4. cięcie cesarskie przez pochwę i całkowite wycięcie macicy przez pochwę (metoda Dührssena).

Całkowite wycięcie macicy zapomocą laparotomii ma tę stronę ujemną, że niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej jest tutaj największe, gdyż zrakowaciała część pochwowa i szyja macicy dają się tylko do pewnego stopnia oczyścić. Pod tym względem ma metoda Olshausena i Zweifla bezsprzeczną wyższość, gdyż część macicy, dotknięta nowotworem, wcale się z otrzewną podczas operacyi nie styka; natomiast jest ujemną stroną tych metod kombinowanie dwóch sposobów operowania (zapomocą laparotomii i przez pochwę) i wynikająca ztąd strata czasu, potrzebna do oczyszczenia dwóch pól operacyjnych i zmiany ułożenia operowanej.

Pomimo tych stron ujemnych przedstawia całkowite wycięcie macicy zapomocą laparotomii według metody Freunda, Olshausena lub Zweifla, jedyny możliwy sposób operowania w przypadkach zwężenia miednicy wyższego stopnia. Z wyjątkiem zaś tych ostatnich przypadków jest stanowczo najlepszą metoda operacyjna Dührssena (2), opisana przez niego, jako „der vaginale Kaiserschnitt“. Metoda ta polega

[11]) Por. Ernst Reinhardt l. c.

na tem, że po wyłyżeczkowaniu i przypaleniu żegadłem Paquelina części pochwowej, względnie i szyi zrakowaciałej, po założeniu podwiązek z obu stron na dolną część *(basis)* więzów szerokich, po okrojeniu części pochwowej i oddzieleniu szyi macicy, zostaje szyja macicy na granicy zdrowej tkanki amputowaną zapomocą żegadła. Teraz następuje szybkie przepołowienie w środku przedniej i tylnej ściany macicy tak daleko, by można wydobyć płód, a po wyjęciu płodu i łożyska przepoławia się coraz wyżej macicę, otwiera otrzewnę z przodu i z tyłu i, wytoczywszy trzon macicy do pochwy, zakłada klamry lub podwiązki na więzadła szerokie i zeszywa otrzewnę Douglasa z otrzewną pęcherza. Dührssen widzi w swojej metodzie tę korzyść, że niebezpieczeństwo wstrząsu i zakażenia jest mniejszem, a unika się blizny polaparotomijnej. Także Michelini (3), Winter (4), Altherthum (5), Chrobak (6), Reckmann (7), Fritsch (8), Mittermaier (9), Seiffart (10), Schroeder (11), Acconci (12) i Jordan (13) zalecają mniej więcej i oddają wyższość metodzie Dührssena. Fritsch sądzi, że całkowite wycięcie macicy ciężarnej, dotkniętej rakiem, zapomocą laparotomii da się usprawiedliwić w przyszłości już tylko zwężeniem miednicy wysokiego stopnia. Seiffart zaś różni się tem od innych zwolenników metody Dührssena, że radzi wykonać całkowite wycięcie macicy przez pochwę dopiero w kilka dni po porodzie. Doświadczenia innych specyalistów dowodzą tymczasem, że odkładanie wycięcia macicy na późniejszy czas po porodzie operacyę utrudnia, podczas gdy szybki przebieg raka w ciąży i połogu nie dozwala zwlekać z radykalną operacyą.

Że całkowite wycięcie macicy przez pochwę bezpośrednio po porodzie nie przedstawia trudności, już przed Dührssenem wykazali Chrobak, Fehling i Neugebauer w przypadkach pęknięcia macicy podczas porodu. Dührssenowi jednak przypada w udziale zasługa, że zwrócił uwagę na możliwość i łatwość wydobycia z macicy przez pochwę nawet donoszonego płodu bez względu na to, czy poród już się rozpoczął lub nie. Metodę Dührssena musimy dlatego nazwać bardzo znacznym postępem techniki operacyjnej, warunkiem jednak jej wykonalności jest dostatecznie obszerna miednica.

Przychodzę zatem do następującego wniosku:

Jeżeli rak macicy podczas ciąży, względnie porodu, daje się jeszcze radykalnie operować, wówczas jest naszem zadaniem macicę bezzwłocznie całkowicie wyciąć. W tym celu nadaje się zawsze najlepiej operacya przez pochwę, z wyjątkiem przypadków zwężenia miednicy wyższego stopnia. Do czwartego miesiąca ciąży można macicę w całości z łatwością przez pochwę wyciąć. Po czwartym miesiącu potrzeba, w celu zmniejszenia macicy, pęcherz płodowy przebić, a w ostatnich miesiącach ciąży, względnie podczas porodu, najpierw wypróżnić macicę według metody Dührssena („der vaginale Kaiserschnitt“) i bezpośrednio potem całkowicie przez pochwę wyciąć. Tylko przy zwężeniu miednicy wyższego stopnia wykonujemy laparotomię, cięcie cesarskie, zeszywamy prowizorycznie macicę i wycinamy ją przez pochwę według metody Olshausena, lub amputujemy macicę i wycinamy część pochwową i szyję macicy przez pochwę według metody Zweifla. Wybór co do tych dwóch metod zawisł od stopnia zwężenia miednicy, więc oddamy pierwszeństwo metodzie Zweifla przy bezwzględnem zwężeniu miednicy.

Jeżeli zaś rak macicy podczas ciąży lub porodu zajął już jej otoczenie, nie nadaje się zatem do operacyi doszczętnej, wówczas powinniśmy mieć wyłącznie wzgląd na życie płodu. Czekamy więc do końca ciąży i pozostawiamy ukończenie porodu siłom natury w przekonaniu, opartem na doświadczeniu, że bardzo wielka ilość tych porodów przebiega bez pomocy lekarskiej, a dopiero, gdyby się tego okazała potrzeba, kończymy poród sztucznie, robimy nacięcia, zakładamy kleszcze lub wykonujemy obrót. Przy wielkich naciekach nowotworowych, wykluczających możność urodzenia się żywego płodu przez pochwę, wykonujemy cięcie cesarskie, a wyjątkowo robimy wymóżdżenie, jeżeli mamy do czynienia z nieżywym płodem.

Zasady te zastósowałem do przypadku, który z końcem lipca b. r. miałem sposobność leczyć.

P. K. 31 l., z Kluczowa Wielkiego w Galicyi, rodziła 4 razy, ostatni poród przed 3 laty. Miesiączka występowała zawsze regularnie. Do grudnia r. z. była zdrowa. W tym czasie spostrzegła, że ma silne białe upławy, a od 4 miesięcy stały się one różowe. Od kwietnia br. cierpi prawie ciągle na silne bóle w brzuchu. Ostatnia miesiączka miała miejsce z początkiem stycznia b. r. Przed 8 tygodniami uczuła pierwsze ruchy płodu.

Stan obecny: Osoba dość dobrze odżywiona, skóra żółtawa, opatrzona skąpą podściółką tłuszczową. Błony śluzowe dobrze zabarwione. W dolnej połowie brzucha guz gładki i okrągły, sięgający nieco ponad pępek i kurczący się przy dotykaniu. Nie ulega więc wątpliwości, że odpowiada on macicy przeszło od 6 miesięcy ciężarnej. Część pochwowa pokryta rozpadającemi się nierównościami, które dają się wyczuć także wewnątrz szyi macicy. Warga przednia macicy w środku jeszcze dobrze utrzymana, z obu stron jednak części pochwowej znajdują się lejkowate, rozpadające zagłębienia. Warga tylna macicy zniszczona w znacznej części, zwłaszcza ku stronie lewej. Lewe *ligamentum cardinale* naciekłe. Z szyi macicznej wydostaje się żółta, cuchnąca wydzielina. Miednica prawidłowa.

25/7 Wyskrobanie części pochwowej i szyi macicy ostrą łyżeczką i przypalenie żegadłem. Następnie dokładne oczyszczenie i odrażenie pochwy i szyi macicznej. okrojenie części pochwowej, oddzielenie pęcherza, otwarcie otrzewnej z przodu i z tyłu macicy i zeszycie jej z przednią i z tylną ścianą pochwy. Założywszy od dołu z obu stron na *parametria* po jednej klamrze, przeciąłem więzadła szerokie między klamrami a szyją macicy, przepołowiłem w środku przednią ścianę szyi macicy, przebiłem pęcherz płodowy, uchwyciwszy nóżkę, wydobyłem płód i przecinając stopniowo coraz dalej ku górze przednią ścianę macicy, wytoczyłem z łatwością macicę przez przednie sklepienie. Resztę więzów szerokich zaopatrzyłem z obu stron jedną klamrą i wyciąłem macicę. Ponieważ dolna lewa klamra uchwyciła tkankę naciekłą, więc założyłem nową klamrę ile możności daleko na zewnątrz w tkance zdrowej i wyciąłem kawałek lewego więzadła szerokiego. Między klamry wsunąłem gazę jodoformową.

Utrata krwi podczas operacyi była nieznaczna. Wogóle cały zabieg dał się wykonać bez trudności i jakkolwiek odklejenie i osobne wydobycie łożyska, — jak to Dührssen czyni, — byłoby jeszcze bardziej ułatwiło operacyę przez zmniejszenie objętości macicy, zrzekłem się tego ułatwienia, gdyż miałem do czynienia z niezbyt dużem łożyskiem, odpowiadającem siódmemu miesiącowi ciąży.

Założenie dwóch klamer na dolną część więzów szerokich przed przepołowieniem szyi i przedniej ściany macicy zapobiegło silniejszej utracie krwi, nie ulega jednak wątpliwości, że klamry utrudniały wydobycie płodu, dlatego lepiej jest założyć jedwabne podwiązki, stósownie do zalecenia Dührssena.

Przebieg po operacyi był prawidłowy z wyjątkiem rozwolnienia, które wystąpiło po dziesięciu dniach i utrzymywało się przez czternaście dni, sprowadzając znaczne osłabienie i powolną rekonwalescencyę.

Łatwość operacyi i szczęśliwy przebieg tego przypadku potwierdzają w zupełności wartość cięcia cesarskiego przez pochwę, w połączeniu z bezzwłocznem całkowitem wycięciem macicy przez pochwę, przy raku macicy podczas ciąży i porodu.

Piśmiennictwo:

1) Sarwey. Handbuch der Gynaekologie v. J. Veit 1899. II. 1. 2) Dührssen. Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin 1896 i *Centralblatt f. Gynaekologie*, 1897. Nr. 30. — 3) Michelini. Isterectomia cesarea vaginale per cancro del collo dell'utero. — 4) Winter. *Centralblatt f. Gynaekologie*, 1897. Nr. 25. — 5) Alterthum. *Ibidem*, 1897. Nr. 27. — 6) Chrobak. *Ibidem*, 1897. Nr. 37. — 7) Reckmann. *Ibidem*, 1897. Nr. 47. — 8) Fritsch. *Ibidem*, 1898. Nr. 1. — 9) Mittermaier. *Ibidem*, 1898. Nr. 1. — 10) Seiffart. *Ibidem*, 1898. Nr. 5. — 11) Schroeder. *Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie*, 1898. B. 39. Hft. 3 — 12) Acconci. *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie*, 1899. B. 9. Hft. 3. — 13) Jordan. *Przegl. lek.* 1899 Nr. 14.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Barth: **Ueber den gegenwärtigen Stand der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.** Wykład wstępny, miany na wszechnicy lipskiej. *(Joh. Ambr. Barth.*, Lipsk, 1899).

Treść tej pracy właściwie nie odpowiada jej tytułowi, gdyż nie znajdujemy w niej sprawozdania ze stanu nauki, lecz raczej przedstawienie usterek nauczania, braku dostatecznej wiedzy z tej dziedziny u lekarzy praktycznych, oraz wykazanie konieczności zaradzenia złemu. Zresztą zupełnie się zgadzamy z tendencyą i z wywodami rozprawy. Autor stara się udowodnić potrzebę równouprawnienia w planie nauczania uniwersyteckiego przytoczonych w tytule gałęzi wiedzy lekarskiej z innymi działami nauki; przemawia przekonywająco za konieczną potrzebą urządzenia samoistnych katedr dla tych przedmiotów i wciągnięcia ich do obowiązkowego planu nauczania i egzaminowania, żeby każdy lekarz był zmuszony do nabycia choć najniezbędniejszych wiadomości ogólnych, w celu uniknięcia grubych uchybień, narażających zdrowie i życie chorego, a lekarzowi obciążających sumienie. Brak tych wiadomości u ogółu lekarzy jest istotną przyczyną rozkwitu stanu tak zw. „specyalistów sześciotygodniowych“ (Sechswochen-Specialisten, t. j. lekarzy, mieniących się specyalistami po wzięciu 6-tygodniowego kursu).

Dalej narzeka autor na brak zrozumienia i wyrozumiałości ze strony profesorów innych dobrze wyposażonych działów w wydziale lekarskim, oraz ze strony decydujących władz, zajmujących nieprzychylne stanowisko wobec tej sprawy; złote to są słowa, które gorąco należy polecić uwadze odpowiednich czynników i u nas. Wobec zarzutu, podniesionego przez przeciwników i tyczącego się zbytniego rozdrobnienia nauki lekarskiej, oraz wybujania szkodliwej jednostronności, podnosi autor, że można temu zapobiedz, dając pierwszeństwo przy obsadzaniu tych katedr nie kandydatom, którzy zaraz po złożeniu egzaminów oddali się wyłącznie swojej specyalności, lecz takim, którzy się dalej kształcili w zakresie medycyny. Tym sposobem działy te mogą tylko zyskać i można uniknąć, by kandydaci na te stanowiska specyalne nie stracili związku z medycyną ogólną.

Przeczytanie tej wykwintnie wydanej rozprawy, napisanej jasno, treściwie i pięknym stylem, jest wielkiem zadośćuczynieniem dla specyalistów omawianych w niej gałęzi medycyny. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Prof. Hueppe. **Nasze zadania wobec gruźlicy.** (*Berliner klin. Wochs.* 1899 Nr. 44). Jakichkolwiek środków chwycić się należy w walce z gruźlicą, w każdym razie, jeżeli walka ta ma być skuteczną, potrzeba, aby sprawą tą zajęli się lekarze, i aby uwaga ogółu lekarskiego stale zwróconą była w tę stronę. Do tego jednak konieczna, aby lekarze sami mieli dostateczną sposobność, jaknajszybciej zapoznawać się z postępami nauki o gruźlicy i jej leczeniu i dzielić się wzajemnie swemi spostrzeżeniami i doświadczeniem; co oczywiście dziać się może tylko na zebraniach lekarskich, przedewszystkiem zaś na zjazdach, gromadzących licznych uczestników. Pod tym względem okazało się nader korzystnem utworzenie sekcyi dla spraw gruźlicy na zjazdach niemieckich lekarzy i przyrodników w Brunszwiku w r. 1897 i w Düsseldorfie w r. zeszłym. Bezpośrednim owocem działalności tych sekcyj było z jednej strony zorganizowanie zeszłorocznego międzynarodowego zjazdu dla spraw gruźlicy w Berlinie, z drugiej zaś stworzenie stałej komisyi dla spraw gruźlicy w Niemczech, która znów na tegorocznym zjeździe monachijskim zorganizowała zbiorowe posiedzenie kilku sekcyj, poświęcone wyłącznie gruźlicy. Otwierając to posiedzenie, streszcza H. w szerokich rysach obecny stan tej sprawy pod względem teoretycznym i praktycznym i czyni przegląd zadań, pozostających do wypełnienia na przyszłość.

Przedewszystkiem stwierdza H, że okres skrajnych prądów bakteryologicznych szczęśliwie mija, a złagodzenie różnic w poglądach pod tym względem tylko na korzyść w walce z gruźlicą wyjść może. Minął czas entuzyazmu dla tuberkuliny, który niewątpliwie znacznie zahamował, a nawet chwilowo powstrzymał, ruch w kierunku uzdrowisk ludowych, w walce z gruźlicą pierwszorzędną wagę posiadający. Z drugiej strony wyleczono się znacznie z błędnego poglądu, wynikającego z jednostronnych zapatrywań na etyologię i patogenezę gruźlicy, jakoby suchotników należało, na kształt trędowatych, więzić w zakładach, „na których szczycie, zamiast sztandaru humanitaryzmu, zatknięto tylko spluwaczkę“. Zadanie zakładów polega nie na odosobnieniu chorych na gruźlicę, ale na ich leczeniu; walka z gruźlicą ma być oprócz tego skierowaną na pole zwiększenia odporności społeczeństwa przez szeroką działalność higieniczną. Jeżeli nie ulega wątpliwości, że prątek Kocha jest sprawcą gruźlicy, to również stało się dziś pewnikiem, że on sam nie wywoła zmian chorobowych w ustroju, jeżeli równocześnie ustrój ten nie jest do zachorowania usposobiony. Nowoczesne odkrycia bakteryologiczne w niczem tej zasady starych lekarzy nie osłabiły; czas pokazał, że sprawdza się ona we wszystkich chorobach zakaźnych, w których powstawaniu odgrywają rolę zawsze trzy czynniki: zarazek chorobotwórczy, usposobienie osobnicze i warunki przeniesienia się zakażenia. Trzy te czynniki są wielkościami zmiennemi i ztąd też wzajemny ich stosunek może w każdym poszczególnym przypadku być bardzo rozmaity. *) Ztąd też i odnośnie do prątka gruźliczego stwierdzono już fakt, że zarazki jadowite mogą się znajdować na błonach śluzowych zdrowych ludzi, nie przynosząc żadnej szkody dla ustroju, byleby on nie posiadał usposobienia do przyjęcia zakażenia. Przytem w nauce o samymże prątku gruźliczym pojawiło się w ostatnich czasach kilka zagadnień, nie zupełnie jeszcze rozwiązanych, jako to: stosunek prątka gruźlicy ludzkiej do prątka gruźlicy ptasiej, — cała jeszcze nie rozstrzygnięta sprawa tzw. gruźlicy rzekomej; wszystko to zdaje się według dotychczasowych badań przemawiać za tem, że prątek gruźliczy może być w pewnych warunkach

*) Myśl tę rozwinął w ostatnich czasach Martius w odniesieniu do chorób zakaźnych wogóle w wykładzie publicznym na Zjeździe lek. i przyr. niem. w Düsseldorfie w r. z. i w pracy: „Pathogenese innerer Krankheiten. I. Infectionskrankheiten“ 1899. — U nas poruszył te zagadnienia odnośnie do gruźlicy Hewelke w zajmującej pracy, ogłoszonej w „Kronice lek.“ 1899. Nr. 1. 2. 3. *Przyp. spraw.*

saprofitem, przebywającym całe okresy rozwoju poza ustrojem ludzkim. Jadowita, chorobotwórcza odmiana prątka Kocha rozwinęłaby się więc była musiała z biegiem czasu z odmian względnie nieszkodliwych, zastosowując się powoli tylko do obecnie znanych warunków życia pasorzytniczego. Takie przystosowanie się drobnoustroju jest jednak możebnem tylko wówczas, gdy spotyka on sprzyjające temu czynniki w postaci pewnego usposobienia tkanek zwierzęcych ustrojów. Ta strona etyologii gruźlicy nie tylko nie była na zjeździe berlińskim dostatecznie wyjaśnioną, ale nawet wcale jej tam nie poruszano. A jednak jest ona nietylko teoretycznie, lecz i praktycznie niesłychanie ważną, gdyż tylko na podstawie znajomości tych osobniczych warunków zakażenia może sobie praktyczna medycyna, mająca do czynienia z osobnikami, wyrobić zasady postępowania leczniczego. Oczywiście nie zawsze postępowanie to osiągnie całkowity skutek; ale wszak i w wielu innych chorobach bywa tak samo, i wielkiem już zwycięztwem jest powrócić chorym względne zdrowie na szereg lat, uzdrowić ich w znaczeniu społecznem, to jest powrócić im zdolność do pracy, przyczem dla chorego jest obojętnem, czy on odkrztusza plwocinę z większą, czy mniejszą ilością prątków. Ten jedynie właściwy punkt widzenia powinien przeniknąć do umysłów lekarzy, znarowionych poglądami ze skrajnie bakteryologicznego okresu medycyny. Należy też lekarzom praktycznym uprzystępnić znaczenie tych postaci gruźlicy, w których drobne ogniska chorobowe stanowią ciągłe niebezpieczeństwo dla ustroju, oraz w których pewne następowe usadowienia się sprawy gruźliczej są dla chorego i jego otoczenia dolegliwe lub groźne; z tego względu pożądanem jest opracowanie gruźlicy błon śluzowych, krtani i jej sąsiedztwa, oraz skóry, w formie, uwzględniającej potrzeby lekarzy praktycznych.

H. broni się przeciw zarzutowi, że, chociaż sam bakteryolog, lekceważy zdobycze bakteryologii, o ile chodzi o walkę z gruźlicą. Należy bowiem raz stanowczo stwierdzić i uznać, że naukowe dociekania etyologiczne muszą na pierwszym planie, jako czynnik najważniejszy, postawić usposobienie, skłonność do choroby; w ten tylko bowiem sposób zdoła się nauka wyrwać z więzów skrajnych bakteryologicznych poglądów. To zapatrywanie wcale jednak nie wyklucza zasady, że należy walczyć także przeciw samym chorobotwórczym bakteryom; przeciwnie, kierując się niem, można dopiero obiecywać sobie pomyślne skutki w zwalczeniu chorób zakaźnych. W stosowaniu odkażania nie należy być zaślepionym i pamiętać trzeba zawsze, że pierwszym i najważniejszym czynnikiem w odkażaniu musi być czystość i że odkażanie wtedy tylko osiągnie praktyczne skutki, jeżeli się je zastósuje tam tylko, gdzie ono rzeczywiście może dosięgnąć zarazków. Prątków gruźliczych nie zdołamy zniszczyć, gdy one już unoszą się w pyle; naszym środkom dostępne są one natomiast w plwocinach chorych. W tym kierunku może państwo działać tylko w dostępnym sobie zakresie (szkoły i zakłady publiczne, fabryki); reszta wkracza w życie prywatne, w którem przedewszystkiem krzewić należy zasady czystości fizycznej i ochędóstwa. Z tego stanowiska zażarta walka między Flüggem a Cornetem o to, czy oprócz suchego pyłu tkwi niebezpieczeństwo zakażenia w rozkraplanej przy kaszlu plwocinie, niema właściwie doniosłości praktycznej, bo ogólna zasada czystości i ochędóstwa jedno i drugie zarazem uwzględnia. W zakresie społecznym zerwać należy w zwalczaniu gruźlicy z polityką półśrodków. Tu mianowicie otwiera się pole wpływu na ów ważniejszy czynnik etyologiczny w szerzeniu się gruźlicy, t. j. na usposobienie ustroju. Właśnie pod tym względem zwalczanie gruźlicy może i powinno stać się sprawą ogólnego znaczenia zapomocą rozumnych, czynnych ulepszeń higienicznych, zmierzających do poprawy zdrowia całej ludności. Prawda, że ta droga jest długą i na wynik poczekać potrzeba; ale wynik będzie tem pewniejszy, byleby każdy lekarz przejął się swojem zadaniem higieniczno-społecznem. Środki zaradcze przeciw gruźlicy są tu jednoznaczne z poprawą zdrowia społeczeństwa wogóle (higiena mieszkań, zwłaszcza robotniczych, żywienie się ludności lepsze, fizyczne wychowanie młodzieży, zabawy ludowe). Przewodnikiem w pracy powinno być przekonanie o błędności teoryi Weissmana w bezwzględnem jej brzmieniu, jakoby nabyte własności ustroju nie mogły być odziedziczane; przeciwnie, nabyte wady i przymioty mogą przekazywać się dziedzicznie, ztąd wszystkie zastosowane środki muszą wywrzeć wpływ pomyślny na odporność przyszłych pokoleń. *C.*

Marandon de Montych. **O zmianach i zaburzeniach ruchowych w pierwszych dwóch okresach porażenia postępowego.** *(Le bulletin médical* 15—IX. 1899*)*. Zaburzenia ruchowe w 2 pierwszych okresach porażenia postępowego rozwijają się w trzech typach, mianowicie, jako typ jednostajny, gdzie porażenia pozostają niezmiennemi; jako typ postępowy, gdzie się ciągle zwiększają, lub w końcu jako typ przemienny, w którym albo się zwiększają albo zmniejszają. Według badań autora zaburzenia ruchowe pozostają najczęściej niezmiennemi podczas trwania tego samego okresu i to więcej podczas drugiego, aniżeli pierwszego. Jeśli zaś przebieg przestaje być jednostajnym, to w pierwszym okresie góruje typ postępowy, a w drugim przemienny. Wziąwszy razem oba okresy, najczęstszym jest typ postępowy, za nim idzie postać przemienna; w $1/3$ przypadków spostrzegał autor, iż zaburzenia ruchowe początkowego okresu nie zmieniały się w fazie przejściowej. I w pierwszym i w drugim okresie zaburzenia ruchowe odnoszą się pod tym względem do obu okresów razem wziętych. Prawie w $1/4$ przypadków zaburzenia ruchowe są stale łagodnemi, tak podczas trwania okresu pierwszego, jak i drugiego; przeciwnie zaś, w 16% występuje charakter postępowy przez rozwinięcie się nagle z fazy początkowej, jednak najczęściej cierpienie przybiera charakter postępowy przy przejściu z okresu pierwszego w drugi. W pierwszym okresie tylko wtedy objawia się przebieg przemienny zaburzeń ruchowych, gdy te zaburzenia nie są wybitne, podczas gdy w miarę postępu choroby zajmuje ona wszystkie narządy ruchowe.

W pierwszym okresie porażenia ruchowego na tle kiłowem, nigdy zaś na jakiem tle innem, spotykał autor rozwój przemienny, jeśli ta postać przemienna nie występowała, rozwój był, raczej jednostajny niż postępujący. Przy istnieniu tła urazowego występował typ jednostajny, u alkoholików — postępowy.

W postaciach opartych na tle innem typ jednostajny był 2 razy częstszym od postępowego, postaci przemiennych nie było wcale. W drugim okresie osobno wziętym, lub w obu okresach razem, w porażeniach postępowych na tle alkoholizmu i urazu, a szczególnie w tych ostatnich, rozwój był postępowy, podczas gdy w przypadkach na tle 3 pierwszych zwykłych przyczyn występował typ jednostajny z dążnością do postępu. W pośrodku między niemi stawia autor porażenia postępowe na tle kiłowem z przebiegiem przemiennym. Według badań autora rozwój powolny, t. j. przemienny, a jednak jednostajny, był w pierwszym okresie tej choroby właściwy wiekowi podeszłemu lub przedwcześnie zestarzałemu, postać zaś szybkiego przebiegu z charakterem postępującym odpowiadałaby wiekowi średniemu. To samo spotyka się w drugiej fazie oddzielnie wziętej tak, iż w drugim okresie porażenia postępowego przedwczesnego w $1/5$ przypadków rozwój bywa szybki postępowy, w $4/5$ zaś rozwój powolny przemienny, lecz pomimo tego jednostajny. Jednakże, gdy chorobę weźmiemy jako całość w jej postępie, to znajdujemy przeciwnie *maximum* rozwoju postępowego w porażeniach postępowych przedwczesnych lub wieku późnego, a *maximum* postaci powolnych jednostajnych i przemiennych w wieku średnim.

W obu okresach porażenia postępowego, wziętych razem lub z osobna, typowym jest przebieg jednostajny; gdy postać umysłowa choroby zostaje tą samą. Dwa inne typy: przemienny i postępowy, pojawiają się w porażeniach postępowych, w których postacie umysłowe zmieniają się.

Wedle autora, zmiany okresów spokoju i podniecenia psychicznego u ludzi, dotkniętych porażeniem postępowem, zostają bez wpływu na rozwój zaburzeń ruchowych.

Dr. Józef Latkowski.

Aug. Łogucki. **Parachlorfenol i Menthoral w zastosowaniu do leczenia gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych.** (*Kronika lekarska*, 1899. Nr. 20). Po krótkiem streszczeniu literatury tego przedmiotu podaje autor własne swoje doświadczenia, poczynione z parachlorfenolem na oddziale Dra. Sokołowskiego, na 21 chorych, z których 16 było dotkniętych zmianami w krtani, jeden owrzodzeniem gruźliczem błony śluzowej przegrody nosa i jedna chora owrzodzeniem tylnej ściany gardzieli i migdałka. Używano 5—10% pędzlowań, ¼—½% wziewań roczczynu glicerynowego. Pewni chorzy tego leku nie znosili z powodu jego przykrego zapachu i smaku. Prawie wszyscy chorzy, u których tego środka używano, doznali ulgi niekiedy już po jednorazowem zapędzlowaniu, zwłaszcza przy połykaniu. Pod wpływem tego środka błona śluzowa nieco bieleje i pulchnieje. Małe, powierzchowne nacieki i owrzodzenia prędko się poprawiały, zwłaszcza przy dobrym stanie ogólnym chorych. Gorączkujący chorzy ze znacznemi zmianami w płucach nie doznali poprawy. Z ogólnej liczby 21 w 8 przypadkach Ł. otrzymał mniej lub więcej wyraźną poprawę. Parachlorfenol nie jest zatem środkiem swoistym, jednak stanowi lek, który w pewnych przypadkach dobrze działa, łagodząc bóle, zmniejszając objawy zapalne, pomagając do zabliźnienia się owrzodzeń.

Dobre skutki, które otrzymano za pomocą glicerynowego rozczynu mięszaniny fenolu z mentolem, używanego w ostatnich latach prawie wyłącznie na wspomnianym oddziale warszawskim, dały pochop do polecenia firmie Heydena, by wykonała mięszaninę parachlorfenolu z mentolem pod nazwą *menthorol*, który, jako lepiej przez chorych znoszony, okazał się wolnym od ujemnych cech parachlorfenolu. Mentoral przedstawia się jako płyn dość gęsty, o zapachu mniej nieprzyjemnym i smaku mniej przykrym i został zastósowany w rozczynach glicerynowych (5%—15%) do pędzlowań. *Spira.*

Siegert. **O epidemii zapalenia mieszkowego migdałków i czasie wylęgania tej choroby.** (*Münchener med. Wochschrift*, 1899. Nr. 47). W czerwcu r. b. zauważył S. w swojej praktyce poliklinicznej nagły przybór przypadków mieszkowego zapalenia migdałków (*angina lacunaris*). Dokładniejsze poszukiwania wykazały, że wszystkie te, jeden po drugim występujące przypadki (28) pochodziły z dwu ognisk, z których każde ograniczało się do gromady sąsiadujących ze sobą domów. Zestawienie wszystkich szczegółów doprowadza S. do wniosku, że zapalenie mieszkowe migdałków jest sprawą zakaźną, bardzo łatwo przenoszącą się z chorych na zdrowych i posiadającą 4 dniowy okres wylęgania. Trzy pierwsze lata życia są nieco mniej odporne na to zakażenie, niż wiek starszy. Należy zawsze ile możności odosabniać chorych na zapalenie mieszkowe gardła, choćby ze względu na to, że sprawa ta wcale nie rzadko może za sobą pociągnąć ropnicę. Rodzeństwo chorych należałoby przyjmować do szkoły dopiero po upływie 5 dni od pojawienia się pierwszego przypadku w rodzinie, oczywiście, jeżeli dalsze przypadki w tym czasie nie wystąpiły. *C.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Crocq zaleca do leczenia rwy kulszowej ichtyol wewnętrznie, w kapsułkach po 0·10, po 6—8 dziennie; zewnętrznie zaś nacieranie 5—6 razy dziennie płynem *Ichtyol 50·0, Glycerin 20·0, Aqu. dest. 30·0.* Z 20 przypadków w ten sposób leczonych udało mu się 14 zupełnie w paru tygodniach wyleczyć. *F. K.*

Mazuschita (*Archiv. f. Hyg.* 35 T., Z. 4) badając zachowanie się bakteryi w polewanym i niepolewanym pyle ulicznym stwierdził, że polewanie ułatwia rozmnażanie się bakteryi, a utrudnia ich zagładę pod działaniem wysuszenia i światła słonecznego. Wyniki te nie dają się jednak zużytkować, jako argument przeciw polewaniu ulic, ponieważ polewanie nie wpływa na pomnożenie się gatunków bakteryi chorobotwórczych, pomnożenie zaś liczby bakteryi wogóle jest wyrównywane przez to, że polewanie zapobiega unoszaniu się pyłu w powietrze. Oczywiście lepszem od polewania byłoby opłókiwanie pyłu ulicznego. *C.*

Mc. Shane stósował w trądziku (*acne rosacea*) 1% rozcz. formaldehydu, wstrzykując w małych odstępach ten przetwór pod skórę nosa po ½—1 kropli, na miejscach chorobowo zajętych i wywołując obrzmienie, do pokrzywki podobne. Po 3-miesięcznem leczeniu tym sposobem zmiany zupełnie ustąpiły. (*Deut. Aerztztg.*, 1899. 7). *F. K.*

Haren leczył dwie dziewczyny 17-letnie, cierpiące na mimowolne oddawanie moczu w nocy (*enuresis nocturna*) systematycznem rozszerzaniem pęcherza, przepłókując go coraz większą ilością (200—600 grm.) płynu. Metoda ta, najpierw przez Simsa podana, oddała mu nader dobre usługi w krótkim czasie. (*Boston. m. Journ.* 1899). *F. K.*

Ribiero podaje w zapaleniu pęcherza obok naparów z dodatkiem kw. będźwinowego, następujące proszki: *Salol 10,0 Salipyr. Camph. brom. aa 5,0 Div. in d. XX. S. Co 3 godziny proszek.* (*N. York. m. Journ.* 1899. 24). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 24 listopada 1899 r.

Przewodniczący kol. Gluziński. — Członków obecnych 46.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Barącz przedstawia 2 chorych z rozległą sprawą promieniczą szyi i okolicy krtani, u których zastósował dwa odmienne sposoby leczenia. U jednego leczenie polegało wyłącznie na wstrzykiwaniu jodyny, bez podawania wewnętrznie jodku potasu. W przeciągu 4 miesięcy po 7 wstrzykiwaniach nalewki jodowej i po zużyciu 3½ strzykawek weterynaryjnych nastąpiło zupełne wyleczenie. U drugiej chorej ze znacznym naciekiem promieniczym na szyi wykonał najpierw operacyę doszczętną, następnie ranę przyżegał 4 razy energicznie kamieniem piekielnym, a gdy naciek nie ustępował, wstrzyknął 3 razy w ten naciek 20% rozczyn azotanu srebrowego, poczem, pomimo małego nawrotu choroby, nastąpiło trwałe wyleczenie. Razem wstrzyknął kol. B. 7 strzykawek Pravaza 20% rozczynu azotanu srebrowego. Kol. B. już w przypadku swoim promienicy brzusznej, spostrzeganym w czerwcu r. 1891, przypisuje ostateczne trwałe wyleczenie wprowadzaniu energicznemu do przetoki laseczek azotanu srebrowego. Na podstawie tych spostrzeżeń poleca B. wewnętrzne podawanie azotanu srebrowego aż do wystąpienia ogólnej srebrzycy (argyrii) w przypadkach promienicy trzew, promienicy płuc i jamy brzusznej.

Następnie przedstawia kol. B. 2-ch chorych z twardzielą nosa. W jednym przypadku zwykłym twardzieli, spostrzeganym od roku 1893, przywrócił kol. B. drożność nosa przez kilkorazowe stósowanie elektrolizy i uważa elektrolizę jako najprostszy i najpraktyczniejszy sposób do przywrócenia drożności nosa, o czem się przekonał także na drugim podobnym przypadku. Drugi chory był dotknięty postacią bujającą twardzieli, dotąd niespostrzeganą; miękki, łatwo krwawiący obrzęk, wychodzący z muszli średniej i sięgający do jamy nosowo-połykowej, robił wrażenie nowotworu złośliwego. Prócz tego podniebienie twarde i miękkie zajmował guzkowaty naciek, a w łukach podniebiennych i krtani były zmiany charakterystyczne dla twardzieli. Hodowle z tych obrzęków dały obraz typowy dla twardzieli. Ponieważ usunięcie częściowe obrzęku nosowego powodowało bardzo uporczywe krwotoki i nawrót bardzo szybko następował, zdecydował się kol. B. na obustronną resekcyę tętnicy dogłowowej zewnętrznej, jak to polecają Amerykanie, oraz usunięcie następowe obrzęku. Wynik tych zabiegów był o tyle dobrym, że odrastanie jest teraz bardzo wolne, że chory po wykonanej następnie tracheotomii jest znowu

zdolnym do pracy. (Przypadek ten będzie drukiem ogłoszony). (Autoreferat).

W rozprawach czyni kol. Rydygier uwagę, że polecił już dawniej wstrzykiwanie jodku potasu w promienicy; jeden z przypadków, w którym go zastosował, jest dotąd bez nawrotu. Kol. Łukasiewicz zaznacza, że działanie nalewki jodowej, jest inne niż jodku potasu; pierwsza niszczy tkankę, drugi zaś działa resorbcyjnie. Działanie jednak podawanych środków nie jest pewne. Co do azotanu srebrowego, to działania jego nie umie sobie wytłómaczyć. Co do twardzieli nosa, to w tej chorobie leczenie ma na celu sprowadzenie ulgi choremu. Temu celowi odpowiadają ponawiane często wycięcia. Do elektrolizy nie ma zaufania, albowiem nie pozwala ona ocenić, ile przy operacyi usuwamy. Kol. Rydygier wypowiada zdanie, że leczenie twardzieli nosa nie daje wielkich widoków; pomimo podwiązania tętnicy szyjnej bujanie trwa dalej. Podwiązywania mowca nie zaleca, tak samo sposób operowania podawany przez kol. Barącza tylko szpeci nos, a daje ten sam wynik, co wycinanie. Kol. Stachiewicz widzi u drugiego z przedstawionych chorych znacznie lepszy stan, aniżeli przed rokiem, gdy stan był wogóle rozpaczliwy. Kol. Gluziński wspomina operowane przypadki przez Pieniążka, w których przy wielkiej cierpliwości lekarza i chorego widział znaczną poprawę, dlatego jest za operacyą; i w drugim przypadku radzi też wykonać laryngofisurę i zastósować wyskrobanie. Kol. Łukasiewicz podnosi, że nie zna wyleczonego przypadku, dlatego jest zdania, że o radykalnem leczeniu nie można myśleć. Kol. Barącz czyni co do promienicy uwagę, że Gautier już w r. 1891 wyleczył przypadek promienicy skórnej przez elektrochemiczne działanie; wstrzykiwał w obrzęk rozczyn jodku potasowego i przeprowadzał silny prąd galwaniczny w celu rozkładu jodku potasu i zużytkowania przeciwzakaźnego działania jodyny *in statu nascendi*. Działanie jodku potasowego jest zresztą niewytłómaczone; przetwór ten nie jest w stanie wstrzymać w rozwoju hodowle na sztucznych pożywkach, jak to Nocard wykazał: Nettis tłómaczy sobie działanie tego środka w promienicy w ten sposób, że działa on swoiście tylko na tkanki anatomiczne i zwiększa ich odporność. Częsty zawód przy wewnętrznem podawaniu jodku potasowego przy promienicy narządów wewnętrznych usprawiedliwia próby z podawaniem azotanu srebrowego wewnętrznie. Co do twardzieli utrzymuje kol. B., że elektroliza sprowadza w krótszym czasie to samo, co zabiegi chirurgiczne i jej użycie jest wygodniejsze. Co do drugiego przypadku twardzieli w postaci bujającej sądzi, że zabiegi wstępne były usprawiedliwione, gdyż ani krwotoku znacznego nie było przy wyłuszczeniu, ani też tkanka nie buja teraz tak szybko, jak przed operacyą.

II. Kol. Rydygier przedstawia przypadek raka języka, operowany przed 5 laty, bez nawrotu w gruczołach. Chory wymawia wyrazy, acz nie wyraźnie. Obecnie (po 5 l.) stwierdzono w prawym mięśniu sutko-mostko-obojczykowym guz nowotworowy, który prelegent operował.

III. Kol. Rencki przedstawia z kliniki lekarskiej przypadek połowiczego obrażenia rdzenia (Brown-Séquarda).

Stefan Tkacz, parobek 24-letni, pchnięty podczas kłótni dnia 8/XI b. r. scyzorykiem w lewą stronę karku, upadł natychmiast po urazie, przytomności nie stracił. Podnieść się z ziemi sam nie mógł, albowiem utracił zupełnie władzę w kończynie górnej i dolnej prawej; kończyny po stronie lewej miały być tylko osłabione. Po 7-miu dniach zauważył rozpoczynającą się poprawę po stronie prawej ciała.

Przyjęty do kliniki lekarskiej dnia 16/XI, uskarża się na niemożność wykonywania ruchów, głównie wskutek osłabienia prawej kończyny górnej i dolnej. Mocz oddaje prawidłowo, stolec od kilku dni zaparty.

Stan obecny: Mężczyzna silnej budowy ciała; nie gorączkuje. Na karku stwierdzić można po stronie lewej, na wysokości 3-go kręgu szyjnego, w odległości $4^1/_2$ ctm. od wyrostka kolczastego, poprzeczną, 8 mm. długą, świeżą bliznę. Twarz zaczerwieniona, strona prawa twarzy nieco cieplejsza. Szpara powiekowa prawa znacznie węższa niż lewa; podobnie zachowują się i źrenice, które zresztą dobrze oddziałują na światło. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, gałka prawa nieco wgłąb zapadnięta. Dno oka bez zmian. Ruchomość klatki piersiowej upośledzona po str. prawej, oddechów 16 na min.; w płucach, sercu zmian wykazać nie można; tętno silnie napięte, zwolnione, 46 uderzeń na min. Narządy jamy brzusznej prawidłowe.

Chory z trudnością, podpierając się łokciem prawym, może w łóżku usiąść; stanąć nawet podtrzymywany nie zdoła.

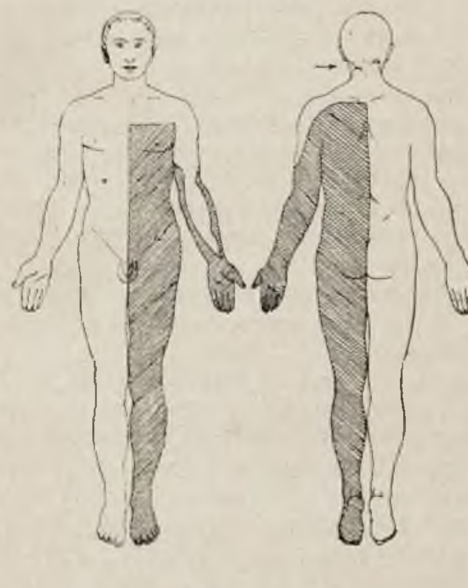
Kończyna górna prawa znacznie słabsza, aniżeli lewa, — lekko zgięta w stawie łokciowym, palce nieco przykurczone. Ruchy czynne w kończynie tej utrzymane (zwłaszcza podnoszenie ku górze); ruchy mięśni wyprostnych daleko słabsze niż zginaczy; najwięcej ucierpiały ruchy palców. Siła ręki prawej oznaczona siłomierzem = 0. Zakładanie prawej kończyny górnej na plecy bardzo utrudnione, łopatka prawa odstaje od klatki piersiowej.

Kończyna górna lewa również słabsza, siła ręki lewej = 30 klgr., ruchy czynne wykonuje chory łatwo. Mięśnie barkowe zmian w sile nie okazują.

Siła kończyn dolnych dobra, prawa nieco słabsza niż lewa. Tak w obu kończynach górnych jak i dolnych stwierdzić można wybitną niezborność ruchów. Odruch kolanowy po stronie prawej zniesiony, po stronie lewej słaby, odruch jądrowy prawy zaznaczony, lewy wyraźny; podobnie zachowują się odruchy brzuszne. Czucie mięśniowe po stronie prawej upośledzone.

Po całej prawej połowie ciała stwierdzić można przeczulicę we wszystkich rodzajach czucia.

Po stronie lewej natomiast zniesienie czucia bólu i ciepłoty, oraz upośledzenie czucia dotyku. Zmiana ta czucia po stronie lewej, jak widać to z ryciny, zajmuje ściśle połowę ciała, i siega z przodu



do górnego 3-go żebra, z tyłu prawie do grzebienia łopatki, obejmuje kończynę górną lewą z wyjątkiem przedniej powierzchni ramienia i przedramienia, gdzie stwierdzić nawet można przeczulicę czucia bólu. 22/XI. Różnica w szerokości szpar powiekowych i źrenic mniejsza. Chory siada z łatwością, porusza lepiej palcami ręki prawej; bez podtrzymywania może ustać, z zamkniętemi oczami jednak upada; podtrzymywany może chodzić, niezborność ruchów w kończynach dolnych wyraźna. Czucie, jak poprzednio. Tętno 46. 24/XI. Siła ręki prawej = 10 klgr., lewej = 40 klgr. Chodzi bez podpierania się; zmiany w czuciu zmniejszają się; tętno 48; szpary powiekowe obie równo szerokie, źrenice szersze, prawa jednak węższa niż lewa.

Przypadek opisany przedstawia, jak widzimy, dość typowy obraz połowiczego obrażenia rdzenia, mamy bowiem po stronie obrażonej niedowład ruchowy, zmiany naczynioruchowe, ogólną przeczulicę, upośledzenie czucia mięśniowego, objawy niezborności ruchów, wreszcie, z powodu obrażenia części szyjnej rdzenia, porażenie włókien nerwu spółczulnego; po stronie przeciwnej zniesienie lub upośledzenie czucia. Uwzględniając dobrze utrzymaną czynność mięśni barkowych u naszego chorego, musimy przyjąć, że obrażenie rdzenia nastąpiło po str. lewej na wysokości 6-go korzenia. Zupełnie zrozumiałą jest górna granica zmian czuciowych po str. lewej. Zachowaną powierzchnię czucia na przedniej części przedramienia i ramienia zaopatrują gałązki wychodzące z 5-go korzenia. Interesującym jest nasz przypadek z tego względu, że pozornie wystąpiło porażenie nie po stronie urazu, lecz po stronie przeciwnej. Wytłómaczyć jednak możemy to zjawisko tylko w ten sposób, że ostrze scyzoryka, wbite ręką przeciwnika po stronie lewej z przodu i od góry a ku tyłowi, ominęło (może przez odpowiedni ruch karku chorego) stronę lewą rdzenia, a dotknęło prawą. Za tem, że rdzeń pacierzowy w naszym przypadku został obrażony, prze-

mawia przedewszystkiem ogólny ciężki stan chorego tuż po wypadku, a zwłaszcza ta połowiczość zmian w zakresie czucia i ruchu, której nie moglibyśmy sobie tak łatwo wytłómaczyć, n. p. tylko krwotokiem. O ile z dotychczasowego przebiegu wnosić można, obrażenie rdzenia u naszego chorego nie musiało być znaczne, o czem świadczy tak szybka poprawa w stosunkowo dość krótkim czasie. Część zatem objawów u naszego chorego, jak n. p. osłabienie kończyny górnej i dolnej lewej, niezborność ruchów tych kończyn, należy odnieść raczej do następowego krwawienia (*Fernwirkung*). Dziś niepodobna orzec, które z opisanych zboczeń u naszego chorego trwale pozostaną. Sądząc jednak z dość korzystnego przebiegu i widocznej szybkiej poprawy, można względnie dobrze rokować, a nawet spodziewać się zupełnego powrotu do zdrowia [1]).

W rozprawach zabierają głos: kol. Feuerstein, który widział chorego w pierwszych dniach po urazie i stwierdził wówczas daleko większy niedowład w kończynach, zwłaszcza po str. prawej, a chory leżał prawie zupełnie bezwładnie. Szpara powiekowa i źrenica lewa wydawały się być szersze, a gałka oczna nieco ku przodowi wysadzoną. Obrażenie rdzenia nastąpiło, jak sądzi kol. Rencki, po stronie prawej. Dziś widząc chorego można rzeczywiście stwierdzić bardzo znaczną poprawę. Kol. A. Gluziński podnosi znaczne zwolnienie tętna (46—50), którego nie można wytłómaczyć, przyjmując porażenie *nn. accelerantes*, gdyż jak doświadczenia na zwierzętach wykazały, przecięcie ich nie wywołuje zwolnienia tętna. Należy raczej przyjąć podrażnienie nerwu błędnego.

W dyskusyi zabrał głos jeszcze kol. Szulisławski.

Kol. Rencki nie uważa szerszej szpary powiekowej i źrenicy lewej, oraz więcej wystającej ku przodowi gałki ocznej lewej, za objaw patologiczny, lecz zwężenie po str. prawej, czego dowodzi przyjęcie urazu rdzenia w górnej części szyjnej po str. prawej, oraz, że wśród obserwacyi rozszerza się szpara powiekowa i źrenica prawa, a lewa zostają nie zmienione.

IV. Kol. Rencki przedstawia następnie drugi przypadek z kliniki lekarskiej, dotyczący chorego z dusznicą bolesną, leczonego wcieraniami szaruchy.

F. Ł., lat 42, w 12 r. życia przebył zimnicę: przed 6-ciu laty grypę, a przed 20-tu laty wrzód na prąciu, który po 2 tyg. odpowiedniego leczenia zabliźnił się. Zmian kiły drugorzędnej nigdy nie zauważył. Od 4 lat miewa czasami bóle w kończynach dolnych. Od roku doznaje uczucia ściskania w okolicy serca, od czasu do czasu występuje ból zwłaszcza przy ruchach lub przy ułożeniu się na bok lewy. Ból ten rozpromienia się ku barkowi lewemu, a towarzyszy mu od czasu do czasu duszność. Od 3 miesięcy objawy powyższe wzmogły się, a w ostatnich czasach opisany ból, oraz znacznego stopnia duszność chorego nie opuszczają tak, że całe noce siedząc w fotelu, spędza bezsennie. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Chory dobrze odżywiony okazuje bladość skóry, stan bezgorączkowy. Płuca bez zmian. Na szyi wyraźne tętnienie tętnic dogłowowych, wyraźniejsze po str. prawej. Podobnie zachowują się tętnice podobojczykowe i sprychowe. W dołku jarzmowym wyraźne tętnienie. Uderzenie koniuszkowe serca oporne, w 6 przestworze, 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej, ku str. prawej przekracza mostek na 1 ctm.; ku górze zlewa się ze stłumieniem nad mostkiem. Nad tętnicą główną 2 szmery, skurczowy jednak najwyraźniejszy na podstawie mostka, rozkurczowy na mostku, na wysokości 3 żebra. Nad tętnicami dogłowowemi skurczowy szmer. Tętno chybkie (72). Nad tętnicą udową ton, a przy ucisku stetoskopem skurczowy i rozkurczowy szmer. Wątroba, śledziona niepowiększone. Na prąciu blizna wielkości grosza. W moczu białko (1‰); w osadzie wałeczki ziarniste.

Oddziaływanie źrenic na światło bardzo leniwe. Odruch kolanowy lewy żywszy, prawy słaby. Rozpoznano: *Angina pectoris. Processus atheromatosus aortae. Ectasia aortae. Insuff. vr. semil. aortae. Hypertrophia et dilatatio cordis praecipue sinistri. Atheroma arter. coronar cord. Nephritis arteriosclerotica. Tabes incipiens?*

[1]) 15/XII. Stan chorego poprawia się z dniem każdym: szpary powiekowe obie równo szerokie, źrenice szerokie, prawa jednak jeszcze nieco węższa, łopatka prawa nieco tylko odstaje od klatki piersiowej, siła ręki prawej = 40 klg., ręki lewej = 75 klg. Chód chorego znacznie lepszy, ślady jednak niezborności jeszcze utrzymują się. Odruchy kolanowe wyraźne, żywszy po stronie lewej. W zakresie zmian czucia po stronie lewej b. znaczna poprawa. Tętno silnie napięte 56—58. (Przypisek późniejszy).

Choremu podano: worek lodowy na okolicę serca, pastylki nitroglicerynowe, na noc kodeinę 0.03, a wewnętrznie jodek potasu. Gdy przez pierwszych 10 dni stan chorego nie uległ żadnej poprawie, a chory całe noce spędzał bezsennie, w przypuszczeniu, że sprawa miażdżycowa wobec podejrzenia na przebytą kiłę, mogłaby się na tem tle rozwijać, zastósowano wcierania szaruchy, pozostawiając chorego tylko przy wspomnianej dawce kodeiny. Już po 6-tej wcierce bóle i duszność zmniejszyły się, a chory przynajmniej 2—3 godzin mógł spać. Do dziś dnia wziął chory 14 wcierań, a stan jego poprawił się znacznie. Duszność ustąpiła w zupełności, bóle tylko małego nasilenia rzadko się pojawiają, a chory sypia bez przerwy 6—8 godzin.

Ilość białka w moczu zmniejszyła się do 0.8‰.

Wynik więc leczenia wcieraniami szaruchy u naszego chorego musimy uważać za nader korzystny, a wynik ten zdaje się potwierdzać nasze przypuszczenia co do tła zmian w naczyniach u względnie młodego człowieka. W podobnym przypadku nawet obecność białka w moczu nie jest przeciwwskazaniem do leczenia rtęcią.

W rozprawach zabrał głos kol. Łukasiewicz, który uważa zmiany w tętnicach za *„endarteriitis“* (zmiany Heubnerowskie) i temu też przypisuje wynik leczenia. Wywiady w takich razach nie mają, zdaniem jego, znaczenia, gdyż zazwyczaj chorzy zaprzeczają przebyciu kiły. U przedstawionego chorego, mimo braku innych objawów, przemawiających za kiłą, przyjąć należy, że on niedawno ją przebył, gdyż zmiany te są kilakowe, za czem przemawia i wynik leczenia rtęcią. Kol A. Gluziński uważa zmiany w tętnicy głównej za następstwo kiły dawnej (przed 10 — 15 laty przebytej). Nie zgodziłby się z tem, jakoby to były zmiany t. z. Heubnerowskie. Podnosi, że zmiany w naczyniach drobnych występują w krótkim czasie po zakażeniu.

Dr. Papée, sekretarz.

VII. Korespondencye.

Warszawa.

Nie ja pierwszy i nie ja ostatni pisać zapewne będę o nadprodukcyi pism lekarskich wśród ubogiego społeczeństwa polskiego. Wydawanie aż 12 pism, specyalnie naukom lekarskim poświęconych, przez społeczeństwo stósunkowo biedne, przez ogół lekarski, który nie daje dowodów, by czytelnictwu zbytnio się oddawał, by sprawy naukowe zbytnio go obchodziły, bądź co bądź stanowi ciekawy objaw, który ściślej analizie powinien być poddany.

Wybujałość pracy, w jakimkolwiek kierunku podjętej, świadczy przedewszystkiem o tem, że pobudki do podjęcia takiej pracy są różnolite, że czynniki uświadomionego celu są wielce złożone. Brak mi zdolności do podjęcia nader trudnej analizy psychologicznej, która by z całą konsekwencyą wyprowadzić mogła drogi, po których kroczyli ci, którzy reformowali dawniej istniejące wydawnictwa lekarskie, chociaż praca ta wydaje mi się jeszcze łatwiejszą w porównaniu z analizą tych czynników, które pchały nowe siły do wydawania nowych wydawnictw lekarskich. Przystępując z obawą do tej pracy, z góry się zastrzedz muszę, że zadaniu nie sprostam. Nie idzie mi jednak o całość obrazu, który musi być odmienny w każdym poszczególnym przypadku, lecz dbać będę o wykazanie wytycznego punktu, który według mego rozumowania, stał się powodem do wydawania w Królestwie polskiem aż 9 pism lekarskich, a z tej liczby 8 wychodzi z pod prasy drukarskiej w samej Warszawie, jedno zaś w Łodzi.

Do podjęcia tej pracy, że tak rzeknę, zobowiązały mnie słowa pewnego lekarza czeskiego, z którym miałem możność niedawno zapoznać się na obczyźnie. Syn pobratymczego nam narodu i wielce nam sprzyjający, osobiście przedstawiający wybitną indywidualność, nie chciał wierzyć przedewszystkiem, że aż 9 pism lekarskich wydajemy i czy to podrażniony w swej dumie narodowej, czy też przez wielką życzliwość, której dowodów miałem sposobność na własnej osobie doświadczyć, dość, że prosił mnie o przedstawienie sobie kilku numerów każdego wydawnictwa.

Szczery sąd kolegi czecha pozwala sobie przytoczyć

w dosłownem niemal brzmieniu: „po przeczytaniu nadesłanych mi zeszytów wydawnictw lekarskich, to jedno mogę powiedzieć, że w oczach moich macie wiele żywotności, której spożytkować nie umiecie. Rozpraszanie drogocennych sił, nieumiejętne wyzyskanie naturalnych zdolności przyprowadzić was musi do dezorganizacyi, której zwiastuny mógłbym i teraz wskazać“. Chociaż smutną swą przepowiednię stara się ów kolega osłodzić w dalszych wierszach listu, to niemniej powyższe słowa głęboko utkwiły w mej duszy.

I pomyślałem sobie, w czem dopatruje się bystry umysł czecha śladów dezorganizacyi. Wszak wszystkie niemal pisma nasze szczerze hołdują wymaganiom etyki, wszak wieje ze stronic tych pism szczera chęć służenia postępom wiedzy, wszak na ogół biorąc nasze wydawnictwa nie są gorsze od przeciętnych wydawnictw niemieckich lub francuskich, a może nawet pod niektórymi względami lepsze. I dalibóg w pierwszej chwili nie chciałem przyznać słuszności wywodom mego korespondenta. Myśl jednak zawarta w orzeczeniu czecha natrętnie mnie prześladowała dotąd, aż nie wpadłem na domysł, który znalazł potwierdzenie w późniejszym liście eskulapa z Pragi. „Ślepe naśladownictwo, jakie widnieje na stronicach waszych tygodniowych i dwutygodniowych wydawnictw, brak oryginalności w układzie numerów, zbywanie czytelników łatwo tłómaczonymi referatami, zasklepianie się w ciasnych ramach niby naukowego traktowania całej sprawy, niesmaczna nieraz krytyka, z której wyziera raczej chęć wykazania, że oponent jest głupi jak stołowe nogi, a nie przedmiotowe ocenienie pracy autora, brak krytycznego poglądu na wiele prac podstawowego znaczenia, i wreszcie dziwne lekceważenie własnych większych prac (a takie być muszą, skoro żywotność w was tkwi) w oczach moich świadczą, że droga, po której dąży piśmiennictwo lekarskie w Warszawie, nie jest dobra“. Dalej następuje mały ustęp *pro domo sua*, z którego widać, że szczery czech ma do nas pretensye, że nie odpowiadamy wymaganiom zwykłej grzeczności i za szczodre streszczenie naszych prac w języku czeskim, nie staramy się zapoznać z wytworem ducha naukowego czeskiego.

Łatwiej krytykować, niż robić, pomyślałem po odczytaniu powyższego ustępu, gdyż nie mogłem się podpisać pod wszystkiemi zarzutami nam czynionymi; nie mniej przyznać sprawiedliwość każe, że to i owo podchwycił czech trafnie. Bo że oryginalności naszym pismom brak, to święta prawda; że jedne i te same referaty z jednych i tych samych źródeł czerpane, zjawiają się czasami na szpaltach tego lub drugiego tygodnika lub dwutygodnika, temu zaprzeczyć trudno; że referaty są marne i źle ułożone, tak samo negować nie można; że pisma nasze za mało dbają o dostarczanie czytelnikom strawy naukowej o podstawowym kierunku, zgodzić się trudno, a raczej należy uczynić sprostowanie, że być może czynią to nieumiejętnie. Zarzut co do krytyki z idealnego punktu widzenia, może jest słuszny, przez porównanie jednak z podobnemi wypracowaniami przez innych traci na swej jaskrawości. Oddając słuszność bystremu umysłowi kolegi z Pragi, z całą dumą odpisać mu mogłem, że samokrytyka zjawiła się i u nas, o czem świadczy program Sekcyi prasowej na niedoszłym do skutku zjeździe w Poznaniu, który to program, zdaje się, zamierza komitet organizujący przyszły zjazd w całości niemal utrzymać. Skoro raz zamierzamy z całą szczerością wyznać nasze winy nie naśladujmyż, myślę sobie, ciekawej postaci bohatera trylogii, który tchórzostwu wobec Buotaja hołdował, całą zaś bezczelną chełpliwość rozwijał wobec Podbipięty z Mysikiszek, i skoro raz do wyznania błędów popełnionych mamy zamiar przystąpić, zastanówmy się przedewszystkiem nad tą przyczyną, która stworzyła obecne warunki wydawnictwa lekarskiego. Nie ulega, przynajmniej dla mnie, wątpliwości, ze w ostatnich czasach natworzyło się u nas zbyt wiele nowych pism, stosunkowo do potrzeby; nie ulega dalej wątpliwości, że hasła, które poprzedzały narodziny nowego wydawnictwa lekarskiego, tchnęły szerszym poglądem na rzecz; nie ulega wreszcie wątpliwości, że w miarę wczytywania się w treść nowych wydawnictw, pomimo woli przychodziło czytelnikom na myśl proste pytanie: „dla czego pionerzy tych nowych haseł nie odnowili niemi szpalt dawniej istniejących pism?“ Ażali strupieszałość już istniejących organizacyi hamowała przystęp nowym powiewom? Czy też wygórowana ambicya osobista pionierów nowych nie pozwoliła podporządkować porywów rwącej natury pod szerszy interes społeczny? I gdy biedują nad tem zagadnieniem, czuję całą trudność wynikającą z tak zestawionych pytań, gdyż strupieszałości w dawniej powstałych organizacyach, w ścisłem znaczeniu tego słowa i dotąd niema, z drugiej zaś strony ambicya jednostek, które ujęły redagowanie nowych wydawnictw, jeżeli istnieje, nosi cechy takiego ogromu dobrej wiary, posiada piętno służenia w miarę sił i możności swemu społeczeństwu, że na potępienie zasługiwać nie może. A jednak coś musi być, skoro normalny bieg sprawy jest naruszony. Boć normalnym biegiem nazwać nie można takich warunków, wśród których wybitniejsze jednostki, zamiast odnawiać i poprawiać to, co istniało, wolą obok starego budynku nowy wznosić po to, by nowość prędko zczezła i stare braki dawnej konstrukcyi z każdego węgła wyszczerzały zęby.

Nowa myśl — nowy czyn spowodować musi, głosi zasada. I chociaż na świecie tak mało jest nowych myśli, to nie mniej ujawniający się w naszem piśmienictwie lekarskiem nowy bądź co bądź kierunek (dzięki Bogu, że Lwów nie dał się dotąd porwać nowemu powiewowi), naprowadza mnie na mało uwydatnione pod tym względem pole rozumowań. Zdaniem mojem w licznej rzeszy lekarskiej nie brak nam sił wybitniejszych, którym ciasno obracać się w dotąd istniejących szrankach. Wadą jest jednak tych sił, że pod wpływem ambitnych porywów, zamiast żłobić nowe przejścia w dawniej porobionych łożyskach, zbyt pochopnie zrzucają z barków swych trudy powolnego i bardzo owocnego żłobienia i w zarozumiałości swej sądzą, że prędzej potoki własnej myśli w prędko przekopanym kanale do celu poniosą. A kanał, źle dla braku materyału obudwarowany, prędko zamulać się musi, a ta ambicya, która pchała do nowego kopania, tak powszechna, bo ciągle się powtarzająca, nie pozwala przyznać się jednostce, że popełniła ten sam błąd, który popełnili poprzednicy. I jeżeli jest coś odrębnego w tem zjawisku, to chyba to, że ambicyę nowego grabarza nie kołysze do snu piosenka, w której materyalne zwrotki się powtarzają, że wyczerpanie jego pochodzi nie ze zbytku dostatków, nie z pychy, która nie pozwala wybujać nowej latorośli, lub jeżeli ta ostatnia i puści nowe pędy, to pierwsza stara się zabić nowe życie przez przygniatanie jej ciężarem swych konarów, lecz kołacze się jeszcze duch, który da się zachwiać, podnosi jednak bunt w imię tej prawdy, że normalnie rozwijające się społeczeństwo powinno wierzyć w słuszność tego pewnika, że matka natura wyposaża niektórych w większe zdolności, które aklimatyzować starannie należy, nie bacząc na niesmaczne nawet niektóre cechy, które początkowo natury te ujawniać mogą. *Beta.*

Lwów.

„Walą się wiekowe dęby, padając pod brzemieniem czasu; przerzedzają się szeregi starej gwardyi tych dzielnych bojowników o wielkie ideały i hasła. I znowu z widowni naszego publicznego życia znika piękna, zacna i typowa postać sędziwego, blisko 80-letniego starca: Dra Franciszka Hoszarda“.

„Z prawdziwym żalem przychodzi mi zapisać bolesną i żałobną wiadomość o zgonie męża, którego od lat dziecinnych, dzięki osobistym stosunkom, nauczyłem się czcić i szanować, jako przedstawiciela gorących uczuć patryotycznych; szczerego wyznawcę zasad postępowych i demokratycznych, wolnych od wszelkich społecznych uprzedzeń i niechęci; jako wreszcie człowieka złotego serca i rzadkiej prawości charakteru, którego całe długie życie było obywatelską na ró-

żnych posterunkach służbą, podejmowaną zawsze z najczystszymi zamiarami i w najlepszym celu".

Tak pisał publicysta p. Kazimierz Skrzyński, a przejęły i wzruszyły mnie piękne jego słowa — mnie, com również od dzieciństwa nawykł czcić i szanować ś. p. Dra Hoszarda jako patryotę, jako lekarza, jako zacnego niezwykłej prawości człowieka.

Nie tu miejsce rozwodzić się nad społeczną działalnością, nad politycznem znaczeniem tego męża stanu. Pomijam też rok 1848, pomijam powstanie styczniowe, posłowanie do Rady Państwa i takie występy w Sejmie krajowym, jak za wnioskiem Czartoryskiego, wniesionym w obronie ukróconych przez zaprowadzenie bezpośrednich wyborów do Rady Państwa — przywilejów Sejmu. To wszystko i tym podobne sprawy pomijam.

Jako lekarz, w lekarskiem piśmie, o lekarzu i o jego znaczeniu w sprawach sanitarnych, o jego usilnej pracy nad polepszeniem zdrowotności kraju, wspomnieć pragnę i dorzucić słów parę do tych hołdów, które inni gdzieindziej uwili w wawrzynowy wieniec dla zmarłego, dla obywatela w całem wzniosłem tego słowa znaczeniu.

Alma Mater Jagellonica promowała ś. p. Hoszarda na doktora medycyny dnia 28 lipca 1849 roku. Z dyplomem powrócił w rodzinne swe strony, a zarówno w Bochni, jak w Szczawnicy, gdzie latem pracował jako lekarz kąpielowy, cieszył on się tem bezgranicznem zaufaniem swych chorych, które zdobyć potrafi jedynie lekarz z bożej łaski, człowiek, co i umysłem w zawodzie swoim niezwykle jest biegły i do powierzonych jego pieczy chorych bez przymusu sercem wrażliwem się dostraja, a wyposażony wielką siłą fizyczną i niespożytą energią znieść potrafi trudy rozległej prowincyonalnej praktyki. Czas zwykł szybko zacierać ślady takich cichych, niezmordowanych szermierzy. Nie wątpię jednak, że i dziś jeszcze znajdzie się niemało ludzi, którzy jak ja pamiętają, z jakiem uwielbieniem mówili ich ojcowie o Hoszardzie, jako o swym lekarzu.

Zresztą tu i tak nabyte zaufanie wysunęło zmarłego na szerszą widownię, dało mu możność pracowania dalej z tą samą wytrwałością i tem samem zaparciem się dla całego kraju, a tam już trwałe w sprawozdaniach sejmowych mamy dokumenty.

Wybrany w roku 1867 posłem na Sejm krajowy z mniejszych posiadłości okręgu bocheńskiego, gdy petycya z roku 1868 o zniesienie zastarzałej już i obniżającej poziom stanu lekarskiego instytucyi, szkoły medyczno-chirurgicznej lwowskiej, minęła bez wrażenia, stawia w roku 1869 swój własny wniosek w tej sprawie.

Potem już na każdej sesyi sprawy zdrowotne mają w śp. Hoszardzie jednego z najdzielniejszych i najwytrwalszych szermierzy. Od 1870 roku pracuje on już stale w komisyi szpitalnej, a w tymże roku, za jego namową, wnosi ks. Król wniosek o reasumowanie uchwalonej w roku 1868 ustawy, której §. 1 stanowi, że gminy mają obowiązek zwracania Wydziałowi krajowemu połowy kosztów za leczenie i utrzymanie w szpitalach powszechnych — przynależnych do nich chorych[1]). A ów wniosek księdza Króla o rozłożeniu kosztów na cały kraj, wniosek, za którym walczy Hoszard w komisyi przeciw takim powagom jak Kraiński, Krzeczunowicz, Wężyk, mając zrazu jedynego tylko sprzymierzeńca w Euzebiuszu Czerkawskim — rok rocznie upadający i rok rocznie na nowo stawiany — przyjęto dopiero w roku 1874, kiedy Hoszard pozyskał dlań wreszcie większość komisyi i na plenarnem posiedzeniu już imieniem tejże większości rzecz zreferował.

Nie brak go w walce o przeniesienie nadzoru nad szpitalami powszechnymi z rąk Rządu w ręce władzy krajowej, a w roku 1871 referuje z dobrym skutkiem etaty służby lekarskiej w szpitalach lwowskim i krakowskim, — przeprowadza wniosek o ustanowieniu inspektora szpitali.

W roku 1873 za jego sprawą zniesiono zakaz przyjmowania żydów do szpitala lwowskiego.

W roku 1875 referuje statuty dla krajowego szpitala dla obłąkanych w Kulparkowie i dla szpitala powszechnego we Lwowie, nadto uchwałę o emeryturze dla zajętych tam funkcyonaryuszów.

Musiano też wysoko cenić tę siłę roboczą, kiedy już w roku 1875 spotyka go poufna propozycya Wydziału krajowego o przyjęcie nietyle godności, co ciężaru zostania członkiem tegoż Wydziału. Zrazu, ze względu na mandat do Rady Państwa, propozycyi tej nie przyjmuje. Niemniej przecież w roku 1877, powołany wyborem całego Sejmu na wspomniane stanowisko, składa tamten mandat w ręce wyborców i do ciężkiej zaprzęga się pracy.

Czy zaś do powierzonego stanowiska dorósł, czy położonemu weń zaufaniu godnie odpowiedział, najlepiej świadczy o tem fakt, że nietylko przy następnych wyborach w roku 1883 — ponownie z całego Sejmu wybieranego, jednogłośnie go na to stanowisko powołano, ale że mu i w następnych kadencyach, w roku 1889 i 1895, nie pozwolono ze stanowiska tego ustąpić.

Dobry kolega, członek Towarzystwa lekarzy galicyjskich od jego zawiązku, bo od roku 1868, widocznie niemało miru posiadał i w sferach lekarskich, kiedy go we wspomnianem Towarzystwie z zastępcy przewodniczącego powołano na prezesa, którą to godność w latach 1883 i 1874 piastował.

Czasy, w których śp. Hoszard wszedł na arenę publiczną, to czasy najzawziętszych walk władz autonomicznych z władzami rządowemi o zdobycie przewagi we władzy, a o usunięcie się od ponoszenia ciężarów. W owe czasy, w dziale spraw sanitarnych, odebrano, jak wspomniałem, z rąk Rządu zarząd szpitalami, utrzymywanymi kosztem kraju. W owe czasy niezmordowanie podnoszono na każdej sesyi sprawę kosztów za ochronne szczepienie ospy, którem Rząd kierował, a za które kraj płacił. W owe też czasy w r. 1873 odrzucono przedłożenie Rządu o organizacyi służby zdrowia w kraju, żądające uchwalenia ustawy, by każda gmina była obowiązaną utrzymywać lekarza gminnego, akuszerkę i szpitalik.

Zasadniczo władze autonomiczne nie musiały być przeciwnemi zorganizowaniu służby zdrowia, kiedy już w latach 1865 i 66, poseł Lipczyński stawiał wnioski o policyi zdrowia dla wsi i małych miasteczek, a Sejm brał je pod obrady i tylko ze względu na trudności, jakie w tym kierunku napotykał, wnioski te do czasów szczęśliwszych odkładał.

Nie dziw też, że uwzględniając te same trudności, trudności przedewszystkiem finansowe, śp. Hoszard, referując owe przedłożenie rządowe, spowodował uchwałę:

I. Przejście do porządku dziennego nad wnioskiem rządowym.

II. Zasadami do uwzględnienia przy ułożeniu innego projektu mają być:

a) okręgi zdrowotne winny obejmować około 15.000 mieszkańców;

b) w urządzeniu służby zdrowia mają być objęte i obszary dworskie;

c) skarb państwa powinien się przyczyniać do utrzymywania służby zdrowia w gminach.

Wszakże chociaż sprawa ta stała się dopiero po latach blisko dwudziestu ciałem, chociaż w r. 1890 uchwalono ustawę bez porównania oględniejszą i kierującą się poniekąd postawionemi wówczas przez Hoszarda zasadami, to jeszcze poprawione już nawet znacznie stosunki kraju nie pozwoliły jej należycie się rozwinąć, bo i sił lekarskich chętnych do obejmowania okręgówek braknie, i chętnym znowu przy dotychczasowem tych posad unormowaniu, wyżyć na nich trudno.

Drugim prądem, nurtującym w owe czasy, była chęć wytężenia wszystkich sił kraju w kierunku oświaty i prze-

[1]) Jakie znaczenie miała ta ustawa najlepiej to wyjaśni fakt, że choć ona zaledwie sześć lat obowiązywała, to jeszcze w dwadzieścia lat po jej zniesieniu w r. 1895 gminy spłacały Wydziałowi krajowemu długi zaciągnięte wobec niego z tego tytułu.

mysłu, a zaprowadzenie jaknajwiększych oszczędności w kierunku rzekomo tak nieprodukcyjnym, jak troska o zdrowie ludności. Pamiętnemi też dotąd namiętne walki, jakie w owe czasy staczał o to Hoszard ze znakomitym posłem, późniejszym marszałkiem krajowym, śp. Zyblikiewiczem. Ale nie dziw, że i Hoszard poszedł poniekąd za tym prądem i na stanowisku krajowego referenta sanitarnego w pierwszej linii starał się o zaprowadzenie oszczędności i ładu w mocno zaniedbanem gospodarstwie szpitali powszechnych. Nie dziw i nie szkoda, jeżeli wynikiem tych usiłowań było to, że gdy w r. 1888 leczono w samych prowincyonalnych szpitalach o 14.115 (25.140) chorych więcej niż w roku 1878 (11 025), wtedy gdy śp. Hoszard kierunek tych spraw obejmował, to koszt leczenia ubogich chorych wzrósł w tym czasie zaledwie o 9.330 złr. ponad 210.237 złr. wydanych w tymże celu w r. 1878, a równocześnie i śmiertelność w szpitalach się zmniejszyła i zaufania do nich nie mało u ludności przybyło.

Wolno też było komisyi lustracyjnej z r. 1883 — z czasu, gdzie źle pojęta humanitarność t. zw. opinii publicznej gwałtowne podniosła zarzuty przeciw marszałkowi Zyblikiewiczowi i referentowi sanitarnemu Hoszardowi, 'podówczas już ręka w rękę idącym, za przeprowadzenie zasady, że szpitale nie są i nie mogą być schroniskami dla kalek i nieuleczalnie a przewlekle chorych, że dla nich kosztem ofiarności publicznej odrębne powstać winny zakłady, — wolno było, powtarzam, tej komisyi gwałtowne owe zarzuty energicznie odeprzeć. Takie bowiem pojęcie szpitali jedynie odpowiada i celowi tych zakładów i znaczeniu ich w gospodarstwie krajowem, a takie ich postawienie ich reformatorom tylko zaszczyt przynosi.

Przysłowiową stała się oszczędność śp. Hoszarda, która sprawiła, że mimo tak niezmiernego rozwoju w dziale sanitarnym, jaki przedstawiają różnice tych stosunków w kraju naszym między rokiem 1878, w którym on kierownictwo departamentu sanitarnego obejmował, a rokiem 1895 — wydatki sanitarne podniosły się w tymże czasie zaledwie o 345.724 złr, (z 806.950 na 1,152 674 złr.). Przysłowiowa owa oszczędność, zapewniła Hoszardowi to zaufanie Sejmu, że gdy on jakiś wydatek za konieczny uznał, nikt jego zapewnieniu oponować nie śmiał. Nie zawsze jednak śp. Hoszard tak bardzo bywał oszczędnym. Za jego czasów przybyło krajowi wiele nowych szpitali, a o dawniejszych śmiało rzec można. że z gruzów się dźwignęły [2]). Nie można też powiedzieć, by szczędził zbytnio tam, gdzie szło o zapewnienie krajowi przybytku nowych, a należycie wykształconych lekarzy. Świadczą o tem kliniki lekarskie krakowskie, bo do podniesienia się ich kraj za czasów Hoszarda nie małymi przyczynił się wysiłkami. Za jego też działalności przeszła nazbyt może ze strony kraju liberalna i tylko usilnem pragnieniem przyspieszenia sprawy dająca się tłómaczyć ugoda z rządem o zaprowadzenie Wydziału lekarskiego na lwowskiej wszechnicy. Sprawa to dobrze dostała, bo już w 1873 r. wnioskiem posła Czerkawskiego w Sejmie podniesiona, a później aż do uprzykrzenia powtarzana.

Chętnie też powiększał ś. p. Hoszard, w miarę rzeczywistej potrzeby i możności kraju, liczbę funkcyonaryuszów szpitalnych i przeprowadzał w budżecie lepsze, o ile się to dało, ich wyposażenie, bo czuł i rozumiał dobrze, że tylko przy odpowiedniej liczbie i dostatecznem ich unormowaniu szpitale skutecznie dla dobra kraju pracować mogą.

Szkicuję zaledwie i nie zebrałem wszystkiego nawet w tym dziale, który sobie zakreśliłem, bo dat mi braknie, bo szukać mi ich trudno Ale czyż i tego niedosyć, by wypełnić życie, a zyskać uznanie i wdzięczność; by mieć prawo do pamięci u potomnych i stanąć w szeregu dobrze zasłużonych?

Zdala od rodzinnego zakątka, z którym go zawsze serdeczne nici wiązały, zdala od grobów swych ojców i swych dzieci, od grobów, o których z głębokiem uczuciem w jednej ze swych mów wspomina, — legł na cmentarzu lwowskim ten niewielki wzrostem człowiek, w którym moje oczy od dzieciństwa wielkiego męża widziały. *Sit Ei terra levis.*

Uhma.

[2]) Od r. 1878 przybyło krajowi nowych zupełnie szpitali cztery; jedenaście z istniejących poprzód z gruntu odbudowano; (pięć) wydatniej rozszerzono; w szesnastu postarano się o odrębne oddziały dla chorych na choroby zakaźne. Leży zaś przedemną jeszcze jedno sprawozdanie Wydziału krajowego imieniem ś. p. Hoszarda podpisane, a na tegoroczną sesyą sejmową przygotowane. które domaga się odnowienia z gruntu szpitali w Samborze i Nowym Sączu. rozszerzenie dwu innych, a wreszcie postarania się o odrębne oddziały dla chorych na choroby zakaźne w tej reszcie szpitali, w których dotąd takich oddziałów brakuje.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska w Krakowie.

Prezydyum Izby lekarskiej w Krakowie podaje niniejszem do wiadomości P. T. Kolegów, co następuje:

1) W myśl uchwały zebrania Izby z dnia 30 grudnia 1899 r. opłata na rzecz Izby w r. 1900 wynosi 4 złr., zaś dodatek na fundusz wsparcia podupadłych lekarzy lub wdów i sierót po nich 2 złr.; w łącznej kwocie 6 złr. (sześć złr).

2) Powyższą kwotę (6 złr.) należy uiścić do kasy Izby jednorazowo w ciągu I. kwartału 1900 roku.

Po upływie tego terminu lekarzom, którzy opłaty w tym czasie nie wniosą, zostaną przesłane zlecenia pocztowe (na 6 złr. z dodatkiem 30 cnt. za koszta pocztowe).

Od lekarzy, którzy zlecenia nie przyjmą, opłata zostanie ściągniętą w drodze egzekucyi za pośrednictwem c. k. władz administracyjnych.

3) Do uiszczenia opłat za rok 1900 nie będą wzywani lekarze, którzy w tymże roku dyplom doktorski otrzymają; lekarze promowani w roku 1898 i 1899 mogą być uwolnieni od opłaty tylko w razie, jeżeli w ciągu I. kwartału 1900 r. wniosą do Izby podania o uwolnienie od niej, wraz z wierzytelnymi dowodami, że są bezpłatnymi funcyonaryuszami przy zakładach naukowych, klinikach uniwersyteckich lub w szpitalach.

Lekarze starsi mogą być od opłaty uwolnieni w razie udowodnionego ubóstwa (nb. również po wniesieniu odnośnego podania).

Podania o uwolnienie, wniesione do Izby lekarskiej po I. kwartale 1900 roku, nie będą uwzględnione.

Dr. Józef Łazarski, Prezydent Izby lekarskiej.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 stycznia.

* *Otrzymujemy następujący komunikat*:

»Pięciowiekowy jubileusz Uniwersytetu Jagiellońskiego obchodzony będzie uroczyście w Krakowie w czerwcu b. r. Na tę chwilę przygotowuje się szereg darów honorowych, pamiątek, publikacyj i objawów czci dla prastarej Szkoły, która w dziejach nauki i kultury w Polsce niezmiernie doniosłą odegrała rolę i od średnich wieków do dnia dzisiejszego nieprzerwanem pasmem lat istnieje pełna żywotności. Dnia 6 b. m. odbyła się w Krakowie poufna narada zastępu b. uczniów Uniwersytetu Krakowskiego wszystkich Wydziałów, zaszczyconych stopniem jego doktorskim

W zebraniu udział wzięło także grono osób, umyślnie przybyłych ze Lwowa. Przewodniczył J. E. Hr. Kazimierz Badeni. Zapadła uchwała, żeby starać się o korporacyjny udział doktorów w uroczystości Jubileuszowej i wystąpić ze zbiorowym doktorskim darem honorowym.

W tym celu rozesłaną zostanie odezwa do wszystkich po kraju rozproszonych doktorów wszelkich wydziałów i zawodów. Rozesłanie

odezwy, zbieranie wkładek i przeprowadzenie wogóle uchwał zebrania złożono w ręce Komitetu wykonawczego, do którego wybrani zostali: PP. Dr. Doboszyński Adam, Dr. Kwaśnicki August, Dr. Kwiatkowski Stanisław, Dr. Morelowski Julian, Dr. Muczkowski Józef, Dr. Paszkowski Franciszek, Dr. Hr. Potocki Andrzej, ks. Dr. Świderski Franciszek, Dr. Tomkowicz Stanisław i Dr. Benis Artur.

* Komitet polski XIII międzynarodowego Kongresu lekarskiego zawiadamia, że lekarze polacy, stale mieszkający w Paryżu, pragnąc ułatwić zadanie głównemu polskiemu Komitetowi tego Kongresu, zawiązali w Paryżu miejscowy »Komitet informacyjny«, którego zadanie sama nazwa należycie określa.

Adres »Komitetu informacyjnego« jest następujący: *Dr. Boleslas Motz. Paris. Clinique du Prof. Guyon, Hôpital Necker.*

* D. 9 b. m. odbył się w auli *Collegii novi* obchód jubileuszowy 25-letniej działalności nauczycielskiej prof. Ed. Korczyńskiego. W uroczystości tej wzięli udział przedstawiciele obu uniwersytetów galicyjskich, obu Wydziałów i obu Towarzystw lekarskich, liczne stowarzyszenia i instytucye lekarskie, przedstawiciele władz krajowych, lekarze miejscowi i zamiejscowi, publiczność i młodzież uniwersytecka. Przemawiali: prof. Obrzut ze Lwowa imieniem b. uczniów, którzy złożyli jubilatowi w darze portret pędzla Krzesza; następnie rektor U. J. prof. Tarnowski — imieniem Uniwersytetu; dziekan Wydziału lekarskiego U. J. prof. Jakubowski — imieniem Wydziału lek. U. J.; prorektor Uniw. lwowskiego, prof. Kadyi — imieniem Wydziału lekar. Uniw. lwowskiego; prof. dr. A. Gluziński — imieniem b. asystentów i uczniów jubilata, przyczem wręczył mu w darze wspaniałe wydanie książki pamiątkowej, zawierającej kilkadziesiąt prac naukowych, pióra b. jego uczniów. Dr. Uhma przemawiał imieniem Towarz. lek. galicyjskich; prof. dr. Pieniążek — imieniem Towarz. lek. krak. Dr. Maleszewski odczytał adres grona lekarzy, należących do wydawnictwa tygodnika *Medycyna*; dr. Kwiatkowski przemawiał imieniem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekar. polskich; dr. Pisek — imieniem polikliniki lwowskiej; p. Karol Rząca odczytał adres wystósowany do jubilata przez przemysłowców i aptekarzy; dr. Kędzior przemawiał imieniem obecnych asystentów i współpracowników jubilata, przyczem wręczył mu jubileuszowy egzemplarz *Przeglądu lekarskiego*; wreszcie imieniem uczniów obecnych przemawiał p. Cetnarowski. Szereg przemówień zakończył jubilat dłuższą i pełną znaczenia mową.

Wieczorem odbył się w wielkiej sali Hotelu Saskiego bankiet wśród uroczystego nastroju i również jak rano licznych przemówień. Znaczny udział w uroczystości lekarzy lwowskich i z prowincyi dodawał obchodowi jubileuszowemu doniosłości i znaczenia.

* Towarzystwo lekarskie wileńskie, oraz Towarzystwo lekarskie lubelskie mianowały jubilata, prof. Ed. Korczyńskiego, swym członkiem honorowym.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem wybrano członkiem Towarzystwa dra J. Bednarskiego z Alwerni, poczem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę ze swej czynności w ciągu roku 1899.

* Prezesem Towarz. lekar. warszawskiego wybrany został dr. Stanisław Markiewicz, wiceprezesem dr. Henryk Nussbaum, sekretarzem dr. Łogucki.

* Towarzystwo lekarskie wileńskie wybrało na rok 1900 prezesem dra Wojnicza, wiceprezesem dra Zahorskiego, sekretarzami drów: Czarkowskiego i Świeżyńskiego.

* W artykule, poświęconym od Redakcyi jubileuszowi prof. Ed. Korczyńskiego, w ustępie o zastępcach kierownika kliniki lekarskiej po śmierci ś. p. prof. Gilewskiego, opuszczono nazwisko profesora Stanisława Pareńskiego, który wykładał od 15 czerwca 1871 do 1 kwietnia 1873 roku.

* W budżecie, uchwalonym w d. 27 z. m., wstawiono następujące pozycye: na ulepszenia w zakładach Wydziałów lekarskich w Galicyi dla Lwowa 110,000 koron, dla Krakowa 140,000 koron.

* *Wiener Abendpost* donosi, że nowe rozporządzenie, dotyczące egzaminów na Wydziałach lekar. w Austryi, zacznie obowiązywać dopiero tych kandydatów, którzy się wpiszą na medycynę w przyszłem półroczu zimowem.

* Drugi Kongres balneologów austryackich, który ma się odbyć w pierwszych dniach miesiąca kwietnia, zbierze się w Raguzie (31/III i 1/IV), a następnie w Ilidże (Bośnia) 5-go kwietnia.

* Prof. Schenk, autor książki »O dowolnem oznaczaniu płci« rozpoczął przymusowy i nieograniczony urlop, który jest wstępem do spensyonowania. Chociaż dzienniki uporczywie twierdzą, że przyczyną tego postanowienia ministra oświaty ma być wydanie wyżej przytoczonej książki, to jednak jest to stanowczo nieprawdopodobne, gdyż książka ta zawiera tylko rzeczy już znane, od dawna przez hodowców amerykańskich stósowane. Prawdopodobnie dopatrzono winy w czynności Schenka przed wydaniem książki, w okresie zwiastowanej tajemniczej teoryi.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Bulikowski Stanisław otrzymał tytuł Radcy cesarskiego. Prof. nadzwycz. otyatryi w Gradcu, dr. Habermann, mianowany został prof. zwyczajnym. Profesowie nadzwyczajni Uniw. warszawskiego: Kudrewecki i Muchin mianowani są prof. zwyczajnymi. Dr. Kolle, asystent w cesar. urzędzie zdrowia w Berlinie, otrzymał tytuł profesorski.

Nekrologia. Dr. Wacław Stępiński — zmarł w Warszawie. Sir John Paget znakomity patolog — zmarł w Londynie w 85 roku życia. Dr. J. Paetsch, profesor dentystyki, zmarł w Berlinie. Dr. Thorne-Thorne, jeden z najzasłużeńszych lekarzy około zdrowia publicznego w Anglii, zmarł w 58 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Postępie okulistycznym* (Grudzień): Dra Majewskiego K.: Opatrunek Wolffberga po operacyach ocznych (dok.). Prof. Wicherkiewicza B.: Przypadek zapalenia błoniastego u osoby dorosłej. (Spostrzeżenie kliniczne). W *Medycynie* Nr. 1: Sadowskiego: Prof. Ed. Sas-Korczyński (rys biograficzny). Kozickiego L.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej. W *Zdrowiu* Nr. 171: Dra Korybut-Daszkiewicza: Co zrobić w sprawie poprawienia pomocy akuszeryjnej na wsi? Prof. Skworcowa: Teorya dynamiczna i zastósowanie jej do życia i zdrowia (dok.). Dra Polaka J.: Szpitalnictwo warszawskie. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 1: Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (*Exophthalmos pulsans*). Dra Ciąglińskiego A.: Z patologii komórki nerwowej. Dra Mundsztuka Z.: Kilka słów w kwestyi przyczynowości drgawek porodowych. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 1: Wrzoska A.: O etyce zawodu lekarskiego. Dra Rzętkowskiego: Kilka słów w sprawie praktycznego kształcenia studentów medycyny. Dra Grodeckiego F.: Co mówią cyfry w sprawie bytu lekarzy? Strzemińskiego J.: Epidemia duru wysypkowego na Litwie w r. 1812—1813. Dr. Peszke: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem.

Administracya uprasza o spieszne nadsyłanie przedpłaty najlepiej wprost (Kraków, Podwale 9), która wynosi: w Austryi 8 złr. 80 ct., w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem 7 rubli, w Niemczech 14 marek, we Francyi 24 franki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 17 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Witkowskiego* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) Dr. Ksawery Gałęzowski, jako gość, wygłosi wykład, poczem 2) kol. prof. Browicz mówić będzie: O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych włoskowatych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 20 Stycznia 1900. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O znaczeniu promieni *X* dla rozpoznania chorób stawu biodrowego.

Podał

Dr. J. Goldfeld w Czerniowcach.

Medycyna praktyczna nieustannie usiłuje zużytkować epokowe odkrycie Röntgena do swoich celów i dziś już zastosowanie jego kliniczne sięga daleko poza granice, początkowo zakreślone.

Wielkie usługi oddały promienie *X* w rozpoznawaniu chorób stawu biodrowego; z ich bowiem pomocą wszelkie schorzenia tego stawu o wiele prościej, a pewniej i dokładniej dadzą się rozpoznać, aniżeli to możliwem było dotychczasowymi sposobami badania. Z pomocą tych promieni jesteśmy w możności nietylko zrobić ścisłe i pewne rozpoznanie, lecz także i co do wskazań leczniczych jak najdokładniej się poinformować. Jeśli uwzględnimy, jak trudnem jest częstokroć rozpoznanie rodzaju cierpienia stawu biodrowego, zwłaszcza u osób otyłych, lub przy równoczesnym obrzęku w okolicy chorego biodra, wynaczynieniu, albo przy znacznej boleśności, wtenczas kiedy z pomocą promieni *X* rozpoznanie cierpienia stawu biodrowego da się zrobić z pominięciem boleśnego badania, a może dotąd tak często niezbędnego uśpienia, to każdy przyznać musi, iż w promieniach Röntgena zdobyliśmy nader cenny środek rozpoznawczy w chorobach tego stawu.

Przystąpmy teraz do szczegółowego omówienia wyników, dotyczących rozpoznania, rokowania i terapii — otrzymywanych przez zastósowanie promieni R. *a)* przy zwichnięciach (wrodzonych i nabytych), *b)* złamaniach, *c)* sprawach zapalnych, umiejscowionych w stawie biodrowym.

Dotychczasowe poglądy nasze na przyczyny, rodzaj i następstwa wrodzonych zwichnięć w stawie biodrowym opierały się na bardzo nielicznych wynikach sekcyjnych; dziś możemy promieniami R. z łatwością dokonać niejako sekcyi in vivo, — możemy się oryentować w każdej chwili o przebiegu cierpienia, kontrolować skuteczność stósowanych zabiegów leczniczych, bo cały staw staje się oczom naszym widocznym.



Rys. I.

Jaka jest przyczyna wrodzonych zwichnięć w stawie biodrowym? W sprawie tej istniał dotąd cały szereg przypuszczeń. Tak Pravaz utrzymuje, iż przyczyną wrodzonych zwichnięć w stawie biodr., jest wysięk zapalny do stawu w czasie życia płodowege. Dupuytren twierdzi,że zwichnięcia wrodzone w stawie biodrowym zawdzięczają swój początek nadmiernej fleksyi i addukcyi uda płodu, zależnych od ucisku na niego ścian macicy, z powodu zbyt małej ilości wód płodowych. Dollinger upatruje przyczynę powstania w mowie będących zwichnięć w zbyt małej pojemności panewki i jest zdania, że główka kości udowej, nie mając dostatecznego miejsca w ciasnej panewce, wysuwa się z niej na zewnątrz.

Rzut oka na zdjęcie fotograficzne, dokonane ze zwichnięcia stawu biodrowego, poucza, że przyczyny zwichnięcia szukać należy nie zewnątrz, lecz w samych kościach w skład stawu wchodzących, bo już w najwcześniejszych okresach daje się spostrzedz widoczny ubytek panewki, główki i szyjki kości udowej; — a więc wady rozwojowe samychże kości, w skład stawu biodrowego wchodzących, są przyczyną jego zwichnięcia.

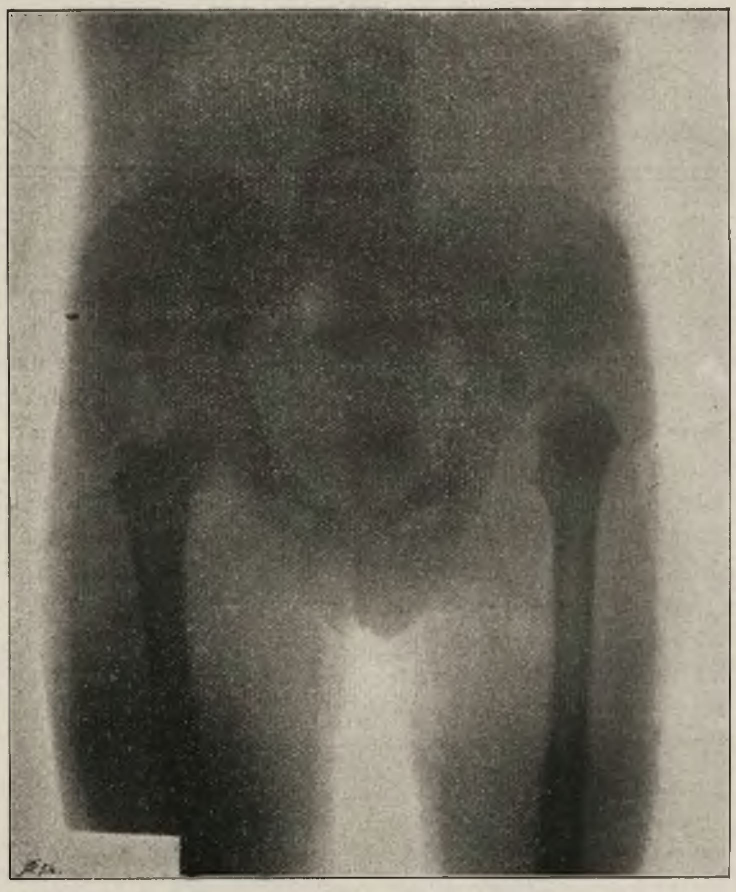
Rozpoznanie obustronnego zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym jest zazwyczaj możliwem i łatwem już na podstawie klinicznych objawów i charakterystycznego chodu; ale u dzieci, które jeszcze chodzić nie umieją, rozpoznanie w sposób powyższy bywa bardzo trudne i wielką tu pomoc mogą okazać promienie Röntgena. Rys I. przedstawia obustronne, wrodzone zwichnięcie w stawie biodr. u trzyletniej dziewczynki, o czem niżej dokładnie mowa będzie.

Jednostronne zwichnięcie wrodzone, (zazwyczaj idzie o *luxatio iliaca*), da się rozpoznać na mocy wymacania główki kości udowej na kości biodrowej, zwłaszcza przy ruchach rotacyjnych, dalej na podstawie niezwykłego wysklepienia górnej okolicy pośladkowej, wreszcie na mocy umiejscowienia krętarza ponad linią Roser — Nélatona. Jednakże każdy lekarz praktykujący wie dobrze, ile mu trudności takie rozpoznanie nieraz sprawiało, nawet przy pomocy uśpienia

chloroformowego! W przypadkach podobnych promienie R. są nieocenionym czynnikiem rozpoznawczym, który nam szybko i pewnie odtwarza stan chorego stawu; na pytanie, czy mamy przed sobą wrodzone zwichnięcie, czy nie, daje nam odpowiedź czarno na białem.

I nie tylko (jak w *Rys. II.*) oryentujemy się o istnieniu jednostronnego zwichnięcia, lecz także i z całą dokładnością rozpoznać możemy stosunki anatomiczne panewki i główki kości udowej. Na *Rys. II.* widzimy całkowity brak panewki, w miejscu bowiem, w któremby powinno się znajdować zagłębienie dla główki kości udowej, stwierdzamy linię prostą; oprócz tego na rysunku tym zarysowuje się nierozwinięta, szczątkowa główka kości udowej.

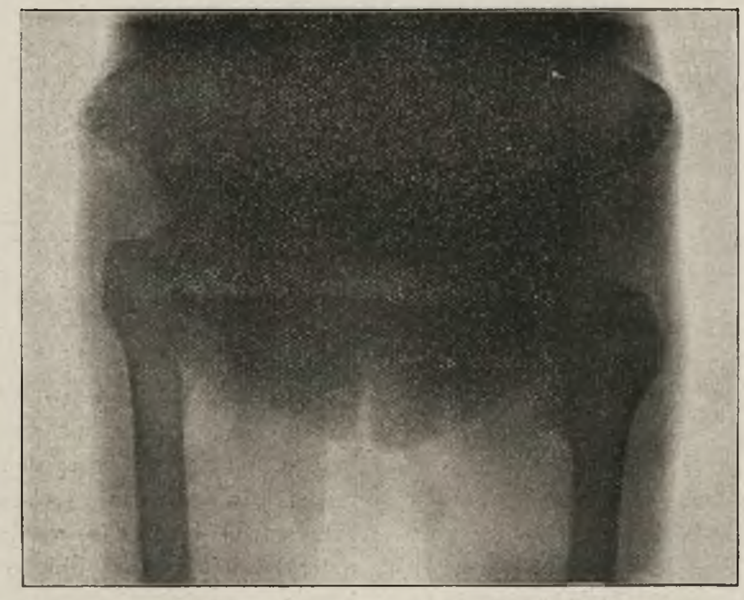
Rys. I. przedstawia zwichnięcie obu główek kości udowej ku talerzom biodrowym *(Luxatio iliaca).* Obie główki kości udowej wraz z ich jeszcze nierozwiniętemi nasadami są widoczne, ale nie rozwinięte prawidłowo, również panewka okazuje pewne zboczenia chorobowe, albowiem zagłębienie jej jest znacznie płytsze, aniżeli w warunkach prawidłowych.



Rys. II.

Z obu tych rysunków wynikają też ważne wskazówki prognostyczne; jeżeli panewka jest jako tako utrzymana, to da się łatwo wykonać odprowadzenie główki; odprowadzona główka da się odpowiednim opatrunkiem ustalić.

Jeśli raz dokonano repozycyi, o czem można się z łatwością przekonać za pomocą fotografii R., pozostaje jeszcze dla ordynującego lekarza bardzo ważne zadanie do spełnienia, a mianowicie, sprawdzanie, czy w ciągu 4—6 miesięcy pod ustalającym opatrunkiem nie przyszło do ponownego zwichnięcia. Kontrola ta da się przeprowadzić w każdej chwili zapomocą promieni *X* bez molestowania chorego i bez naruszania opatrunków: w ten sposób sprawdzamy każdy nasz zabieg leczniczy w jego skutkach bezpośrednio.



Rys. III.

Co się tyczy z w i c h n i ę ć u r a z o w y c h, to każdy praktykujący lekarz wie aż nazbyt dobrze, jak trudnem jest w niektórych przypadkach dokładne i pewne rozpoznanie, jak nawet najdoświadczeńszy mylić się może. I w tych przypadkach świadczą nam zdjęcia fotograficzne wielkie usługi, i to w ciągu 1—2 minut (tyle trwa ekspozycya miednicy z pomocą przyrządu Dr. Wehnelta). Z takiego zdjęcia fotograficznego widoczne jest nietylko rozpoznanie zwichnięcia, lecz nadto i jego rodzaj, a tem samem i wskazanie lecznicze.

Z ł a m a n i a górnej części kości udowej, o ile są złamaniami wolnemi, cechują się zwróceniem stopy na zewnątrz i skróceniem kończyny i po tem też je łatwo rozpoznać. Natomiast złamania wklinowane, przy których nie tylko brak wyżej wspomnianych objawów, lecz także i tarcia kostnego i nieprawidłowej ruchomości nogi, są o wiele trudniejsze do rozpoznania. W tych przypadkach występuje wartość rozpoznawcza fotograficznych zdjęć röntgenowskich w całej pełni, bo stawia nam przed oczyma zmiany chorobowe szyjki i główki kości udowej, chroni nas przed zbytecznymi, — lub, co gorsza, przed szkodliwymi — rękoczynami. *Rys. III.* przedstawia złamanie uda w okolicy krętarza małego; na granicy pomiędzy trzonem, a szyjką kości udowej leży na stronie wewnętrznej odłamek kostny, zwężający się ku dołowi wraz z odłamanym krętarzem małym, Ubytek kości udowej dotyczy prawie całej jej grubości, gdyż tylko na stronie zewnętrznej pozostała wązka listewka nienaruszonej kości. Zarówno i tutaj promienie R. dają nam ponadto możność kontrolowania naszych zabiegów leczniczych.

Nie mniej dodatnie są nasze wyniki zastósowania promieni R. w s p r a w a c h z a p a l n y c h stawu biodrowego. Röntgenogram daje nam cenne wskazówki co do rozmiaru i umiejscowienia ognisk chorobowych.

Coxitis tuberculosa daje bardzo cechujący obraz nawet w początkowych okresach, w których zaledwie kilka mało

znamiennych objawów usprawiedliwia nasze rozpoznanie. *Rys. IV.* przedstawia gruźlicze zapalenie stawu biodrowego w późniejszym okresie; podczas gdy po stronie zdrowej staw na granicy pomiędzy panewką, a główką kości udowej, zwłaszcza w części górnej, przedstawia się jako jaśniejsza półkolista linia, po stronie chorej widzimy tę linię całkiem zamazaną. Nasada główki kości udowej jest po stronie zdrowej dobrze utrzymana, podczas gdy po stronie chorej wcale jej nie widać. Panewka chorego stawu jest wyżłobiona, ku wewnątrz przesunięta, szyjka kości udowej oraz oba krętarze zcieńczałe, przeświecające, a cała miednica nachylona ku stronie chorej.

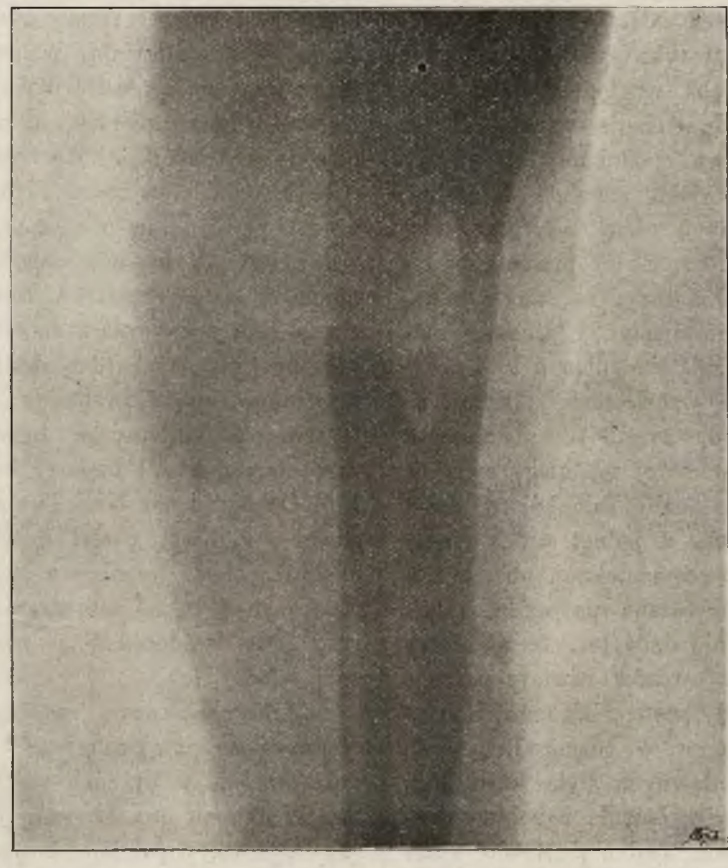
Bardzo jasne obrazy otrzymujemy przy martwicy *(necrosis)*, powstałej na tle *osteomyelitis*, które nas pouczają nietylko o miejscu i wielkości odsłoju (sequester), lecz także o postępie odrodzenia się zniszczonej kości. Jak dokładnie odtworzyć można ropnie w kościach, niech w braku innego obrazu za przykład posłuży ropień kości goleniowej (*Rys. V)*, ostro ograniczony, na fotografii wyraźnie widzialny.

Prof. König (Berlin) przedstawił pierwszy na Röntgenogramach ogniska chorobowe główki i szyjki kości udowej, krętarzy i panewki.

Jeżeli w przebiegu *coxitis tuberc.* przyjdzie do wytworzenia się przetok, to dość często nie jesteśmy w możności oznaczyć ich przebiegu, ani też ich bocznych zakrętów; badanie zgłębnikiem, pomijając już boleśność tego zabiegu, nie zawsze prowadzi nas do celu, zwłaszcza, jeżeli mamy do czynienia z licznemi i krętemi przetokami.



Rys. IV.



Rys. V.

W przypadkach tego rodzaju zasługuje na uwzględnienie następujące, niejednokrotnie ze skutkiem stosowane postępowanie: do jednej z większych przetok wstrzykujemy znaczniejszą ilość mięszanki jodoformu z gliceryną. Płyn ten wnika do wszystkich komunikujących ze sobą przetok. Jeśli teraz z takiego miejsca zrobimy zdjęcie fotograficzne promieniami Röntgena, spostrzeżemy na kliszy dokładne odbicie przetok w całym ich przebiegu tak, jakbyśmy przetoki wypełnili jakimś metalem.

Epokowe odkrycie Röntgena tem większego nabiera znaczenia, jeśli uwzględnimy, że przyrząd R., funkcyonujący z pomocą akumulatora, o każdym czasie i wszędzie może być przeniesionym, a zdjęcie fotograficzne nawet z ciężko chorego dokonanem być może.

Starałem się w tej pracy obrazowo przedstawić usługi, jakie nam oddać mogą promienie R. w dziedzinie chorób stawu biodrowego; ułatwiają one nam w wysokim stopniu rozpoznanie tych chorób. W przypadkach *arthritis urica, arthritis deformans*, nowotworów stawu biodrowego, jakkolwiek wartość rozpoznawcza promieni R. nie dorównuje zwyczajnym, dotąd używanym, klinicznym sposobom badania, za pomocą których choroby te z wielką dokładnością rozpoznać możemy, to jednak i w tych przypadkach dodatkowe badanie promieniami R. nie jest bezwartościowe, gdyż oglądając miejsce schorzałe, z ich pomocą wykluczyć możemy inne sprawy chorobowe.

II. **Z zakładu sądowo-lek. c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.**

Kilka uwag o samobójstwie, z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892—1898 (włącznie).

Podał
Adolf Eugeniusz Klęsk
kandydat medycyny.

Odebranie sobie życia ma pewien groźny urok tajemniczości, zaostrza naszą ciekawość, nieraz wzbudza podziw, a jak wszystkie rzeczy niezwykłe, wyradza w duszy naszej chęć docieczenia przyczyny, której nieznajomość powoduje właśnie zainteresowanie. Holbach zwraca na to uwagę i powiada: „Ludzie wiecznie przenoszą to, co jest cudownem, „nad to, co jest prostem; to, czego nie rozumieją, nad to, co „pozornie zrozumieć mogą, ceniąc to, o czem sądzić nie mogą. „Wszyscy potrzebują uroku tajemniczości dla pobudzenia „swej wyobraźni, dla zajęcia umysłu, dla zaspokojenia ciekawości, która najbardziej zaostrza się wtedy, gdy ma do

„czynienia z zagadkami, których rozwiązanie jest niemożliwe“. Dlatego też skłonni jesteśmy do mistycyzmu, dlatego zajmują nas bardzo wszystkie ekscentryczne zdarzenia, sensacyjne rozprawy sądowe, morderstwa tajemnicze, a w końcu i samobójstwa, o których właśnie mówić zamierzamy.

Samobójstwa odbywają się, podobnie jak i inne ludzkie czyny, według stałych norm i prawideł, po za które nigdy nie wychodzą. Opierając się na tem, starano się skreślić ogólną charakterystykę samobójstw i samobójców, a nie brak też obecnie mniejszych i większych, poważnych i ulotnych rozpraw o samobójstwie. Na przyczyny samobójstwa różni badacze zapatrują się różnie. Esquirol uważa samobójstwo za chorobę umysłową; Quetelet i Wagner — za konieczne zjawisko społeczne; Morselli — za wynik walki o byt. Nie można odmówić słuszności tym teoryom, ale tylko co do poszczególnych przypadków; nie każde bowiem samobójstwo jest wynikiem choroby umysłowej lub walki o byt. Słuszniej tedy przyjąć, że wszystkie wymienione czynniki działają zwykle razem, a tylko raz ten, drugi raz ów bierze nad innymi przewagę.

Celem objęcia całokształtu, posługujemy się tu, podobnie jak i gdzieindziej, statystyką, która, jakkolwiek na pierwszy rzut oka sucha i nudna, mimo to wiele ciekawych i szczególnych faktów posiada, z których dopiero wyrobić możemy sobie jasny pogląd na rzecz całą.

Cóż więc wykazała nam statystyka samobójstw? Wykazała nam ona najpierw, że liczba względna samobójstw jest stałą, że natomiast bezwzględna ciągle wzrasta. Ztąd wynikałoby zatem, że samobójstwa, podobnie jak porody i skony, uważać musimy za zjawisko zupełnie naturalne, które od dwóch wyżej wymienionych różni się tylko tem, że gdy porody i skony jako wyniki ciągłej przemiany życiowej materyi zależą wprost od natury, to samobójstwa, jako objaw i wytwór sztucznej kombinacyi, t. j. społeczeństwa, od niego znów zależą i ulegają zmianom o tyle, o ile i ono się zmienia. Dlatego też po przewrotach politycznych zmienia się zaraz i liczba względna samobójstw; natomiast w warunkach prawidłowych najmniejszej nie ulega zmianie.

Jak mówiliśmy, bezwzględne liczby samobójstw ciągle rosną. Przyczyną tego wzrostu jest z jednej strony ciągły przyrost ludności, a z drugiej i to poważniejszej, obecne stosunki. Postęp i oświata, o ile pożyteczne dla ogółu, o tyle nieraz zgubne są dla jednostek; nie dziw też, że niektórzy zaliczają dlatego samobójstwa do owoców oświaty naszego wieku pary i elektryczności. Każdy postęp, jak mówi Spencer, jest to przejście jednorodnego w różnorodne, czyli ogółu w szczegóły. W czasach dawnych była kastowość. Obejmowała ona kilka klas zaledwie; łączyła w sobie wszelkie zajęcia, dążności i cele ludności. Jeden piastował kilka godności, objętych ogólnym tytułem stanu; tak kapłan był sędzią, lekarzem, nauczycielem i t. d. Obecnie inaczej. Postęp na każdym kroku, zwiększona ludność, pozorna równość, rozdrabnianie się w szczegółach, wymagają większej liczby fachowców. Co dzień otwierają się coraz to nowe pola, lecz co razem z tem w parze idzie, co dzień nowe potrzeby i większe wymagania. Wynalazki sprawiły to, że co dawniej zadawalniało bogacza, dzisiaj i na prostaku nie czyni wrażenia, a co dawniej było ideałem, dziś nie budzi zajęcia lub podziwu. Większe wymagania podrażniają coraz więcej układ nerwowy, zobojętniają go dla wrażeń mniej natężonych, wyradzają żądze nowych, szczególnych. Dążenie to objawia się w sztuce, literaturze, w życiu codziennem i dziwić się należy, jak mówi Krafft-Ebing, że dotąd nie wprowadzono u nas jeszcze walki byków.

Pozornie łatwe wydobycie się na wierzch pobudza wielu niepowołanych do walki na arenie społecznej, gdyż obecnie nie żąda się legitymacyi kastowej, nikt o przodków nie pyta. Herby należą do miłych wspomnień i bardzo pięknie ozdabiają muzea. *Homo novus* to wyraz u nas nie znany, gdyż obok siebie stoją magnaci i prostacy, jeden drugiego nie zna, lecz i jeden drugiemu nie ufa. Ta łatwa możność osiągnięcia tytułu i stanowiska wyradza spółubieganie się, zazdrość, nienawiść. Wszyscy pną się po drabinie karyery, lecz iluż dochodzi do szczytu?

Ciągły stan napięcia nerwów osłabia siły, wyniszcza ustrój. Rodzą się osobniki słabe, obciążone nerwowo, podobnie jak rośliny w cieplarni za bardzo i nad wiek wybujałe [1]), nie zdolne niestety do rozwoju wśród wichrów życia i posuchy uczucia. Sił do walki nie mają, a wymagania wielkie, nieraz niewykonalne. Pierwsze niepowodzenie łamie ich i zniechęca do życia, z którem łączyła ich tylko chęć znaczenia, uznania lub sławy. Gdy jednak ona ich zawiedzie, cóż im pozostaje?

Moralność upada. Kto się zapomniał, brnie dalej aż się ocknie — zapóźno! Wtedy to nieraz wstyd i hańba jedną mu drogę tylko zostawiają. Wyrobnik pracuje ciężko, a mimo to praca jego nie może iść w porównanie z wydatnością fabryk. Zarobek coraz mniejszy, a wydatki coraz większe. — Oto powody zwiększającej się liczby samobójstw.

Samobójstwo ma bardzo dawny początek. Pismo święte wspomina w kilku miejscach o samobójcach, n. p. o królu Saulu itd. W Rzymie samobójstwo było dość częste, szczególnie w epoce cesarstwa. Seneka i Kato odebrali sobie życie, a Lukrecya wolała śmierć, jak życie w hańbie. Ludy północy były też bardzo skłonne do samobójstwa, jak o tem wspomina Tacyt i Swetoniusz. W Chinach wzmianki o samobójstwie znajdujemy w bardzo dawnych czasach. I tak w rozdziale XLVI historyi księstw epoki Chou czytamy, że król Ch'eng, jenerałowi Tou-po, powracającemu z nieszczęśliwej wyprawy, posłał miecz, którym Tou-po życie sobie odebrał. Miało to miejsce około r. 627 przed Chrystusem. Konfucyusz, będąc ministrem, kazał ściąć pewnego dygnitarza, „gdy występki jego nie są godne, by zginął z własnej ręki“.

Obecnie skazują czasem w Chinach przestępców politycznych wysokiej rangi na karę śmierci przez samobójstwo, które wogóle w Chinach wedle Matignona [2]) jest bardzo częste. W Japonii częstem znów jest u samurajów, czyli szlachty, samobójstwo, popełnione zwykle w sposób zwany „hari-kari“,

---

[1]) Eminghaus (Die psych. Störungen d. Kindesalters) przytacza kilka jaskrawych przykładów takiego zawszesnego dojrzewania. Wspomina n. p. o 13-letnim chłopcu, który odebrał sobie życie, pozostawiwszy list, zaczynający się od słów: »Je lègue mon âme à Rousseau et mon corps à la terre«.

14-letnia dziewczynka odebrała sobie znów życie dlatego, że nie mogła się »porozumieć z matką«, która tylko lubiła kuchnię i garnki, a nie miała pojęcia o tem, co ducha uszlachetnia.

11-letnia zaś dziewczynka odebrała sobie życie tylko dlatego, że ją traktowano zawsze »jak dziecko«.

[2]) Matignon. *Arch. d'anthropol crimin.* 1897 str. 365.

a polegający na rozpłataniu brucha. Co do Indyi, to samobójstw spotykamy tu bardzo wiele, głównie z fanatyzmu religijnego. O samobójstwach w Europie w wiekach średnich wiemy z dziejów nie wiele, to tylko pewne, że czasy reformacyi znacznie ich liczbę powiększyły. Obecnie samobójstwa rosną stale i to w jednych krajach mniej w drugich więcej. Największy wzrost samobójstw przedstawia stale Francya. Liczba samobójstw pojedynczych państw, obliczona na milion mieszkańców, przedstawia się następująco [3]):

	Rok 1846	Rok 1888
Włochy	25	52
Rosya	—	80
Anglia	—	81
Belgia	60	115
Szwecya	67	118
Austrya	—	157
Prusy	99	179
Szwajcarya	—	207
Francya	97	219

Widzimy zatem, że w przeciągu 42 lat samobójstwa we wszystkich krajach się podwoiły. Co do Galicyi i Bukowiny, to na milion mieszkańców wypada u nas około 100 samobójców.

Rasa, klimat, pory roku i t. d. wywierają nie mały wpływ na samobójstwa. Co do pierwszej, to wiemy, że ludy północy (z wyjątkiem Słowian) są o wiele skłonniejsze do samobójstwa, niż ludy południa. Najwięcej samobójców wykazuje rasa germańska. Na milion mieszkańców wypada samobójców: Niemców 112, Francuzów 105, Słowian 47.

Zależność samobójstw od pory roku objawia się w przeważającem pojawianiu się ich w porze letniej. W Krakowie na sezon letni (1892—1899) wypada około 60, na zimowy 40 samobójstw. Co do poszczególnych miesięcy, to przewagę mają maj, czerwiec, lipiec i grudzień.

Styczeń	9	Maj	15	Wrzesień	11
Luty	10	Czerwiec	15	Październik	8
Marzec	10	Lipiec	14	Listopad	12
Kwiecień	7	Sierpień	12	Grudzień	18

Z poszczególnych dni tygodnia, według Guerrego, wypada najwięcej samobójstw na poniedziałek, czwartek i niedzielę.

W Krakowie wypada na:

poniedziałek	24
wtorek	31
środę	25
czwartek	38 (4 święta)
piątek	17
niedzielę	32

Co do niedzieli i świąt, to zupełnie zgodnie z Morsellim dało się wykazać, że dnie te są wybierane głównie przez kobiety do odbierania sobie życia, albowiem przeszło $^1/_3$ ogólnej liczby samobójstw u kobiet przypada na dnie świąteczne. Spostrzeżenie to da się jasno wytłómaczyć. Samobójstwa kobiece wydarzają się głównie w klasie robotniczej. W dnie powszednie praca niedozwala myśleć nad swym losem, natomiast święto usposabia do rozmyślań i zastanawiań się.

Wiek samobójców waha się między 25—35 lat u mężczyzn, a 15—25 u kobiet, lecz samobójstwa u dzieci i starców nie należą do rzadkości. Podajemy niżej zestawienie dokładne samobójców krakowskich według wieku:

Wiek	Męż.	Kobiet	Razem
15—25	24	29	53
25—34	28	15	43
35—45	16	1	17
45—55	6	3	9
55—65	6	—	6
65—75	2	1	3
75—85	1	—	1

Najstarszy samobójca liczył 76 lat i odebrał sobie życie postrzałem w skroń. Z kobiet najstarsza liczyła 67 lat, odebrała sobie życie przez utopienie. Mężczyzn odbiera sobie życie 3 razy więcej, niż kobiet. Na 209 samobójstw w Krakowie było 153 u mężczyzn, a 56 u kobiet. Nic w tem nie ma dziwnego, bo mężczyzni wystawieni są w walce o byt na plan pierwszy. Przekonać się o tem możemy znów ze statystyki powodów samobójstw. U mężczyzn pierwsze miejsce zajmuje walka o byt, potem idą cierpienia fizyczne, choroby umysłowe, dalej poczucie honoru, zazdrość, nieszczęśliwa miłość, obawa przed karą, w końcu niezgoda domowa i przesyt życia. U kobiet porządek ten jest nieco zmieniony. Najpierw idą choroby umysłowe i cierpienia fizyczne, potem nieszczęśliwa miłość i obawa przed hańbą, następnie niezgoda domowa, zazdrość, przesyt życia, a w końcu nędza i walka o byt. U starców spotykamy powody podobne, głównie cierpienia fizyczne, u dzieci zaś urażoną ambicyę, nieszczęśliwą miłość, naśladownictwo i przedwczesne dojrzewanie. Nie rzadko także prosty żart i nie obliczanie skutków czynu jest powodem samobójstwa u dzieci.

Bertillon twierdzi, że małżeństwo jest lekarstwem na samobójstwo. Obecnie jednak, gdy statystyka wykazuje około 70% małżeństw mniej szczęśliwych, zdanie to nie da się utrzymać. Na 114 samobójców krakowskich pozbawiło się życia:

wolnych	80
w stanie małżeńskim	30
„ wdowim	4

Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że do wolnych zaliczamy wojskowych, którym się żenić nie wolno (mamy tu na myśli naturalnie asenterowanych) i dalej, że wogóle najwięcej samobójstw przypada na ten czas, kiedy się jeszcze związków małżeńskich nie zawiera, to stosunek ten nie będzie 2:1, lecz mniej więcej równy, a może i odwrotny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[3]) Daty z roku 1846 według Morsellego, z roku 1888 według Roefischa.

III. Wyciągi.

Kirchgaesser. **O przewlekłem zesztywniającem zapaleniu kręgosłupa.** (*Münch. med. Wochs.* 1899. Nr. 41, 42). K. spostrzegał 4 przypadki od niedawna dopiero dokładniej, zwłaszcza przez Strümpella i Mariego (spondylose rhizome-

lique) zbadanej choroby [1]). K. uważa cierpienie to za część jednostki nozologicznej, objętej nazwą „przewlekłego, zesztywniającego zapalenia stawów“, sądzi jednak, że w obrębie tego pojęcia wyodrębnić należy, jako dość charakterystyczną gromadę, przypadki z zajęciem kręgosłupa. Sprawa chorobowa stawów międzykręgowych odznacza się bowiem wielką skłonnością do przenoszenia się na resztę kręgosłupa, wytwarzania połączeń kostnych pomiędzy trzonami kręgów, wzdłuż więzadeł itd., przez co bardzo szybko wytwarza się znamienny objaw, to jest bezwzględna sztywność kręgosłupa. Przy tem zawsze powstają wygięcia kręgosłupa ku przodowi, tyłowi i bokom, oraz skręcenia koło osi pionowej. W początkach choroby nie ma żadnego typowego rodzaju zniekształtnienia kręgosłupa; później zawsze wytwarza się (podobnie, jak w zesztywnieniu innych stawów — przykurczenie w zgięciu — *Beugecontractur*), wygięcie górnej części kręgosłupa ku tyłowi, przyczem może czasem, ale nie zawsze, powstać także *lordosis* części lędźwiowej. Najczęstszem powikłaniem zesztywnienia kręgosłupa bywa zesztywnienie stawów biodrowych tejsamej przyrody; rzadziej zajęte są stawy żebrowe i barkowe, czasami kolanowe. Według usadowienia towarzyszących zesztywnieniu kręgosłupa zmian w stawach, rozróżniano kilka odrębnych postaci choroby (n. p. postać Strümpella, — Bechterewa itp); zdaje się jednak, że postaci tych nie rozdziela żadna istotna różnica. Chód chorych wskutek sztywności kręgosłupa i stawów biodrowych bywa bardzo zmieniony; w typowych przypadkach jest kaczkowaty. Bóle zdarzają się, ale nie występują na czoło choroby; czasami spotykano parestezye; znaczniejsze zaburzenia czucia są bardzo rzadkie. W etyologii zdają się odgrywać rolę pewne wpływy usposabiające, wrodzone lub nabyte; oznaczonej przyczyny wywołującej dotąd wykryć nie zdołano, może być zresztą, że bywa ona w rozmaitych przypadkach różną.

Doc. Ciechanowski.

Hirschfeld Hans Dr. **Pędzlowanie wyskokiem z formaliną w potach suchotników.** (*Fortschritte der Medicin* 1899. No. 38). Rozczyn wodny formaliny nie chwyta się skóry, dlatego należy stósować rozczyn wyskokowy. Autor radzi używać rozczynu 20%, to znaczy, ponieważ kupna formalina Scheringowska jest 40%-owa, więc trzeba ją zmięszać w równych częściach z wyskokiem bezwzględnym. Do zwilżenia skóry używać należy bardzo miękiego pędzla, aby naskórka nie zedrzeć. Autor nie pędzluje naraz całych powłok, ale częściowo; i tak jednego dnia pędzluje grzbiet i ramiona, na drugi dzień nogi, na trzeci piersi i brzuch. Tych okolic ciała, które się nie pocą, nie radzi zwilżać. Przeczosy, drobne ranki powinno się omijać starannie, bo jeżeli formalina tam się dostanie, to sprawia mocne pieczenie. Taksamo trzeba uważać, aby formalina nie dostała się na części rodne lub do rzyci. Te miejsca na skórze, gdzie przedtem leżał przylepiec, gorczycznik, lub które były jodynowane, również bolą, pieką, więc je trzeba omijać.

Po każdem zapędzlowaniu może się pojawić i zazwyczaj zawsze występuje lekkie pieczenie skóry. Na raz zużywa się 5—10 ctm.³. wyskoku z formaliną.

Autor w żadnym z tych przypadków, w których stósował pędzlowania formaliną, nie spostrzegał objawów zatrucia. Pieczenie w nosie i w oczach ustępuje niebawem bez następstw. Należy pędzlować szybko i kryć chorego spiesznie.

Niektóre osoby nie znoszą zapachu formaliny, tym można dać do wąchania w czasie pędzlowania trąbkę papierową z watą, pokropioną terpentyną.

Pocenie ustępuje zaraz po zapędzlowaniu całego ciała, tj. po trzech kolejnych zapędzlowaniach różnych okolic ciała. Tylko bardzo rzadko trzeba powtórzyć pędzlowanie. Skutek trwa najkrócej 5 dni. Jeżeli potem ponowi się pocenie, należy na nowo zapędzlować. Najczęściej chorzy nie pocą się po zapędzlowaniu przez 8 dni do 2 tygodni, a nawet czasami dłużej, bo kilku chorych nie potniało przez 3 tygodnie, a jeden nawet przez 4 tygodnie. Tylko raz zauważył autor łuszczenie się naskórka, zazwyczaj nie było żadnych zmian na skórze.

Wogóle miał autor 30 przypadków, w których używał formaliny. Były to co do uporczywości pocenia przypadki ciężkie i średnio-ciężkie. W wielu z nich już poprzednio zawiodły wszystkie znane środki przeciwpotne. Niekiedy poty ustały na ciele, ale w zamian za to pociła się silnie głowa.

Główne znaczenie pędzlowań formaliną w potach polega na tem, że nie trzeba się uciekać do wewnętrznego leczenia ustroju i tak już nieraz przesyconego lekami.

Dr. St. Eliasz Radzikowski.

G. Muskat. **Złamania kości śródstopia i ich znaczenie dla nauki o statyce stopy.** (*Samml. klin. Vortr. Volkm.* Nr. 258). Do nielicznych korzyści, jakie chirurgia odnosi z promieni Röntgena, zaliczyć należy pewne i dokładne poznanie t. z. guza stopy (*Fussgeschwulst*), choroby, spotykanej wyłącznie u żołnierzy piechurów. Wiemy dziś napewno, że cierpienie to zależy od złamania kości śródstopia i to w tym kierunku, że

84	razy złamana była kość śródstopia	II	= 54·5%
57	„ „ „ „ „	III	= 36·8%
4	„ „ „ „ „	IV	= 2·5%
1	„ „ „ „ „	V	= 0·6%
4	„ „ „ „ „	II i III	= 2·5%
5	„ „ „ „ „	III i IV	= 3·1%

Wszystkie te przypadki były u żołnierzy, a tylko dwa razy notowano „guz stopy“ u ludzi cywilnych. Pochodzi to prawdopodobnie ztąd, że żołnierz, maszerując, stawia stopę na ziemi najpierw przednim końcem, a potem dopiero stopą, a nie odwrotnie, jak to jest rzeczą przyrodzoną. Następnie wchodzi w rachubę obciążenie żołnierza. Żołnierz w pełnym rynsztunku waży przeciętnie około 95 klg. Z tego przypada na piętę $^2/_3$ ciężaru = 63·5 klg., a na przednie punkty podporu stopy $^1/_3$ ciężaru = 31·5 klg. A ponieważ przednie punkty podporu stanowią główki II i III kości śródstopia, przeto jedna znieść musi obciążenie = 15·7 klg. Wbrew bowiem dawniejszym i obecnym zapatrywaniom, autor, skłaniając się do nauki Beelyego i Meyera, przyjmuje, że stopa ludzka opiera się o podstawę 3 punktami, mianowicie: piętą, główką II kości śródstopia i główką III kości śródstopia. Za takiem pojmowanem statyki przemawiają nietylko liczne doświadczenia i obliczenia dwóch wyżej wspomnianych autorów, B. i M., lecz także właśnie „guz stopy“; zależy on bowiem, jak to powyższe zestawienie wykazuje, od złamań II lub III kości śródstopia, wyjątkowo tylko innych. Zatem, dawna nauka, wedle której punktami podporu dla stopy mają być pięta i główki kości śródstopia I i V (względnie guzowatość kości śródstopia V) nie wytrzymuje krytyki teoretycznej i nie znajduje poparcia w życiu, t. j. w patologii złamań kości śródstopia. *Herman.*

Dr. M. Cohn (Berlin). **O zakażeniu ogólnem pneumokokami.** (*Münch. med. Wochen.* 1899. Nr. 47). Kobietę 35-cioletnią, która podaje, że przed 3 miesiącami poroniła, przyjęto do kliniki z powodu bólów dołem brzucha i obfitego krwawienia z części rodnych; nadto badanie wykazało szmer skurczowy nad aortą. Po 2 dniach wystąpiły bezwiedne oddawanie moczu i kału, śpiączka i sztywność w karku. Wykonano z tej przyczyny w celach rozpoznawczych nakłócie lędźwiowe (*punctio lumbalis*) i w otrzymanym płynie znaleziono dwoinki Fränkla. Rozpoznanie brzmiało: zapalenie błon mózgowych posocznicze i prawdopodobnie takież zapalenie wsierdzia. W 5 dniu po przyjęciu do kliniki chora zmarła. Sekcya wykazała *meningitis purul.*, *endocarditis ulcer.*, *nephritis parench.*, *endometritis ulcer.* z zatrzymaną częścią łożyska, nadto dwa zawały żółtawe w śledzionie. Drobnowid wykazał w zawałach, śródsierdziu i w ropie z macicy dwoinki Fränkla. Autor więc przyjmuje, że *diploc. pneumoniae*

[1]) W polskiem piśmiennictwie ogłosił niedawno Bregman (*Medycyna* 1899. Nr. 26) krótką monografię (z przytoczeniem własnego spostrzeżenia), w której znaleźć można bliższe szczegóły o zesztywnieniu kręgosłupa. *(Przyp. spraw.)*.

w tym przypadku, dostawszy się w obieg krwi przez chorobowo zmienioną błonę śluzową macicy, wywołał powyższe następstwa — a że ten drobnoustrój może sprowadzić zakażenie ogólne, wykazał już Belfanti. *Dr. H. Písek.*

Dr. W. Staeltzner i Dr. W. Lissauer. **Leczenie krzywicy substancyą gruczołu tarczykowego.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde,* 1899. H. 4, 13 L.). Opierając się na świetnych wynikach leczenia krzywicy zapomocą tabletek tyreoidynowych *B. W.* i *Co.*, opisanych przez Mettenheimera w *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, T. XLVI, stosowali autorowie w dziecięcej poliklinice berlińskiej w 10 przypadkach krzywicy te tabletki (wyrobu *B. W.* i *Co.*) w dawkach, poniżej roku po dwie, a powyżej roku po trzy dziennie, w myśl ordynacyi Mettenheimera. Wyniki doświadczeń okazały się wprost przeciwne, — gdyż ani zanik kości czaszkowych *(craniotabes)* nie ustępował, — ani nie można było zauważyć szybkiego zmniejszania się ciemiączek; krzywicze zmiany kośćca nietylko, że się nie zmniejszały, lecz można twierdzić, że nawet postępowały, a na objawy nerwowe, jak np. na kurcz głośni, lecznicza ta metoda żadnego wpływu nie miała. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. K. Oppenheimer. **O pasteuryzowaniu mleka, mającego służyć do karmienia osesków.** *(Münch. med. Wochenschrift.* 1899. Nr. 43). Polomin wykazał, że ogrzanie mleka do 80° C. i wyżej sprawia, iż mleko ulega głębszym zmianom natury chemicznej, a okoliczność ta pobudziła autora do przeprowadzenia prób, dążących do otrzymania mleka o stosunkowo długiej wytrzymałości z pominięciem wysokiej ciepłoty. Badania w tym kierunku wykazały, iż mleko ogrzewane do 70° przez ½ godziny, a następnie oziębione, utrzymuje się bez rozkładu najkrócej przez dwa dni. Co do sprawy zniszczenia prątków chorobotwórczych, opiera się autor na doświadczeniach Bitlera i De Mana, które wykazały, iż prątek gruźliczy obumiera przez ogrzewanie półgodzinne w ciepłocie 68—69°; próbki mleka, pasteuryzowane w powyższy sposób, poddał autor badaniu na prątki gruźlicze i przekonał się, iż mleko, ogrzewane do 70°, prątków nie zawiera. Autor zrobił przyrząd, służący do pasteuryzowania mleka w domu, który się składa z naczynia blaszanego na wodę o ścianach podwójnych, wypełnionych azbestem i pokrywy, opatrzonej otworem, przez który przechodzi ciepłomierz, mogący się zanurzyć aż do wody, zawartej w naczyniu. Naczynie to przedstawia niejako łaźnię wodną. Do naczynia wstawia się na podstawce flaszki z mlekiem (8). Czynności pasteuryzowania mleka w powyższym przyrządzie przeprowadza się w sposób następujący: po wstawieniu flaszek do naczynia o podwójnych ścianach, nalewa się wody zimnej tyle, aby powierzchnia jej zrównała się z powierzchnią mleka w flaszkach, przykrywa wiekiem, zważając na to, aby ciepłomierz był w wodzie zanurzony, i ogrzewa ten przyrząd tak, aby ciepłota nie wynosiła 70° C. Gdy to nastąpi, odstawia się przyrząd od ognia. Po upływie pół godziny wyjmuje się flaszki z mlekiem, ziębi je dokładnie i przechowuje nad lodem, a w braku takowego, w zimnej wodzie studziennej, często zmienianej. Mlekiem, przygotowanem w ten sposób i w tym przyrządzie, odchował autor dziesięcioro osesków, z których 9 odżywiało się wyśmienicie i bez zaburzeń, dziesiąte zmarło z powodu choroby mózgowej; 32 dzieci żywił autor mlekiem, pasteuryzowanem fabrycznie, przyczem wyniki, otrzymywane w zimie, były dobre, w lecie jednak pojawiały się u niektórych dzieci zaburzenia w przewodzie pokarmowym, bądź lekkie, bądź też cięższe. Pomimo to autor nie jest skłonny przypisać winę tych zaburzeń pasteuryzowaniu mleka, gdyż miał sposobność przekonać się, iż w lecie podobne zaburzenia miały miejsce przy żywieniu dzieci mlekiem wyjałowionem, a winę przypisuje niedokładnemu wykonaniu metod, (czy to niedokładnemu pasteuryzowaniu, czy też wyjaławianiu), przeprowadzonych fabrycznie. Autor zaleca bardzo pasteuryzowanie mleka w miejsce dotychczasowego wyjaławiania, gdyż mleko pasteuryzowane chemicznie nie jest zmienione, a w każdym razie o wiele mniej, aniżeli wyjałowione, przez co jest strawniejsze i smaczniejsze, a długość czasu, przez który się da przechować, jest wystarczającą. *Dr. J. L.*

Dr. Heiman. (Warszawa). **O chorobie Ménièrea.** (*Gazeta lekarska,* 1999). Autor podaje opis 9 przypadków, spostrzeganych przez siebie w ciągu ostatnich 8 miesięcy, z których jednak tylko 2 tyczą się prawdziwej choroby Ménièrea, podczas gdy reszta przedstawia zbiór objawów Ménièrea na tle innych chorób. Czysta i prawdziwa choroba Ménièrea jest rzadką; spotyka się ją częściej u mężczyzn, niż u kobiet; autor spostrzegał ją 6 razy przez cały czas swojej dotychczasowej praktyki. W 2 przytoczonych przypadkach tej choroby zmęczenie i zaziębienie były jedyną przyczyną. Po krótkiem streszczeniu historyi tu należącego piśmiennictwa kreśli H. obraz kliniczny i przebieg choroby. Tylko wtedy, gdy napad (zawrót głowy, szum w uszach, nudności, wymioty, utrata przytomności, utrata słuchu) występuje nagle u człowieka z dobrym słuchem i zdrowym narządem słuchowym i nie trwa dłużej nad kilka dni lub kilka tygodni, przy możności wykluczenia choroby w jamie czaszkowej i jednoczesnego stwierdzenia cierpienia błędnika, można chorobę tę uważać za prawdziwą, udarową postać choroby Ménièrea. Gdy natomiast objawy te występują przy innem cierpieniu usznem, wśród chorobowych zaburzeń w jamie czaszkowej i trwają dłuższy czas, tam będziemy mieli przed sobą tylko objawy Ménièrea. Gdzie ucho jest zdrowe, szumu w uszach niema, tam nie może być mowy, ani o chorobie, ani o objawach Ménièrea. Gdy nie jesteśmy pewni, czy objawy wyżej wymienione nie są t. zw. rzekomo Ménièrowskie, t. j., że nie pochodzą wogóle od ucha, lecz zależą od jakiegoś niedomagania ogólnego, jak histerya lub cierpienie żołądka i t. d., wtedy dochodzimy często do rozpoznania właściwego przez próby lecznicze; na podstawie zasady: *ex juvantibus et nocentibus.*

Opierając się na własnem doświadczeniu, potwierdza autor pomyślne wyniki lecznicze z podawania jodu i chininy w późniejszym okresie choroby, a zwłaszcza przy objawach Ménièrea. Przekonał się on, że małe dawki chininy (0,15, kilka razy dziennie) działają również dobrze, jak wielkie, nie wywołując tych nieprzyjemnych następstw, które sprowadzają dawki wielkie. Jod i chinina, o ile je chorzy znoszą, stósuje H. przez 4—6 tygodni i otrzymuje zawsze wynik pomyślny. Nierzadko spostrzegał też ustąpienie szumu w uszach i zawrotów głowy po zastósowaniu energicznych pryszczydeł na wyrostek sutkowy. Natomiast unikać należy najkategoryczniej wpędzania powietrza wszędzie tam, gdzie objawy są pochodzenia błędnikowego. Elektryczność w jakiejbądź postaci nie przynosi żadnej korzyści. *Spira.*

J. Luxenburg. **O morfologicznych zmianach w komórkach przednich rogów rdzenia podczas stanu czynnego.** (*Neurol. Centrbl.* Nr. 14. 1899). Po krótkiem zestawieniu piśmiennictwa przytacza autor wynik własnych doświadczeń i wnioski, do których doszedł na ich podstawie. Autor przecinał młodym psom i królikom rdzeń w części lędźwiowej poprzecznie i podłużnie.

Pierwsze cięcie miało na celu usunięcie wpływów ośrodków wyżej położonych. Następnie, po odsłonięciu nerwu udowego, drażnił go prądem przerywanym (prądu używał tak silnego, jaki wystarczał do wywołania wybitnych skurczów odpowiednich mięśni) przez jedną godzinę, robiąc co 5 minut 5-minutowe przerwy. Badanie komórek rogów przednich, odpowiadających n. udowemu, wykazało zmiany dwojakiego rodzaju.

Jedne z nich w postaci zmian pierwoszczy komórek, a gdzieniegdzie zmniejszenia się jąderka komórki, występowały w rogach przednich obydwu połów rdzenia i były następstwem operacyi wstępnej, drugie tylko w części odpowiadającej nerwowi udowemu. Te drugie polegają na rozpadzie chromatyny *(Chromatinsubstanz)*, który postępuje od obwodu komórki i jej wypustek ku jądru. Jąderka zdają się być powiększone. Wogóle pierwoszcza komórkowa ulega

wybitniejszym zmianom, aniżeli jądro. Na podstawie tego wyniku badań przychodzi autor do wniosku, że chromatyna jest zapasem energii potencyalnej komórek rogów przednich. Czynności komórek ruchowych towarzyszą zmiany morfologiczne, wyrażające się rozpadem chromatyny. W czasie czynności komórka nie zmienia swej wielkości, jąderka nieco się tylko powiększają, jądro zachowuje swe prawidłowe położenie, wypustki pierwoszczy biorą udział w czynności. Stan znużenia komórki prowadzi do znacznych zmian w istocie barwiącej się i bezbarwnej (*chromatische und achromatische Substanz*). Zmiany, które wykazał autor, zgadzają się w przeważnej części ze spostrzeżeniami Picka, który wprowadzał komórki w stan czynny, drażniąc odpowiednie ośrodki kory mózgowej. *M. Świtalski.*

Otto Leichtenstern (Kolonia). **O zakrzepach żylnych w przebiegu blednicy.** (*Münch. med. Wochenschrift* No. 48. 1899). Jako czynniki usposabiające do wytworzenia się zakrzepów w żyłach i zatokach mózgowych w przebiegu „niepowikłanej" blednicy, podaje autor ciążę, otyłość, nadto obfite krwawienia miesięczne i żołądkowe—ostatnie dwa, tylko jako objawy, które się rozwinęły na tle już istniejącej blednicy. W przeciwieństwie do zakrzepów, powstających w przebiegu chorób zakaźnych w żyle udowej, zakrzepy na tle bledniczem usadawiają się z upodobaniem w żyłach podudzia i w zatokach mózgowych. I tak na 86 przypadków zakrzepów na tle bledniczem, znalazł autor 48 w żyłach kończyn dolnych, a w szczególności podudzia, która to okoliczność ma doniosłe znaczenie praktyczne. Przyjmując bowiem zakrzep, tkwiący w węższej i głębiej leżącej żyle podudzia, to tem częściej napotkać można brak jednego ważnego objawu rozpoznawczego tego cierpienia, a mianowicie obrzęku. Z tego wynika, że mając tylko na uwadze istniejącą przy takim zakrzepie bolesność, można go mylnie przyjąć jako rwę lub myalgię i zalecić mięsienie—zabieg, mogący się stać w swych skutkach wprost fatalnym (zator w płucach, śmierć nagła), a to tem bardziej, ponieważ zakrzepy, na tle blednicy powstałe, bardzo są skłonne do oderwania się. Ponieważ zaś autor znalazł między tymi wymienionymi 86 przypadkami, także 29 razy zakrzepy w zatokach mózgowych, dlatego wnosi, że blednica stoi na pierwszem miejscu w szeregu chorób, pociągających takie za sobą następstwa. Wreszcie, jako ogólne przyczyny zakrzepów żylnych w przebiegu blednicy, podaje L. upośledzoną czynność serca, zmiany w ścianach naczyń i zmiany w samej krwi.

Dr. Henryk Pisek.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Heroina ciągle jeszcze wywołuje sprzeczne sądy. Prof. Santesson stwierdził zapomocą doświadczeń na zwierzętach, że środek ten nietylko w dużych (0·02), ale nawet już w małych dawkach (0·001—0·002 na 1200—1500 grm. żywej wagi) nie tylko nie pogłębia, jak utrzymywano, oddechów, lecz przeciwnie oddechy stają się pod wpływem heroiny płytsze, a przytem znacznie powolniejsze. Santesson nie chce z tego wnosić o wartości heroiny w leczeniu chorych, nie przemilcza jednak, że nie wszyscy badacze są pod tym względem jej zwolennikami.—Przeciwnie Klink ogłasza przypadek, w którym 58-letniej chorej podawano bez szkody dla zdrowia przez 1½ miesiąca codziennie 3 razy po 0·005, a wśród tego przez 5 dni nawet po 0·05 heroiny; w drugim przypadku u 19-let. dziewczyny podano również bez szkody przez 5 dni z rzędu 3 razy dziennie po 0·05 tego środka. Spostrzeżenia te stoją w uderzającej sprzeczności z licznymi przypadkami, w których nawet 0·005 *pro dosi* wywoływało rozmaite przypadłości. Mimo to nie odważyłby się K. uważać heroiny za środek dla ustroju obojętny, jednakże zaznacza, że szkodliwą bywa ona nie zawsze, a w każdym razie nie wiele jest niebezpieczniejszą od morfiny. (*Münch. med. Wochs.* 1899. 42). *C.*

Sode ulepszył metodę Traubego wyjaławiania wody zapomocą chlorku wapna w sposób następujący: na litr wody, przeznaczonej do wyjałowienia, dodaje się naprzód miazgi, powstałej przez rozrobienie 0·15 grm. kupnego chlorku wapna z jaknajmniejszą ilością wody, następnie dolewa się niewielką ilość HCl., zastosowaną do ciężaru gatunkowego i ciepłoty oczyszczanej wody. Wyjałowienie i oczyszczenie wody ukończone jest po upływie pół godziny, poczem dodaje się jeszcze 0·3 grm. siarczynu sodowego na litr wody. Sposób ten da się użyć nawet przy wielkich ilościach wody n. p. w pływalniach i kąpielach. (*Hyg. Rundschau*, 1899. 17). *C.*

Welander starał się w ostatnich czasach usunąć to zapatrywanie, że rtęć dostaje się przy wcieraniach do ustroju przez skórę, udowadniając, że największa jej część wchłania się drogami oddechowemi. Schuster przemawia na ostatnim zjeździe w Monachium przeciwko temu twierdzeniu, przeprowadzając bowiem doświadczenia na samym sobie przyszedł do przekonania, że rtęć wchłania się przy wcieraniu głównie przez skórę, a wdychanie jej czyni tylko dostanie się do ustroju doskonalszem; tym sposobem odrzuca on wszystkie zabiegi, mające zastąpić wcieranie, które podał Welander. (*W. m. Preos.* 1899. 41). *F. K.*

W róży zapisuje Gallois do pędzlowania: *Rp. Gelose* (żelatyna z agaru) *1,0 Sublimati corros., Ac. tartar. aa 0,1 Aqu dest. 100,0.* (*Riforma med.* 1899. Maj). *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 grudnia 1899 r.

Przewodniczący kol. A. Gluziński, członków obecnych 41.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol przewodniczący oddał hołd zasługom ś. p. dra Franciszka Hoszarda i w serdecznych słowach uczcił pamięć zacnego kolegi, ś. p. dra Edmunda Schmidta.

Obecni przez powstanie oddali cześć ich pamięci.

3. Kol. Feuerstein wygłosił rzecz »O skrzyżowanym objawie kulszowym«.

U wielu osób, cierpiących na rwę kulszową (*Ischias*), można wywołać ból w przebiegu chorego nerwu (najczęściej w okolicy większego otworu kulszowego) przez zabiegi, powodujące tak zw. bezkrwawe naciąganie nerwu zdrowej kończyny [*a*) zginanie uda w stawie biodrowym przy wyprostowanem podudziu; *b*) ten sam ruch, połączony ze zgięciem stopy ku grzbietowi]. Objaw ten nazywa prelegent »skrzyżowanym objawem kulszowym«. Powstawanie bólu pod wpływem podobnego naciągania chorego nerwu jest zdawna znanem zjawiskiem. [Niemcy opisują je pod nazwą *Ischiasphaenomen*, Francuzi — *signe de Lasègue*; w naszem piśmiennictwie użył Dr Eljasz-Radzikowski miana »objaw naciągania«; prelegent sądzi, że nazwa »objaw kulszowy« (prosty albo równostronny) byłaby może właściwszą]. Natomiast na skrzyżowany objaw nie zwracano dotychczas baczniejszej uwagi, choć, jak wynika z ustnych relacyj, samo zjawisko nie było obcem bardziej doświadczonym lekarzom. Literackiego opracowania poruszonego wyżej przedmiotu prelegent nigdzie nie znalazł, jeden tylko Dr. Eljasz-Radzikowski poświęca w kilku historyach chorób pobieżną wzmiankę skrzyżowanym objawom bólowym (*Przegląd lekarski*, 1898). Prelegent sam zapoznał się ze skrzyżowanym objawem bólowym znacznie wcześniej (w r. 1896) i miał w tym czasie sposobność przedstawiania odpowiednich chorych wielu lwowskim i warszawskim kolegom.

Skrzyżowany objaw występuje często. Badano w tym kierunku z górą 50 przypadków; wyników dodatnich było m. w. 80%. Materyał kliniczny składał się przeważnie z ciężkich, przewlekłych przypadków; być może, że tej właśnie okoliczności przypisać należy tak wysoki odsetek. Zresztą prelegent nie może przypisywać większego znaczenia liczbowym wynikom; te mogłyby mieć dopiero wówczas wartość, gdyby je oparto na bardzo dużym i bardzo różnorodnym materyale.

Po omówieniu techniki badania i ostrożności, jakie podczas badania zachowywać należy, prelegent zastanawia się nad przyczynami, wywołującemi skrzyżowane objawy bólowe. Liczne doświadczenia, wykonane na trupach jeszcze przed kilkunastu laty (Gussenbauer, Braun, Hegar), stwierdziły, że naciąganie nerwu kulszowego (zarówno bezpośrednie, t. j. krwawe, jako też i tak zw. bezkrwawe) przenosi się na korzenie splotu kulszowego, a za ich pośrednictwem także na worek opony twardej, skutkiem czego ten ostatni obsuwa się w dół; przeo-

czono tylko, że obok podłużnego przesuwania się, worek oponowy przemieszcza się także (pod wpływem naciągania n kulszowego) w poprzek, przyczem ściana worka wpukla się nieco po stronie trakcyi w odpowiednie otwory międzykręgowe, przeciwległa zaś — przesuwa się od obwodu ku światłu kanału kręgowego, pociągając za sobą korzenie splotu krzyżowego. Korzenie te prześlizgują się w kanałach międzykręgowych nieco ku górze, t. j ku światłu kanału kręgowego. Na odpowiednio sporządzonym preparacie można z łatwością stwierdzić podobne przesuwanie się przeciwległych korzeni. Poza zwojami międzykręgowymi (ku obwodowi) ustaje wszelki okiem dostrzegalny ruch, nie ulega jednak wątpliwości, że przesuwanie się korzeni w górę musi wywoływać w splocie i nerwie kulszowym pewne, choćby bardzo nieznaczne, przemieszczenie cząstek, zwłaszcza, jeżeli przez energiczne i nagłe pociąganie jednego nerwu wywieramy rodzaj szarpania na korzenie przeciwległego splotu.

Stosunki te pozwalają z dużem prawdopodobieństwem przypuszczać, że mechanizm skrzyżowanego objawu kulszowego polega właśnie na tem, iż naprężenie (naciągnięcie) zdrowego nerwu przenosi się w poprzek worka oponowego na nerw chorej kończyny. Inne przypuszczenia, jakieby tu powstać mogły [mianowicie: *a*) spowodowane zabiegiem Lasègua zmiany w ustawieniu miednicy, *b*) wpływ naciągania zdrowego nerwu na ośrodki rdzeniowe] nie wytrzymują krytyki. Po omówieniu pewnych szczegółów klinicznych (natężenie, umiejscowienie objawów bólowych, okres choroby, w którym skrzyżowany objaw występuje i znika), prelegent zaznacza, że skrzyżowany objaw kulszowy może mieć pewne znaczenie dyagnostyczne, zwłaszcza zaś oddawać może usługi w tych razach, gdy rozpoznanie waha się pomiędzy rwą kulszową, a stawobólem (*Arthralgia)* histerycznym lub też, gdy się podejrzywa udawanie (symulacyę).

Poruszone przez prelegenta pytania będą ogłoszone w obszerniejszem opracowaniu.

4. Dr. Kuczera demonstruje kilka preparatów anatomicznych, pochodzących z przypadku z kliniki Prof. Gluzińskiego. Młody, 20-letni mężczyzna, przyjęty do kliniki, umiera w ciągu kilku godzin. Sekcya zgodnie z rozpoznaniem klinicznem wykazuje: *Endocarditis ulcerosa chronica* na zastawkach aorty, niezwykle wielki obrzęk śledziony z zawałami (infarktami) ropnymi, pęknięcie torebki śledzionowej koło wnęki i wylew krwi do jamy brzusznej. Zdawało się, że przyczyną pęknięcia torebki jest nadżarcie jej przez ropień przerzutowy paciorkowcowy (streptokokowy). Gdy jednak przy sekcyi znaleziono, jako uboczną rzecz, tętniak tętnicy krezkowej górnej i badano dokładniej wnękę śledziony, pokazało się, że i w niej powiększenie spowodowanem jest głównie przez tętniak tętnicy śledzionowej, wypełniony skrzepami krwi, i że wylew krwi do jamy brzusznej pochodzi z tego samego tętniaka po nadżarciu torebki śledzionowej. Ze względu na umiejscowienie obu tętniaków (na mniejszych tętnicach), dalej wobec istniejącej *endocarditis ulcerosa chronica* i z powodu braku czynników etyologicznych (*atheroma, lues, trauma*) najodpowiedniejszem jest tłómaczyć je jako *aneurysma parasitarium mycoticum*, mianowicie w ten sposób, iż tak samo jak i na zastawkach półksiężycowych aorty, udało się mikrobom (streptok.) osiedlić się w błonie wewnętrznej tętn. śledzionowej i krezkowej i doprowadzić do zmian zapalnych w niej i w dalszych warstwach, które wskutek tego nie wytrzymały ciśnienia krwi.

Przy sposobności demonstruje kol. K. kilka innych rozszerzeń tętnic (*aneurysma serpentinum art. lienalis*) i tętniaków rzeczywistych, zwłaszcza z gromady *aneurysma parasitarium* na prz. *aneurysma tuberculosum* i *aneurysma embolicum mycoticum*.

W dyskusyi kol. A. Gluziński czyni uwagę, że chorego obserwował bardzo krótko, był on bowiem tylko przez 5 godzin na klinice. Rozpoznano *endocarditis ulcerosa*, stwierdzono bardzo znaczny obrzęk śledziony, podejrzywano, że w śledzionie wytworzył się ropień przerzutowy. Co do tętniaków, podnosi mowca, że anatomo patologowie nie chcą się zgodzić na zdanie klinicystów, iż tętniaki pasorzytnicze mogą się wytworzyć drogą zapalną, mianowicie, że mogą iść drogą *vasa vasorum*. Na poparcie zaś swego twierdzenia przytacza przypadek z praktyki, w którym powstanie tętniaka przypisać trzeba było przebytej sprawie zapalnej tętnicy.

Kol. Kuczera odpowiada, że tętniak pasorzytniczy powstać może w ten sposób, iż drobnoustroje lokalizują się albo na błonach wewnętrznych tętnic (*intima*), albo mięsnej, a tu drogą *vasa vasorum*. Anatomo-patologowie przyznają, że wszystkie te sposoby są możliwe.

Kol. Opolski na poparcie zdania kol. Gluzińskiego przytacza przez siebie obserwowany przypadek, gdzie tętniak powstał wskutek sprawy zapalnej tętnicy w przebiegu ostrego zatrucia alkoholem.

5. Kol. Sołowij mówił: »O ciąży i porodzie powikłanym guzami«. Wspomniawszy o różnych rodzajach guzów i o trudnościach rozpoznawczych niektórych przypadków, omówił przypadek powikłania porodu torbielem jajnika i ciąży powikłanej mięśniowłókniakami macicy. W pierwszym z nich poród ukończył drogą naturalną i wykonał laparotomię w siedm dni po porodzie; w drugim zaś wykonał laparotomię i amputacyę macicy ciężarnej z powodu uwięźnięcia mięśniowłókniaków w miednicy małej. — Przebieg był w obu przypadkach pomyślny. — Jakkolwiek dają się ustalić niektóre zasady co do postępowania z guzami podczas ciąży i porodu, to jednak wymaga prawie każdy przypadek odrębnego postępowania.

W dyskusyi kol. Mars podnosi, że w sprawie, poruszonej odczytem kol. Sołowija panuje nadzwyczajna rozmaitość obrazu, która zależy od tego, zkąd guzy wychodzą, jakiej są natury, w jakim stosunku do porodu. Wskutek tego każdy przypadek stanowi osobne studyum, każdy trzeba indywidualizować. Wynikiem tego jest, że ścisłych prawideł postępowania postawić nie można, a tylko pewne zasady ogólne.

Dr. Papée, sekretarz.

VI. Korespondencye.

Lwów, styczeń, 1900.

Wybieramy, a raczej naznaczamy posła na Sejm krajowy, jako przedstawiciela stanu lekarskiego, jako strażnika spraw zdrowotnych. Rzecz wielkiego znaczenia dla nas samych, rzecz niemałego bodaj znaczenia i dla całego naszego ustroju społecznego. Wszakże natychmiast ozwały się głosy, zresztą słuszne, zkąd inąd również, bo n. p. w kołach techników za naszym przykładem podniesiono to samo zapatrywanie, że gdy Sejm krajowy tyle i tak rozlicznych spraw, wchodzących w zakres tego zawodu, musi rozpatrywać, właściwemby było, żeby zasiadał w nim przedstawiciel tegoż zawodu, nie przez kogo, ale przez zawodowców samych, którzy kolegę swego najlepiej znają i najlepiej go ocenić umieją, za najodpowiedniejszego uznany. Ściśle wziąwszy nie byłoby to, co prawda, zapoczątkowaniem tego ruchu, boć mamy już przedstawicieli Izb handlowych, nie mniej jednak byłoby krokiem na tej drodze bardzo doniosłym.

Lekarzy lwowskich pchnęła w tym kierunku fala przypadku. Przed rokiem, mniej więcej, kiedy ś. p. Hoszard, czując się długoletnią pracą i lat pracowitych brzemieniem znużonym, zapragnął od kierownictwa departamentu sanitarnego się usunąć, a kiedy nie było w Sejmie lekarza, któryby ster tej ciężkiej nawy ująć zechciał i któremuby równocześnie wszystkie stronnictwa sejmowe ów ster powierzyć się zgodziły, — otóż przed rokiem rzucił ktoś myśl, by w razie, gdyby się w ciągu roku któryś z mandatów opróżnił, mandat taki lekarzowi z góry na to stanowisko przeznaczonemu powierzyć. Sprawa ta zaś, wobec śmierci ś. p. Smolki, postawiona na porządek dzienny dla Lwowa, przez śmierć ś. p. Hoszarda stała się piekąca i spowodowała Izbę do podniesienia rzuconej zkąd inąd myśli. Niestety w tymże samym dniu, na który Izba wiec lekarski zwołała, dopełnił Sejm składu Wydziału krajowego wyborem posła nielekarza. Wyraziwszy nasz żal z tego powodu, a wspominając o tem, zaznaczyć muszę i pragnę, że nie chcieliśmy bynajmniej występować przeciw wyborowi posła Dąmbskiego, tem bardziej, że ile nam było wiadomem, nie on wcale, ale p. Mieczysław Onyszkiewicz, weteran, bo jeszcze w 1877 r. zastępca członka Dra Hoszarda do Wydziału krajowego wybrany, a od r. 1892 jako członek tamże pracujący i z niezawodowców najlepiej może z tym działem obeznany, miał nad nim objąć kierunek. Otóż wyraziwszy żal nasz z tego powodu, nie uznaliśmy sprawy za bezprzedmiotową, ale postanowiliśmy dołożyć wszelkich starań, by Sejm miał w swem łonie na każde zawołanie człowieka, któryby stan lekarski godnie i z pożytkiem zastępując, miał wszelkie warunki do objęcia w razie nadarzonej sposobności steru nad zdrowotnością kraju.

Jako lekarz mam żyłkę do rokowania i, o ile znam stosunki, sądzę, że może ono być w tej sprawie pomyślnem. Jest bowiem przecież na świecie jakieś pewne widmo sprawiedliwości, przed którem mimowolnie, a chętnie uchylamy czoła. To widmo otula swą oponą niewątpliwie nasze obecne usiłowania. Inne stany widzą i rozumieją to dobrze, że my w naszym pochodzie nie kroczymy drogą samolubstwa, że nie pragniemy dla naszej korzyści uszczuplić niczyich przywilejów, uznają też życzliwie słuszność naszych żądań A bylebyśmy tylko nigdy nie zeszli z takiej drogi prawdy i słuszności na manowce t. zw. utylitaryzmu, bylebyśmy nigdy nie popierali n. p. kogoś, ot ktokolwiek by on był, dlatego tylko, że to lekarz, a ma widoki wyboru; to niewątpliwie zawsze, w chwili gdy przyjdziemy do naszych współobywateli, wskażemy im słuszną potrzebę wybrania na jakiś posterunek człowieka z naszego zawodu i wskażemy im, że z pośród nas tego a tego za najodpowiedniejszego uważamy, — znajdziemy u nich i posłuch i poparcie, a taką i tak właśnie prowadzoną jest sprawa obecna.

Dzisiaj odbyć się mają wybory w naszej Sekcyi. Okoliczność ta przypomniała znowu kwestyę stosunku lekarzy członków wszechnicy do lekarzy z uniwersytetem nie związanych. Przypomniano bowiem i poprzód już tu wygłaszaną, a jakoby w Krakowie przyjętą zasadę*), by obradom Sekcyi przewodniczyli na przemian jednego roku profesor uniwersytetu, drugiego lekarz t. zw. praktyczny. O niesłuszności takiej zasady, dzielącej równouprawnionych spółczłonków Towarzystwa na grupę kilkunastu dygnitarzy, i szary tłum pośledniejszych, rozpisywać się nie będę. Wspominam zaś o tem dla pamięci, że zasada ta stanowczo odrzuconą została i więcej pojawiać się nie powinna.

Kreowano tu nową posadę okulisty miejskiego, którego obowiązkiem ma być przedewszystkiem roztaczanie opieki nad wzrokiem młodzieży, uczęszczającej do szkół miejskich. Jestto jakoby próg do kreowania lekarzy szkolnych. tem też bardziej nas zabolało, że jeden z lekarzy, do Rady miejskiej należących, przeciwko utworzeniu tej posady wystąpił. Kandydatem na tę posadę jest lekarz, który od lat dziesiątka wiele bardzo czynił dla Lwowa, lecząc bezinteresownie tysiące chorych na oczy i w szpitaliku św. Zofii, i w Zakładzie dla ciemnych i w Poliklinice. Kandydatura to tem pewniejsza, że inni okuliści, uznając jego zasługi dla miasta, od kandydowania odstąpili.

Również niemal pewną jest kandydatura innego, a także powszechnie lubianego i szanowanego kolegi na posadę *konsulenta* Dyrekcyi kolei państwowych, posadę opróżnioną przez śmierć zacnego i nieodżałowanego, a tak bardzo nieszczęśliwego Dra Schmidta. I tutaj koledzy, zajęci przy państwowej kolei, dali piękny przykład kierowania się zasadą słuszności wbrew utylitaryzmowi. Wszyscy oni, i ochoczo, zgodzili się z zapatrywaniem, że posadę tę, którą do pewnego stopnia za awans swój uważać mogą, choć z konkursu obsadzaną, powinien dostać kolega najdłużej dla kolei pracujący. Że zaś równie uczciwe zapatrywania i w samej Dyrekcyi i w ministerstwie kolejowem, — o czem wiem postronnie, — decyzyą kierują; wierzymy, że i ta posada i przez obsadzenie jej opróżniona druga, nie protekcyi, ale zasłudze się dostanie.

Nie ma jednak wielkiej nadziei, by lekarzom kolejowym przyznano zupełnie charakter urzędników i odpowiednie przyznanym im rangom pobory. Ministeryum obiecuje tylko zapomocą trzyletnich dodatków do pensyi wyrównać im poniekąd tę krzywdę. By coś się miało zmienić dla nich w innych kierunkach, n. p. w tem tak niesprawiedliwem postanowieniu, że lekarz kolejowy, biorąc urlop, musi dawać za siebie zastępcę i jeszcze odpowiadać za niego swą kieszenią (za zapisywanie niedozwolonych leków), — niestety nic nie słyszałem.

Jeszcze jedna rzecz leży mi na sercu, t. j. potwarz na jednego z kolegów, nieuczciwie przez złego informatora redakcyi jednego z tutejszych czasopism podana, a przez tę redakcyę lekkomyślnie w szpaltach zamieszczona. Nie mając wiadomości, by Izba lekarska za owym kolegą się ujęła, a trzymając pióro w ręku, uważam to za mój obowiązek i ufam, że Szanowna Redakcya przychyli się do mojego zapatrywania.

*) Takiej zasady Tow. lek. krak. nie uchwaliło.

Otóż wydrukowano, że zastępca dyrektora szpitala w tym roku z kwoty, na remuneracye funkcyonaryuszów szpitalnych przeznaczonej, dla siebie 1.800 złr. zatrzymał, skutkiem czego dla reszty funkcyonaryuszów: lekarzy, urzędników i służby tylko 200 złr zostało. Wiadomość ta jest nietylko nieprawdziwą, ale i złośliwą. Na podstawie ksiąg stwierdziłem, że w tym roku, tak jak i w zeszłym dla funkcyonaryuszów szpitalnych wstawioną była w budżet suma 1400 złr., którąto kwotę, tak w tym roku, jak i w ubiegłym rozdano pomiędzy funkcyonaryuszów szpitalnych, — do których pełniącego obowiązki dyrektora nie zaliczono. Z sumy tej lekarze otrzymali w roku 1898: 300 złr., w roku 1899: 335 złr. Zastępujący zaś Dyrektora lekarz za swą żmudną pracę przez cały rok 1899, jako zastępca, nie otrzymał ani centa pensyi, tylko r e m u n e r a c y ą (w tem słowie leży ów figiel, z którym bezpiecznie można iść przed sąd przysięgłych) z pensyi dyrektorskiej wyznaczoną w kwocie 1500 złr. Z tejże samej pensyi dyrektorskiej, wynoszącej właściwie 2175 złr., udzielono ponadto dla dwu innych funkcyonaryuszów szpitalnych na wniosek zastępcy dyrektora remuneracyi 100 i 150 złr., a pozostałość 435 złr. przeniesiono na r. 1900. I jeszcze: bodaj że wyłączną zasługą jest szkalowanego zastępcy dyrektora, że w budżet na r. b. wstawiono na remuneracye zamiast 1400 złr. 2000, z których 1000 wyłącznie dla bezpłatnie w szpitalu pracujących lekarzy.

Uhma.

P. S. Na dzisiejszem posiedzeniu sekcyi wybrano nowy wydział: prezesem Dra S i e l s k i e g o, wiceprezesem Prof. Dra B e c k a, sekretarzem Dra K r z y s z k o w s k i e g o.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

SPRAWOZDANIE

z czynności Wydziału Izby lekarskiej zach. galic. w Krakowie za czas od 1 kwietnia do 31 grudnia 1899 roku.

Wydział Izby lekarskiej odbył w czasie tym siedem posiedzeń, na których:

1. W sprawie zażalenia Dra K., że zdaniem jego niesłusznie musi uiszczać taksy do Izby tut. i pragskiej, uchwalono zwrócić się do Izby pragskiej o wyjaśnienie, jak postępuje przy ściąganiu taks od lekarzy ordynujących podczas sezonu w miejscach kąpielowych.

2. Udzielono tytułem zapomogi p.: *M. Z.*, lekarzowi, kwotę 100 złr., pp.: *A. H.*, *K. B.*, *O. Ch.*, wdowom po lekarzach, po 100 złr., dalej wdowom po lekarzach pp.: *J. D.*, *K. M.*, *M. S.*, *J. K.*, *A. S.*, *M. Z. A. R.*, po 50 złr. i p.: *E. S.* 25 złr.

3. Uwolniono od opłaty 9 młodszych lekarzy.

4. Uchwalono przesłać do Ministerstwa skarbu petycyę w sprawie polepszenia bytu lekarzy salinarnych.

5. W sprawie zażalenia *M.* ch. *A.* przeciw Wydziałowi krajowemu o odebranie mu czynności szczepienia ospy, uchwalono odpowiedzieć, że sprawa ta nie należy do zakresu działania Izby.

6. Wydział zgodził się, aby na wiecu Izb były omawiane i zbadane sprawy dotyczące zmiany ustawy o Izbach, partactwa lekarskiego, płac lekarzy w Kasach chorych, ściągania należytości na rzecz Izb, wspólnej etyki lekarskiej i taks za czynności lekarskie w ogólności, jako też sprawa przymusu zawodowego.

7. W sprawie zatargu Izby Przedarulańskiej z władzą krajową Wydział uchwalił głosu nie zabierać, zwłaszcza, że i inne Izby w tej sprawie tak samo postanowiły.

8. W sprawie obsadzenia dwóch posad kolejowych w powiecie nowotarskim uchwalono przesłać przedstawienie do c. k. Dyrekcyi kolei państwowej.

9. Przyjęto do wiadomości *memorandum* Izby lwowskiej w sprawie zmiany ustawy o Izbach.

10. Przyjęto do wiadomości zrzeczenie się wykonywania praktyki przez Dra *M.* i uwolniono go od opłaty za rok 1899.

11. Drowi *E. M.* dozwolono uiścić zaciągniętą pożyczkę do 1-go stycznia 1900 r.

12. Delegatem na wiec Izb lek. wybrano Prezydenta Izby.

13. Na pismo c. k. Dyrekcyi kolei w sprawie prowizorycznego obsadzenia dwóch posad, uchwalono wstrzymać się z dalszymi krokami, aż te posady stale obsadzone zostaną.

14. Pismo sanockiej Sekcyi Towarzystwa lekarzy galicyjskich w sprawie poczynienia kroków o uwzględnienie lekarzy przy sporządzaniu statutu emerytalnego dla urzędników prywatnych, odstąpiono Prezesowi do przestudyowania.

15. Na pismo „Doctoren-Collegium“ wiedeńskiego w sprawie należenia do kasy wsparcia penzyjnej uchwalono na razie wstrzymać się z ogłoszeniem tego pisma, natomiast zasiągnąć opinii pełnej Izby, czy sprawę tę pragnie podać do wiadomości kolegów.

16. Zamówiono 30 egzemplarzy protokołu stenograficznego i asygnowano Przewodniczącemu tytułem zwrotu wydatków na wiec w Baden kwotę 22 złr. 44 cnt.

17. Uchwalono przesłać pismo do c. k. Namiestnictwa z prośbą o możebnie rychłe załatwienie sprawy protestu przeciw tegorocznym wyborom do Izby.

18. Wniosek Dra Marynowskiego o poczynienie energicznych kroków u Rządu, ażeby przy sporządzaniu statutów funduszu emerytalnego dla urzędników prywatnych uwzględnił także i lekarzy, przekazano Drowi Walczyńskiemu do rozpatrzenia i przedłożenia wniosku.

19. Uchwalono wnieść petycyę do Ministerstwa wojny w sprawie nizkiego wynagradzania lekarzy cywilnych za zastępstwo lekarzy wojskowych.

20. Na prośbę Dra *D.* o udzielenie pożyczki 300 złr., uchwalono ze względów zasadniczych pożyczki nie udzielać.

21. Przyjęto budżet na r. 1900 z kwotą 4880 cnt. w przychodzie, a 2500 cnt. w rozchodzie i uchwalono pobierać w r. 1900 tytułem wkładek po 12 koron, a to 8 koron na potrzeby Izby, a 4 koron na fundusz wsparcia.

22. Uchwalono przesłać pismo do c. k. Namiestnictwa z prośbą o energiczniejsze ściąganie wkładek przez odnośne starostwa.

23. Po przeczytaniu protestu Wydział uchwalił przystąpić do skrutynium, w którym wzięli udział zaproszeni z poza Izby Drowie Surzycki, Ciechanowski, Schöngut i Grażyński.

Nadto Wydział Izby lek., jako Rada honorowa, na posiedzeniach swych roztrząsał następujące sprawy:

1. Spór Dr. *N.* z Kr. przeciw Dr. *F.* z Kr. i Dr. *K.* z Kr. przeciwko Dr. *Sch.* z Kr. załatwiono ugodnie.

2. W sprawie *J. T.* przeciwko Dr. *R.* o zwrot kwoty 227 złr. 37 cnt. zawezwany Dr. *R.* oświadczył, że kwotę tę wyrówna, o czem zawiadomiono *J. T.*

3. W sprawie Drów *Z.* i *G.* z Kr. przeciw Dr. *Kr.* z Kr. o nietaktowne postępowanie, udzielono temu ostatniemu napomnienia.

4. W sprawie Dr. *Z. E.* z S. o rażące przekroczenie etyki lekarskiej w godzinach ordynacyjnych, zasądzono tegoż na grzywnę w kwocie 100 złr.

5. W sprawie Dra *Z.* przeciw Dr. *S.* odstąpiono od dalszego dochodzenia skutkiem braku dowodów.

6. Sprawę ogłaszania się w dziennikach Dra *B.* i Dra *Z. L.* z Kr. złożono do akt.

7. Przyjęto do wiadomości pismo c. k. Sądu kraj. karnego w Krakowie donoszące o śledztwie karnem przeciw Dr. *J. G.* z P.

8. Zażalenie c. k. starosty *F.* przeciw Dr. *U.* z M. Rada honorowa zwróciła, nie widząc powodu do wystąpienia przeciw temu lekarzowi, uznając się zresztą niekompetentną do załatwienia tej sprawy.

9. Nad zażaleniem Dra *Kl.* z Kr. przeciw Dr. *D. Z., M., D.* i *G.* z Kr. Rada honorowa, po przeprowadzeniu dochodzeń i przesłuchaniu reprezentanta kasy chorych, przeszła do porządku dziennego.

10. W sprawie przeciw Dr. *L.* z Kr. uchwalono rozpisać rozprawę.

11. W sprawie Dra *K.* z M. przeciw Dr. *U.* z M. wezwano Dra *U*, do stawienia się u referenta celem przesłuchania.

12. Zażalenie Dra *A.* przeciw Dr. *Chr.* przesłano w odpisie temu ostatniemu do wytłómaczenia się.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18 stycznia.

* Powołując do Wydziału krajowego na miejsce, opróżnione przez śmierć ś. p. dra Hoszarda, posła Dąmbskiego, usunął Sejm galicyjski lekarzy od zarządu spraw sanitarnych kraju i dał wyraz snać wyznawanej przez siebie zasadzie, że specyalne przysposobienie i podstawowa wiedza nie są niezbędne do rządzenia krajem.'

Bez względu na to, który z obecnych członków Wydziału krajowego obejmie tekę departamentu zdrowia, wynik jego działania pozostanie ten sam: część administracyjna i rachunkowa, wierzymy, utrzymaną będzie w największym porządku, część zaś ściśle szpitalno-lekarska ugrzęznie w zastoju na tej stopie, na której ją pozostawił ś. p. Hoszard. Szpitalnictwo, ażeby odpowiedziało celowi, musi iść równolegle z rozwojem nauki, z zasadami higieny i kliniki, a to już wymaga wiedzy, której się nie odziedzicza, lecz którą zdobywać trzeba systematyczną pracą szkolną.

Zbliżające się już do końca obsadzenie posad lekarzy okręgowych nie wyczerpie jeszcze zadania tej instytucyi: ażeby z pożytkiem lekarze okręgowi spełniać mogli swe zadanie i poprawili stosunki zdrowotne na wsi, niezbędną jest, jak się przekonano, zmiana obecnej ustawy i dostarczenie im środków do wykonawstwa. Czy możemy oczekiwać takiej inicyatywy od dzisiejszego następcy ś. p. Hoszarda?

Badania ostatnich lat nad gruźlicą ludzką i bydlęcą przekonały, że choroba ta jest groźną klęską społeczną, która z żywiołową siłą zagraża wszędzie zniszczeniem zdrowia ludzkiego; do walki z tym biczem stanęły w Europie wszelkie organizacye, od tronu do proletaryatu. Wolno było żywić nadzieję, że u nas władze autonomiczne dadzą hasło samoobrony, że ztąd wyjdzie wniosek uznania gruźlicy za chorobę zakaźną ze wszystkiemi następstwami tego uznania, że w szpitalach krajowych zostaną zaproponowane takie adaptacye, ażeby chorzy na gruźlicę, u których bakteryologiczne badanie stwierdzi prątki, leczeni byli, ze względu na innych chorych, w salach wyłącznie dla nich przeznaczonych. Byłby to półśrodek, nie załatwiający wcale potrzeby innych, o wiele donioślejszych zarządzeń, lecz narazie jedynie wykonalny, wobec ubóstwa kraju. Czy przy dzisiejszym składzie Wydziału krajowego można liczyć na taką inicyatywę?

Usunięcie lekarzy od zarządu spraw sanitarnych kraju zaniepokoiło lekarzy w Galicyi i dziś już zaręczyć można, że ten stan nieprawidłowy wyjdzie na szkodę lekarzy i zdrowia publicznego.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem dr. Gałęzowski wyłożył swoje zapatrywania na niektóre sprawy patologiczne w oku, oraz na ich leczenie.

* Nakładem Redakcyi *Gazety Lekarskiej* wyszło dzieło pod tyt. »Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych«, napisane przez Dra Władysława Biegańskiego. Cena dzieła tego, obejmującego 33 arkusze druku, wynosi 4 ruble, z przesyłką $4^1/_2$. Dotychczasowe publikacye autora dają wszelką rękojmię wartości naukowej tej książki.

* Pamiętnik Jubileuszowy, wydany na cześć prof. Ed. Korczyńskiego, stanowi piękny okaz sztuki typograficznej w Krakowie. Zawiera on następujące rozprawy: *a)* Dział historyczno statystyczny: 1. Zarys dziejów kliniki lekarskiej od jej założenia aż do r. 1874, opracował Doc. dr. Ludomił Korczyński. 2. Ważniejsze wiadomości z ostatniego 25-lecia kliniki lekar. U. J. (1875 - 1899) skreślił dr. Adam Schmidt. *b)* Dział naukowy. 3. Dr. Kaczyński Stanisław: Pięć przypadków »musculus sternalis«. 4. Dr. Glück Leopold: Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych. 5. Dr. Jeż Walenty: W sprawie uodpornienia przeciw durowi brzusznemu. 6. Prof. dr. Rudolf Trzebicky: O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha. 7. Prof. dr. Reiss Władysław: O zrogowaceniu mieszkowem w przebiegu choroby Dariera. 8. Doc. dr. Sroczyński Fr.: Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki. 9. Doc. dr. Świtalski Lud.: Laparotomia w zapaleniu gruźliczem otrzewnej. 10. Dr. Ackerman Adam: Przypadek nerwobolu trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego. 11. Dr. Dobrowolski Stan.: Dwa przypadki torbieli trąbko-jajnikowych. 12. Dr. Borzęcki Eug.: Przyczynek do wyjaśnienia długotrwającego wylęgania rzeżączki. 13. Dr. Dziewoński Wład.: *a)* O wieloogniskowem występowaniu raków i *b)* Przyczynek do techniki szwu nerwowego. 14. D. Karliński Justyn: Przyczynek do należytego ocenienia plam z krwi pochodzących. 15. Dr. Latkowski Józef: Tymczasowe do-

niesienie z doświadczeń nad wpływem wody maryenbadzkiej na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka. 16. Dr. Kędzior Wawrzyniec: O wpływie promieni słonecznych na bakterye. 17. Dr. Landau Jan: Mięsak jądra u dziecka, przerzut w mózgu i rdzeniu. 18. Doc. dr. Sieradzki Włodzimierz: O tak zwanej »Mors thymica«. 19. Dr. Wachtel Zygmunt: Dwa przypadki ciąży zamacicznej. 20. Dr. Bałaban Teodor: Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród blednicy. 21. Dr. Hojnacki Wład.: W sprawie leczenia gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową. 22. Dr. Lemberger Ignacy: Skład chemiczny Troponu. 23. Dr. Horoszkiewicz Stefan i Dr. Witaliński Wincenty: O próbie Florencea i jej znaczeniu w praktyce sądowo-lekarskiej. 24. Doc. dr. Braun: Przyczynek do nauki o ciąży zamacicznej. 25. Dr. Piątkowski M.: O przyrządzie Rieglera, służącym do oznaczenia ilościowego cukru w moczu. 26. D. Uhma Cz.: Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych. 27. Docent dr. Wiczkowski J.: Kilka słów o zapaleniu gruźliczem otrzewnej. 28. Prof. dr. Wachholz L.: Z kazuistyki samobójstw przez postrzał. 29. Dr. Nartowski M.: Choroba Thomsena. 30. Doc. dr. Schramm Hilary: Patologiczne znaczenie wolnego uchyłka Meckela. 31. Dr. Pisek Wilhelm: O upustach krwi w zapaleniu płuc. 32. Prof dr. Gluziński A.: O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchownych żołądka i stosunku ich do wrzodu żołądka. 33. Dr. Marischler Jul: i Dr. Ozarkiewicz Eugeniusz: Przemiana materyi podczas gromadzenia się i ustępowania przesięku jamy brzusznej. 34. Dr. Eljasz-Radzikowski Stanisław: O zachowaniu się krwi w niedokrewności urazowej. 35. Dr. Rencki Roman: Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej. 36. Prof. dr. Jaworski Walery: Aquae minerales. Aquae medicinales.

* W numerze grudniowym *Postępu okulistycznego* znajdujemy spis wszystkich okulistów polskich, których liczba wynosi 95. O ile nam wiadomo, Redakcya tego miesięcznika nie uważa podanej listy za zupełnie dokładną i chętnieby przyjęła wszelkie w tej mierze uzupełnienia.

Przytoczona lista poucza nas i o innej rzeczy: z niej wynika, że Redakcya *Postępu okulistycznego* wydaje swój specyalny organ dla niepełnej setki okulistów polskich; przychodzi się więc nam powtórzyć nasze przypuszczenie, które przed rokiem wypowiedzieliśmy, przy okazaniu się tego miesięcznika, mianowicie, że podjęcie się tego wydawnictwa jest aktem ofiary obywatelskiej wydawcy i dobrowolnie na siebie włożonym obowiązkiem względem zawodowego piśmiennictwa ojczystego. Ten wzgląd, w połączeniu z wielką starannością w redagowaniu, zasługują nie tylko na samo uznanie czytającego ogółu, lecz i na najenergiczniejsze poparcie szlachetnych zamiarów wydawcy.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Ludwik Emil Wilczyński.

* Organizacya lekarzy wiedeńskich natrafia na trudności ze strony samychże lekarzy. Pojedyńcze związki dzielnicowe przed przystąpieniem stawiają warunki, każdy związek inne, zkąd wynika brak należytej spójności i uniemożebnienie kroków stanowczych w obronie interesów stanu lekarskiego. Już to wyznać należy, nic na świecie nie jest tak trudne do osiągnięcia, jak jednomyślność wśród lekarzy. Taka organizacya lekarzy, jaką zamierzono w Wiedniu, powinna mieć na celu tylko byt ekonomiczny; w niej nie powinno brakować ani jednego lekarza: jeśli zaś organizacya ta ma się składać z luźnie z sobą połączonych jednostek, lub też części, które przystąpiły na specyalnych warunkach, to wątpić nie należy, że organizacya taka celu nie osiągnie i bytu lekarzy nie poprawi.

* W końcu roku 1900 odbędzie się w Petersburgu międzynarodowa wystawa higieniczna, dotycząca wyłącznie higieny kobiecej. Do głównych przedmiotów wystawy należeć ma tak zw. normalny strój kobiety.

* Namiestnictwo Wyższej Austryi wydało ważne rozporządzenie, dotyczące lekarzy gminnych i szkół gminnych, które przytaczamy ze względu na analogiczną wartość dla wszystkich innych prowincyj: lekarz gminny, po stwierdzeniu u ucznia szkół publicznych choroby zakaźnej, ma obowiązek natychmiast zawiadomić o tym przypadku władzę szkolną; nie mniej ciąży na lekarzu obowiązek uwiadomienia władzy szkolnej o tych wszystkich osobach, które uczęszczają do szkół, a pozostając z chorym na cierpienie zakaźne w styczności, mogłyby przyczynić się do rozwleczenia choroby. Powrót ucznia do szkoły może mieć miejsce dopiero po otrzymaniu od lekarza zaświadczenia, że stykanie się rekonwalescenta z kolegami nie zagraża już zdrowiu tych ostatnich.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. histologii w Berlinie dr. G. Fritsch otrzymał tytuł prof. zwyczajnego. Doc. dr. A. Grönouw mianowany został prof. okulistyki w Wrocławiu. Nadzw. prof. ginekologii w Dorpacie, dr. Muratow, mianowany został prof. zwyczajnym. Prof. higieny w Lugdunie, dr. Bard, mian. został prof. kliniki lekarskiej w Genewie. Dr. Rowsing został mianowany prof. chirurgii w Kopenhadze. Dr Schaffer J. zastąpił prof. Schenka w kierownictwie Instytutu embryologicznego. Prof. okulistyki w Wrocławiu, dr. Uhthoff, objął takąż katedrę w Wiedniu.

Nekrologia. Dziś zakończył życie w Krakowie dr. Napoleon Kostanecki, wielkich zdolności i pracy bakteryolog.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 2: Lewensterna E.: Przypadek ciężkiego krwawienia z tętnicy międzyżebrowej do jamy opłucnej. Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (*Exophthalmos pulsans*) (c. d.). Dr. Ciąglińskiego A.: Z patologii komórki nerwowej (c. d.) W *Kronice lekarskiej* Nr. 1: Dr. Miklaszewskiego: O nierówności zmiennej źrenic. Brunnera Jerzego: Srebro rozpuszczalne i jego wartość lecznicza. W *Medycynie* Nr. 2: Kozickiego L.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej (c. d.). Dr. Korczyński L.: Wykład wstępny o balneologii klinicznej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Sędziak J.: Un cas éxtraordinaire de fibro-sarcome du nez. (Odbitka z *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1899).

— Tenże: Einige Bemerkungen betreffs der operativen Behandlung des Larynxkrebses. (Odbitka z *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*. 1899 rok).

— Tenże: Beitrag zu der Wichtigkeit der Larynxuntersuchung sowie Applicirung der Röntgenstrahlen bei den Aneurysmen der Aorta. (Odbitka z *Archiv für Laryngologie*, 1899).

— Tenże: Ueber rheumatische Affektionen des Pharynx, des Larynx und der Nase. (Odbitka z *Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie*, 1899).

— Tenże: Diphtherie des Pharynx resp .des Nasopharynx complicirt durch zahlreiche Abscesse der Mandeln (Gaumen, Pharynx und Zunge). sowie Eiterungen bei der Highmorshöhlen. (Odbitka z *Archiv für Laryngologie*, 1899).

— Tenże: Carcinoma primitivo della laringe e secondario dell' esofage (Odbitka z *Archivo italiano di otologio, rinologia e laringologia*, 1899 rok).

— Tenże: Contribution to the complications Following extirpation of so-called Adenoid vegetations. (Odbitka z *The Journal of Laryngology*, 1899).

— Tenże: Paralysis of the larynx-stenosis of the oesophagus. (Odbitka z *The Journal of Laryngology*, 1899).

Administracya uprasza o spieszne nadsyłanie przedpłaty najlepiej wprost (Kraków, Podwale 9), która wynosi: w Austryi 20 koron, w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem 7 rubli, w Niemczech 16 marek, we Francyi 30 franki.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 27 Stycznia 1900. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni kliniki ginekologiczno-położniczej prof. Dra H. Jordana.

Gruczolako-mięśniaki (*Adenomyomata*) macicy.

Napisal

Docent Dr. L. Świtalski.

Virchow, opisując w r. 1863 mięśniaka torbielowatego (*myoma cysticum*) macicy, zaznacza, że jamki w mięśniaku, wypełnione płynem, nie są wysłane nabłonkiem i dodaje przytem, że wogóle utwory gruczołowe we włókniakach nigdy się nie znajdują.

Klebs utrzymywał, że prawdziwy nabłonek może znajdować się tylko we włókniakach, leżących blizko błony śluzowej macicy, i że wtedy pochodzi on z jej nabłonka. Badania włókniaków, dokonane w ostatnich dziesiątkach lat, wykazały, że twory gruczołowe mogą się jednak znajdować nie tylko we włókniakach podśluzowych, ale śródmiąższowych i podsurowiczych, a więc leżących zdala od błony śluzowej macicy.

Ilość utworów gruczołowych we włókniako-mięśniakach jest niekiedy tak znaczna, że nowotwory te zaliczono do nowotworów mięszanych (*Mischgeschwülste*) i nazwano je gruczolako-mięśniakami (*adenomyoma*).

W niektórych przypadkach gruczołowe te utwory, wskutek nagromadzenia się wydzieliny, ulegają torbielkowatemu rozszerzeniu tak, że tworzą się liczne mniejsze lub większe torbielki, a wtedy nowotwory te noszą nazwę gruczolako-mięśniaków torbielowatych (*adenomyoma cysticum*).

Nowotwory te należą do łagodnych i występują daleko rzadziej, niż włókniaki zwykłe, złożone tylko z tkanki mięsnej i tkanki łącznej.

Zanim przystąpię do podania bliższych szczegółów o tych nowotworach, pozwolę sobie naprzód w krótkości przytoczyć dwa przypadki gruczolako-mięśniaków macicy, które miałem sposobność spostrzegać i badać drobnowidowo.

1. S. S. lat 45, z Zakliczyna.

Pierwsza regularność wystąpiła w 14 roku życia, powtarzała się w prawidłowych odstępach czasu, była zawsze obfita, utrzymywała się 6—7 dni i towarzyszyły jej, zwłaszcza w pierwszych latach, silne bóle w dolnej części brzucha. Rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni raz przed 25 laty; następnie w przerwach jedno do dwurocznych roniła cztery razy, a ostatnie poronienie odbyło się przed 12 laty. Od sierpnia 1896 r. miewa nieregularne obfite krwawienia wśród silnych bólów w krzyżach.

W dniu przyjęcia do kliniki, d. 12 grudnia 1896 r., badanie wykazało u osoby silnie niedokrewnej trzon macicy powiększony, twardszy, w tyłozgięciu zrostami z otoczeniem połączony: część pochwowa grubsza i twardsza, ujście zewnętrzne w kształcie szpary poprzecznej dla palca niedrożne. W trąbkach i jajnikach wybitniejszych zmian nie stwierdzono Przy pomocy zgłębnika można było wybadać w okolicy ujść trąbkowych małe wypuklenie, jakby pochodzące od jakich utworów, usadowionych wśród ściany macicy.

Na podstawie tego badania przypuszczono, że najprawdopodobniej przyczyną obfitych krwawień w tym przypadku będą małe włókniaczki, usadowione w okolicy ujść trąbkowych. Kiedy odpowiednie leczenie nieodniosło pożądanego skutku, a krwawienie stale się utrzymywało, dokonano wyskrobania macicy. Badanie drobnowidowe wyskrobanych strzępów błony śluzowej wykazało w niej tylko nieco większą ilość gruczołów. Po wyskrobaniu macicy krwawienie na kilka miesięcy ustąpiło; w czerwcu 1897 przyszło jednak znowu do tak obfitych krwawień, że chora zgłosiła się powtórnie do kliniki. Badanie wykazało taki sam stan części rodnych, jakim był przy pierwszem badaniu.

Wobec tem większego jeszcze prawdopodobieństwa, że przyczyną krwawień będą małe włókniaczki, postanowiono wykonać operacyę radykalną i dnia 24/VI 1897 r. dokonano wycięcia macicy przez pochwę. Operowano metodą kleszczykową, ułatwiając sobie wydobycie macicy przez jej rozkawałkowywanie. Zabieg był dosyć trudny z powodu silnych zrostów, łączących macicę z otoczeniem. Trąbki i jajniki, nieprzedstawiające wybitniejszych zmian, a silnie do otoczenia przyrośnięte, pozostawiono.

Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy.

Wycięta macica wyraźnie powiększona (12 ctm. długości), tylna jej ściana strzępiasta z powodu poprzerywanych zrostów. W obu rogach macicy, w miejscu gdzie przebiegają trąbki wśród utkania macicy, znajdują się bardzo wyraźne zgrubienia, wypuklające się ponad powierzchnię macicy w postaci utworów wielkości orzecha laskowego. Jama macicy długa na 10 ctm., ściany macicy wyraźnie grubsze, błona śluzowa przedstawia się prawidłowo, a w okolicy ujść trąbkowych więcej od tyłu dają się stwierdzić małe wypuklenia.

Na przekroju ukośnym powyżej opisanych guzowatości w rogach macicy widzi się, że składają się one z tkanki włóknisto-mięsnej blado-czerwonawo zabarwionej, wśród której znajdują się bardzo liczne przekroje torbielków rozmaitej wielkości i rozmaitego kształtu, wypełnionych treścią brunatnawą.

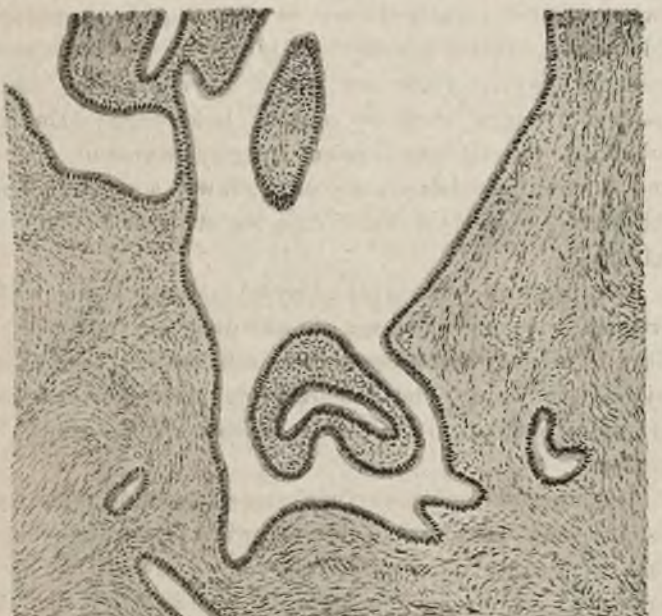
Badanie drobnowidowe wykazuje, że wśród tkanki włóknisto-mięsnej znajduje się bardzo wiele utworów gruczołowych, nierzadko się rozgałęziających, o światłach bardzo rozmaitych, przeważnie nieregularnie porozszerzanych. Gruczołowate utwory, których najrozmaitsze przekroje uwidaczniają się na preparatach (*Rys. 1.*), wysłane są bardzo wyraźnym, dobrze utrzymanym nabłonkiem wałeczkowym, niższym nieco wśród części kanalików więcej rozszerzonych. Światło rozszerzonych gruczołów na preparatach jest przeważnie puste, miejscami tylko spotyka się śród niego bezpostaciową, lekko fioletowo (haematoksyliną) zabarwioną masę. W wielu miejscach rozszerzone kanaliki przylegają na pewnej przestrzeni bezpośrednio do siebie tak, że w tych

miejscach przegrodę pomiędzy ich światłami stanowią tylko dwie warstwy nabłonka. Wśród rozszerzonych części kanalików gruczołowych spotyka się dosyć często mniejsze lub większe gromady komórek ziarnistych *(Rys I, a)* barwy



Rys. 1 (Reichert 2. oc. 4).

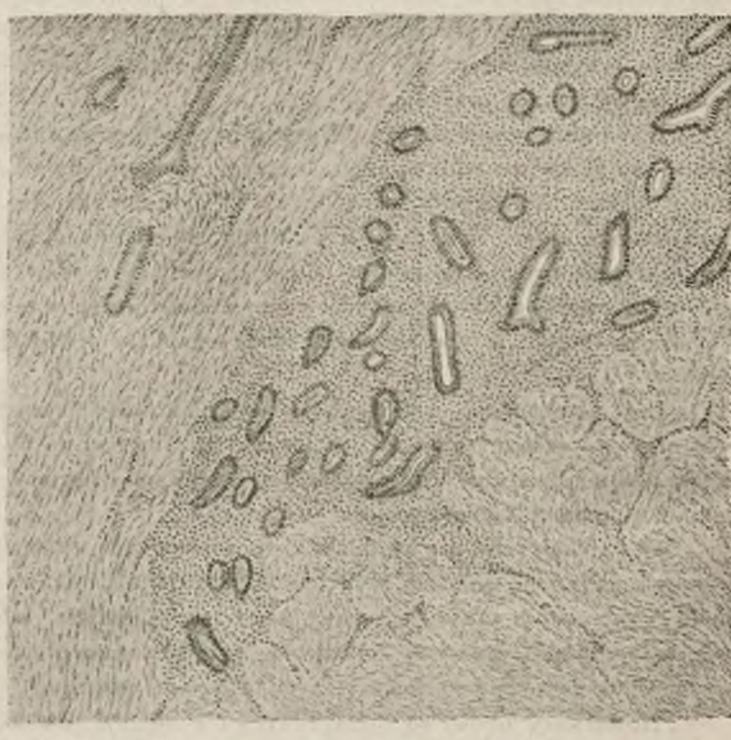
żółtawej. Miejscami spotykałem także w świetle rozszerzonych gruczołów utwory kuliste *(Rys. 1, b)* lub półkoliste, złożone z młodej tkanki łącznej okrągłokomórkej, wysłane na powierzchni nabłonkiem sześciennym (kubicznym); śród



Rys. 2 (Seibert N II-oc 0).

utkania nowotworu znalazłem również obraz *(Rys. 2)*, gdzie śród nieregularnie rozszerzonego światła kanalika gruczołowego znajduje się nieregularny przekrój drugiego gruczołu, wysłany na obwodzie nabłonkiem wałeczkowym, w środku zaś zawierający światło, również otoczone nabłonkiem wałeczkowym. Obraz ten można sobie wytłómaczyć tylko przez wytworzenie się wgłębienia *(invaginatio)* ściany kanalika.

Gruczołowe te utwory, nieregularnie rozrzucone śród tkanki włóknisto-mięsnej, usadowione są bezpośrednio śród tkanki mięsnej, lub tkanki łącznej włóknistej i tylko w bardzo nie wielu miejscach spotyka się dokoła nich młodą tkankę łączną o komórkach okrągłych i krótkich wrzecionowatych *(cytogenes Gewebe)* i bardzo skąpego podścieliska włókienkowego, taką, jaką się spotyka śród utkania błony śluzowej macicy. Co się tyczy przebiegu wiązek mięśniowych w sąsiedztwie tych utworów gruczołowych, to w wielu miejscach można dostrzedz jakby dostósowanie się ich przebiegu do utworu gruczołowego. Błona śluzowa części macicznej trąbek, dokoła której rozwinął się nowotwór, zachowuje się prawidłowo i nie okazuje żadnego związku z utworami gruczołowymi, które dochodzą tylko do warstwy mięsnej trąbki; ku obwodowi gruczoły dochodzą blizko otrzewnej, pokrywającej guz. Błona śluzowa macicy nie przedstawia zmian wybitniejszych. W przypadku więc tym przyszło do obustronnego rozwinięcia się gruczolako-mięśniaka torbielkowatego dokoła tej części trąbki, która przebiega śród utkania macicy.



Rys. 3 (Seibert N II-oc 0).

2. S. A., lat 35, z Ropczyc.

Nie roniła i nie rodziła. Miesiączkowała dawniej prawidłowo, od kilku zaś miesięcy miewa obfite nieregularne krwawienia, do których w ostatnich czasach dołączyły się bóle w krzyżach i dolnej części brzucha. Pacyentka leczyła się w r. 1890 w klinice i wtedy rozpoznano: *perimetritis exsudativa et fibromyoma in pariete anteriori corporis uteri.*

W marcu 1897 badanie wykazało u osoby niedokrewnej powiększony trzon macicy, ustalony w tyłozgięciu przez rozległe zrosty. Szyjka macicy rozszerzona, a przez drożne dla palca ujście zewnętrzne można wybadać guz wielkości małej pięści, szeroko osadzony na przedniej ścianie macicy, tuż powyżej ujścia wewnętrznego. Zrazu postanowiono guz wyłuszczyć, próba jednak się nie udała z powodu znacznej kruchości guza i bardzo ścisłego związku jego z macicą. Wobec tego przystąpiono do wycięcia macicy przez pochwę metodą kleszczykową. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

Chora była operowana w zakładzie Doc. Dra Brauna, któremu za łaskawe mi odstąpienie przypadku tego do ogłoszenia pozwalam sobie złożyć podziękowanie.

Trzon macicy powiększony, przednia ściana wyraźnie zgrubiała, na wewnętrznej stronie nierówna, pokryta licznymi strzępami po wyrwanym guzie.

Badanie drobnowidowe guza wykazało, że pozbawiony na powierzchni błony śluzowej, składa się on z tkanki mięsnej, śród której znajdują się bardzo liczne utwory gruczołowe, które występują w dwojakiej postaci, bądź to w gromadach, bądź też pojedynczo porozrzucane *(Rys. 3)*. Przekroje gruczołów są rozmaitego kształtu, przeważnie o światłach wązkich, wysłane są wyraźnym, dobrze utrzymanym nabłonkiem wałeczkowym i przypominają zupełnie gruczoły w błonie śluzowej macicy.

Przekroje gruczołów, ułożonych w gromadach, pomieszczone są śród młodej tkanki łącznej okrągłokomórkowej, obficie koło nich rozłożonej *(Rys. 3)*. Granica pomiędzy tkanką łączną, w niektórych miejscach bogato unaczynioną, a tkanką mięsną, jest całkiem nieregularna. Przekroje gruczołów odosobnionych i nieregularnie porozrzucanych nierzadko ułożone są bezpośrednio śród warstwy mięsnej. Ilość gruczołów największa jest na obwodzie guza, w miarę zaś zbliżania się do jego podstawy, do ściany macicy, jest coraz mniejsza; granica pomiędzy guzem, a ścianą macicy jest bardzo ścisła, całkiem zamazana. Błona śluzowa z tylnej ściany macicy przedstawia tylko nieznaczne zmiany, polegające na torbielkowatem rozszerzeniu gruczołów.

Badając tylną ścianę macicy, znalazłem w jednem miejscu zdala od błony śluzowej, śród tkanki mięsnej, gruczoły pomieszczone bądź to śród tkanki łącznej okrągłokomórkowej, bądź też bezpośrednio śród tkanki mięsnej.

W przypadku tym mieliśmy więc mięśniako-gruczolaka podśluzowego, ułożonego bezpośrednio pod błoną śluzową, stojącego w ścisłym związku z utkaniem macicy. Zachodzi teraz pytanie, jak sobie należy wytłómaczyć pochodzenie tych utworów gruczołowych we włókniako-mięśniakach, a zarazem czy zachodzi jaki związek wogóle pomiędzy utworami gruczołowymi a rozwojem włókniako-mięśniaków.

Uwzględniając umiejscowienie nowotworów i zupełnie odmienne zachowanie się utworów gruczołowych w obu przypadkach, z największem prawdopodobieństwem można utrzymywać, że pochodzenie utworów gruczołowych w obu przypadkach będzie różne. Dotychczasowe zapatrywania co do pochodzenia utworów gruczołowych w mięśniakach są rozmaite i oparte na mniej lub więcej pewnych podstawach. Autorowie, którzy spostrzegali i badali gruczolako-mięśniaki podśluzowe (Schottländer, Leguen i Marien, Hausner) utrzymują, że gruczoły w nich się znajdujące pochodzą z błony śluzowej macicy, że najpierw rozwinął się włókniak, a następowo gruczoły z błony śluzowej macicy wrosły w jego utkanie. Schröder, Ruge i Palm utrzymują, że ślepe zakończenia gruczołowe mogą uledz odsznurowaniu z błony śluzowej i przypadkowo dostać się w utkanie sąsiadującego włókniaka.

Że odsznurowywanie gruczołów z błony śluzowej macicy jest możliwem, nie ulega żadnej wątpliwości. Sam miałem sposobność stwierdzić odsznurowywanie się gruczołów z błony śluzowej macicy w głąb tkanki mięsnej zdala od błony śluzowej w przypadku przewlocznego zapalenia miąższu macicy *(metriis chronica)*, w której znajdował się uklej (polip) włóknisty. W przypadku tym znajdowałem zdala od błony śluzowej gruczoły pomieszczone śród tkanki mięsnej. A ponieważ spotkałem szereg takich gruczołów, z których jedne znajdowały się bliżej, drugie dalej błony śluzowej, więc należy przypuścić, że zostały one od błony śluzowej odsznurowane. Odsznurowanie takie gruczołów z błony śluzowej stwierdziłem również śród tylnej ściany macicy w przypadku drugim.

Ribbert posiada preparat, w którym odsznurowane cząstki błony śluzowej macicy wraz z gruczołami są ułożone w głębi 7—8 mm. od błony śluzowej macicy, a części najdalej wysunięte leżą tuż przy małym włókniaku, do którego utkania jednak jeszcze się nie dostały.

Dzisiaj więc jest rzeczą pewną, że gruczoły z błony śluzowej macicy następowo dostać się mogą w utkanie włókniako-mięśniaka, rozwijającego się blizko błony śluzowej lub też tuż pod błoną śluzową, stojącego w ścisłym związku z utkaniem macicy. (Dok. nast.).

II. **Z zakładu sądowo-lek. c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.**

Kilka uwag o samobójstwie, z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892—1898 (włącznie).

Podał

Adolf Eugeniusz Klęsk

kandydat medycyny.

(Ciąg dalszy).

W miastach samobójstwa są o wiele częstsze, niż na wsi. Zupełnie to jasne, jeżeli zważymy, że na wsiach jest:

1. mniejszy przyrost ludności,
2. mała zmiana stosunków,
3. mniejsze potrzeby i wymagania,
4. że wszystkie żywioły, niezadowolone na wsi, wędrują do miast. Ten zaś fakt wyjaśnia nam znów, dlaczego najwięcej samobójstw w mieście przypada na klasę robotniczą i służących, a więc właśnie na ludzi, rekrutowanych ze wsi.

Religia katolicka ma wpływ zbawienny na samobójstwo, jak to wykazują dzieje Rzymu, gdzie z nastaniem katolicyzmu nastąpił znaczny spadek liczby samobójstw. Zresztą najwięcej samobójstw wydarza się u protestantów. Co do żydów, to stosunek ich do katolików pod tym względem jest 1:10. Zajęcie wywiera też wpływ pewien na samobójstwo. Najwięcej samobójców spotykamy u ludzi bez stałego zajęcia, a więc u wyrobników, służących, artystów. Najmniej samobójstw wydarza się w stanie duchownym.

Mówiąc o wpływach ogólnych na samobójstwa, musimy wspomnieć jeszcze o jednym bardzo ważnym, a jest nim naśladownictwo i zaraza duchowa. Nie tylko bowiem cierpienia fizyczne, ale także choroby umysłowe mogą się łatwo innym udzielać. W historyi i literaturze mamy liczne wzmianki o takich epidemiach. Św. August wspomina, że w pewnym kraju wybuchła epidemia obłędu u kobiet, wśród którego zdawało się im, że są przeobrażone w konie. Zachowanie się tych chorych było też zupełnie odpowiednie do urojonego mniemania o sobie. Podobna epidemia wybuchła w XVII wieku we Francyi pod nazwą wilkołactwa. Dotknięci nią ludzie, w mniemaniu, że są wilkami, popełniali najokropniejsze zbrodnie. W roku 1667 rozegrała się znowu w Szkocyi wielka sprawa czarownic. Kobiety, stawiane przed sąd twierdziły, że są wronami, zającami i t. d. Podobne fakty spo-

strzegać można obecnie w Abisynii, gdzie znów młode dziewczęta popadają w stan, w którym im się wydaje, że są hyenami. Do takich zaraz duchowych należy zaliczyć wyprawy krzyżowe dzieci, epidemię religijną w r. 1841 w Szkocyi i w r. 1866 w Amsterdamie.

Istnienie więc zarazy duchowej jest niezaprzeczalne, może ona występować w różnej postaci i objawiać się n. p. skłonnością do samobójstwa. Epidemie takie spostrzegano już nieraz po pensyonatach, koszarach, szkołach. Tak n. p. wspomina Legoyt, że w roku 1879 wybuchła w szkołach średnich w Rosyi zaraza samobójcza po zaprowadzeniu obowiązkowej nauki języków greckiego i łacińskiego. W nieco mniejszym stopniu możemy spostrzegać epidemie samobójcze i obecnie; określamy je jednak zwykle skromniejszą nazwą naśladownictwa. Naśladownictwo to objawia się n. p. w wyborze miejsca czynu lub sposobu odebrania sobie życia. Każde oryginalne samobójstwo znajduje zaraz naśladowców i może przybrać łatwo cechę epidemii. Pliniusz wspomina, że na jednej wyspie koło świątyni Apollina rzuciła się raz z obok położonej skały para zakochanych w morze. Od czasu tego miejsce to ciągle było nawiedzane przez samobójcze pary i dostało nawet nazwę, podobnie jak i sam sposób odebrania sobie życia, „skoku zakochanych". Na wyspie Keos samobójstwo jednego starca stało się potem regułą i kto tylko dożył sędziwego wieku, pozbawiał się życia, by nie być ciężarem dla młodszych. Filozof Zenon w Atenach wykładał tak pięknie o samobójstwie, że uczniowie w oczach jego pozbawiali się życia, a św. Augustyn wspomina, że niejaki Kleombrot po przeczytaniu dzieła Platona „O nieśmiertelności duszy", rzucił się w morze.

W r. 1772 powiesiło się we Francyi[1]) 15 inwalidów po kolei na jednym i tym samym haku tak, że w końcu po wielkich debatach hak ten usunięto, co rzeczywiście wywarło radykalny skutek. Przy końcu zeszłego wieku było w Londynie modnem rzucanie się z pewnego pomnika na dół. Przybrało ono takie rozmiary, że w końcu magistrat kazał pomnik otoczyć żelazną balustradą. Tych kilka przykładów maluje nam chyba dosadnie wpływ psychiczny i zaraźliwość samobójstwa.

Nie zawsze jednak ma się pod ręką oryginalność. Dlatego też zwykle odbierają sobie życie samobójcy starymi, wypróbowanymi środkami, nowe wynalazki przyjmują się i tu powoli. Do nich należy obecnie samobójstwo przez rzucenie się pod kolej lub przez prąd elektryczny. Do metod dawnych, a najczęstszych, należy powieszenie, utopienie, postrzał, rany kłóte i cięte, otrucie, rzucenie się z wysokości. Zależność samobójstwa od warunków zewnętrznych objawia się i tutaj, a przysłowie „jaką bronią wojujesz, od takiej zginiesz" sprawdza się zupełnie. Statystyka bowiem wykazuje stale, że samobójcy używają tego sposobu odebrania sobie życia, który z ich zawodem w najbliższym jest związku.

Kucharki mają pod ręką zapałki fosforowe, trują się więc przeważnie fosforem, czasem użyje ta lub owa trucizny na szczury (arszeniku lub strychniny). Robotnicy fabryczni trują się kwasami, służba szpitalna, laboranci w aptekach — kwasem azotowym lub sublimatem; lekarze, aptekarze, chemicy alkaloidami wogóle, lub sinkiem potasu, damy zaś morfiną i t. d. Postrzału używają wojskowi lub ludzie młodzi i energiczni, czasem jednak i starcy. Fryzyerzy podrzynają sobie gardło brzytwami, masarze rozpruwają brzuch. W okolicach lesistych przeważają powieszenia, nad wodą utopienia. Sposób odebrania sobie życia zależy także od wieku osobnika. Kobiety i bardzo młodzi mężczyźni zwykle się trują, topią lub rzucają z wysokości. U mężczyzn w sile wieku przeważają postrzały, a dopiero w późniejszym wieku występują u obu płci inne sposoby. Stosunek pojedynczych sposobów odbierania życia w Krakowie przedstawia się, jak następuje:

Sposób	Męż.	Kobiety	Wojsk.	Razem
Postrzał	34	—	47	81
Otrucie	31	39	—	70
Utopienie	9	3	4	16
Powieszenie	5	1	18	24
Rzucenie się z wysok. .	6	2	—	8
Rany kłóte i cięte . .	4	—	—	4
Rzucenie się pod pociąg .	3	1	—	4
Inne	—	2	—	2

Pojedyńcze sposoby odbierania sobie życia przedstawiają się również typowo. Postrzał dokonywanym bywa u cywilnych zapomocą rewolweru i pistoletu, u wojskowych zwykle zapomocą karabinu. Co do okolicy ciała, to głównie cios wymierza się w skroń (prawą) i serce. Wyjątkowo tylko godzą samobójcy w inne okolice ciała. I tak w jednym przypadku pozbawił się życia żołnierz (1898) postrzałem w brzuch, a pewien służący (1893) — postrzałem w brzuch, a potem dopiero w serce.

Z karabinu wygodnie jest strzelić sobie pod brodę, jak to się zdarza u wojskowych (1894). Pocisk bywa zwykle pojedynczy, rzadziej wielokrotny (w r. 1893 — 37-letni mężczyzna pozbawił się życia kilkupociskowym postrzałem w serce) O wiele rzadziej stósowanym bywa postrzał pusty, rtęciowy lub wodny. Tym ostatnim odebrał sobie życie służący w Parku krakowskim, w r 1897.

Postrzału lub otrucia używają często pary samobójcze, jak to w latach 1885 i 1894 miało miejsce.

Drugim, z kolei najczęstszym sposobem jest otrucie. Trucizny używane są rozliczne, jak to z zestawienia widzimy:

Rodzaj trucizny	Męż.	Kobiety	Razem
Fosfor	3	37	40
Kwas solny	3	—	3
» azotowy	2	—	2
» siarkowy	1	—	1
» pruski (lub sinek potasu) .	3	—	3
» karbolowy	3	—	3
Strychnina	2	1	3
Morfina	2	—	2
Sublimat	2	—	2
Arszenik	—	1	1
Makowiec	2	—	2
Sole miedziowe	—	1	1
Nieznane (bez zbadania chem.) . .	3	4	7

Ogółem 70.

[1]) Roefisch. Der Selbstmord.

Do otruć zaliczamy także tak zwane otrucia mechaniczne. Dokonywane one bywają przez połknięcie ciał drobnych, lecz ostrych, np. piór, gwoździ, tłuczonego szkła itd. Dyrenfurth [1]) wspomina obecnie o samobójstwie, popełnionem przez połknięcie wielkiej ilości szpilek.

Powieszenie jest również częstym sposobem (24 na 209) odebrania sobie życia. Można go dokonać bez kosztu i zachodu; bywa też wszędzie stosowanem i to głównie u ludzi biednych. Materyałem do wieszania się bywa zwykle sznur, rzadziej pasek, chustka, szelki lub bielizna. W roku 1891, jak wspomina Wachholz [2]), powiesił się 17 letni uczeń szkół średnich na pończosze swej niedoszłej. Statystyki innych krajów wykazują olbrzymi odsetek samobójstw przez powieszenie, bo 80 — 90% w stosunku do innych. U nas tego wykazać się nie da, gdyż powieszeń było zaledwie 12% i to głównie u wojskowych.

Do gromady tej zaliczyć należy także zagardlenie (*Strangulatio*). Polega ono na zaciskaniu pętli założonej na szyję własnemi rękami, zapomocą węzła lub krępulca. Wypadek taki wydarzył się w bieżącym roku (1899), a tyczył się obłąkanego, który w tutejszym zakładzie zadusił się rękawem od koszuli.

O zupełnie analogicznym wypadku wspomina Haberda [3]), a dotyczy on umysłowo chorego z kliniki prof. Meynerta. Chory ten zadusił się kawałkiem koszuli, zwilżonej własnym moczem. Chaussier oceniał znów przypadek [4]), w którym jenerał Pichegru w celi więziennej udusił się zapomocą własnej krawatki.

Rzucenie się z wysokości w celu samobójczym dokonywanem bywa przez wyskoczenie z okna lub skoczenie z wieży, skały i t. d.; śmierć nastąpić może nieraz po drodze z innej przyczyny. Tak n. p. żona pewnego aktora wyskoczyła w roku 1892 z okna („tak nieszczęśliwie" pisały dzienniki), i spadając, nabiła się na sztachety.

Utopienie wydarzyło się w Krakowie 16 razy i to 11 razy w porze, nieodpowiedniej do kąpieli. Samobójcy rzucali się ze stromych brzegów, w kilku wypadkach z mostów.

Rany cięte i kłóte zadawane bywają zwykle nożem, rzadziej innem narzędziem. Znane są przypadki, w których samobójcy używali szydeł, gwoździ, szpilek do kapeluszy i t. d. Ran zwykle spotykamy kilka i to w różnych okolicach ciała, zazwyczaj atoli w okolicy serca.

W końcu wspomnieć musimy o samobójstwie przez rzucenie się pod nadchodzący pociąg kolejowy. Od roku 1881 wydarzyło się w Krakowie 7 takich przypadków, z tych jeden dotyczył (1898) 60 letniej damy. Samobójcy kładą na szynę zwykle głowę, która ulega strzaskaniu lub odcięciu. To są mniej więcej sposoby zwykłe.

Sporadycznie wydarzają się znowu inne, więcej oryginalne sposoby. Roetisch wspomina o samobójstwie kobiety, która wystawiła się na rozszarpanie przez niedźwiedzia w menażeryi, a Wachholz [5]) opisał samobójstwo, dokonane za pomocą naboju dynamitowego. (Dok. nast.)

[1]) Virch. Jabricht. 1899.

[2]) O samob. w Krakowie 1893.

[3]) Wachholz. Podręcznik med. sąd. 1899 str. 285.

[4]) Ibidem.

[5]) Wachholz: Zur Kasuistik der selteneren Selbstmordarten. *Zeitschrift f. Medicinalbeamte.* 1896.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. P. Ehrlich & Dr. A. Lazarus: **Die Anaemie.** (Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Nothnagel VIII Band, I und II Theil 1898—1900).

I Abtheilung: *Normale und pathologische Histologie des Blutes* von Prof. Dr. P. Ehrlich und Dr. A. Lazarus.

II Abtheilung: *Klinik der Anaemieen* von Dr. A. Lazarus.

W wydawnictwie zbiorowem prof. Nothnagla z zakresu szczegółowej patologii i terapii rzecz o niedokrewności dostała się w najlepsze ręce, w jakie się tylko dostać mogła. Opracował ją twórca nowoczesnej techniki drobnowidowej krwi Paweł Ehrlich z pomocą A. Lazarusa. Część druga, dotycząca kliniki niedokrewności napisał już sam Lazarus, ale w ścisłym związku z częścią pierwszą i z szczególnem uwzględnieniem zapatrywań Ehrlicha.

Dzieło zaczęte przed laty dwoma, którego drugiej części niecierpliwie oczekiwano, wyszło świeżo z pod tłoczni. Ponieważ obie części ściśle się z sobą łączą i nawzajem na siebie powołują, należy je uważać za jednę całość i dlatego też teraz, gdy wyszła część druga, mimo, że już pierwsza ukazała się dawniej, zdaję z dzieła tego sprawę.

Wiadomo, że Ehrlich, o ile zrobił bardzo dużo w hematologii, —(żartobliwie nazywano go w Niemczech „Blutmann"), — o tyle niewiele pisał. Ilość prac jego jest szczupła, a i w tych nie dotknął rozmaitych zagadnień hematologicznych, w których zajmował odrębne i samoistne stanowisko. Również technika drobnowidowa, tak ściśle związana z istotą hematologii, wydoskonalona przez Ehrlicha, mało posiada prac, pochodzących od niego. Z żywem też zajęciem brało się do ręki pracę szczegółową, wyczerpującą wszystkie tajniki hematologii, a napisaną przez samego Ehrlicha. I można powiedzieć, że nie doznało się zawodu, przeciwnie praca Ehrlicha jest znakomitą pod każdym względem. Nie tylko wyczerpuje cały przedmiot w sposób prawdziwie naukowy, ale zarazem odznacza się wybornym układem i wielką przejrzystością, a tego o wielu pracach niemieckich nie można powiedzieć.

Kierunkiem przewodnim pracy Ehrlicha, który jej przyświeca z każdej stronicy, jest stanowisko kliniczne. Przez to praca ta nabiera wartości praktycznej, staje się żywotną i prawdziwie użyteczną. Jeżeli w której dziedzinie badania klinicznego, to przedewszystkiem w hematologii potrzeba przewodnika, któryby w przypadku wątpliwym udzielił rady, uchronił od wysnuwania zbyt pochopnych wniosków, sprowadził poglądy do właściwej miary. A takim przewodnikiem jest dzieło Ehrlicha pod każdym względem. Nie ma przytem suchości, tak właściwej cechy podręczników niemieckich, — przeciwnie, czyta się żywo i przyjemnie, a w wielu miejscach wprost olśniewa bogactwem myśli, rozsypanych hojną ręką. Zaznacza sprawy sporne, wymagające rozstrzygnięcia przez nowe badania, zachęca do nich, wskazując przyszłe kierunki i cele hematologii.

Wiadomo, jak ta gałęź nauki posiada piśmiennictwo obszerne, jak wiele prac często z sobą sprzecznych. Zjawisko to sprawiło nawet, że po chwili uniesienia, po pierwszych odkryciach Ehrlicha różnych rodzajów ciałek białych krwi, — nastało zniechęcenie, a nawet dały się słyszeć zdania, że z małymi wyjątkami hematologia dla kliniki nie posiada wielkiego znaczenia. Stało się to nasamprzód wskutek zwyczajnej własności ducha ludzkiego że, po odkryciu nowych zdobyczy w nauce, bardzo skoro przecenia ich wartość i znaczenie, — a powtóre — z powodu nieumiejętności badaczy. Nieumiejętność polegała albo na niedostatecznej biegłości w badaniu drobnowidowem krwi, albo też na nieuprawnionem wnioskowaniu. Do tego wszystkiego przyłą-

czyła się jeszcze niezgoda co do poglądu na pochodzenie różnych rodzajów ciałek białych krwi.

W tym całym chaosie, w tym zamęcie sprzecznych zdań, spornych wyników, czuć się od dawna dawała potrzeba przewodnika. Zadaniu temu odpowiada w zupełności dzieło Ehrlicha.

Po rozwinięciu ogólnych poglądów na istotę i pojęcie niedokrewności, opisuje Ehrlich najdokładniej technikę badania drobnowidowego krwi. Niejednokrotnie widział on, jak powiada, preparaty krwi, sporządzane przez zawodowych hematologów, preparaty zgoła nieudolne. W dalszym ciągu rozwodzi się szczegółowo o tak ważnej rzeczy, jak o barwieniu zestawionem zapomocą kilku barwików zmięszanych ze sobą, przyczem podaje nowszy skład własnego trójbarwika *(triacid)* i inne możliwe połączenia kilku barwików. Co do tego ostatniego szczegółu, to myśli Ehrlicha znalazły już oddźwięk w pracach najnowszych Ziemanna i Rosina o używaniu do barwienia ciałek krwi połączeń eozyny z błękitem metylenowym (patrz moje sprawozdanie p. n. „Z biochemii komórki“ w *Przegl. Lek.* z roku zeszłego). Kolejno zastanawia się Ehrlich nad ciałkami czerwonemi i białemi krwi. Rozważa znaczenie różnych postaci ciałek czerwonych, objawy wielobarwliwości *(polychromatophilia)* która uważa za znamię zwyrodnienia niedokrewnościowego ciałek czerwonych, ocenia występowanie i znaczenie jądrzastych ciałek czerwonych, megaloblastów, sposobu pozbywania się jądra z ciałek czerwonych jądrzastych, a przytem wszystkiem przyświeca mu wartość kliniczna poszczególnych objawów drobnowidowych. W rozdziałach, poświęconych ciałkom białym, przedewszystkiem jest ważny podział tych ciałek, podany przez Ehrlicha już przed laty, uzasadnienie jego poglądów i odparcie zarzutów przeciwników. Ważną podporę poglądów Ehrlicha znajdujemy w doświadczeniach rosyjskiego badacza prof. Kurłowa, który pod kierunkiem Ehrlicha oddawał się w jego pracowni badaniom na zwierzętach. Ponieważ praca Kurłowa jest dotąd ogłoszona tylko po rosyjsku, obszerne jej streszczenie przez Ehrlicha przynosi prawdziwy pożytek.

„Ziarniny“, występujące w ciałkach białych, tłómaczy Ehrlich w ten sposób, w przeciwieństwie do zapatrywań innych badaczy, że są to wytwory wewnętrznego śródkomórkowego wydzielania ciałek białych, a więc wytwory przemiany materyi w samych komórkach.

Obszerny rozdział poświęcił objawom zwiększonej i zmniejszonej liczby ciałek białych, czyli leukocytozie i leukopenii, objawom tak ważnym pod względem klinicznym. Objaw, odkryty na komórkach roślinnych przez botanika Pfeffera w Tybindze, tak zw. *„chemotaxis“*, przeprowadził Ehrlich w całej rozciągłości do wytłómaczenia leukocytozy wogóle, a w szczególności leukocytozy rozmaitych rodzajów ciałek białych, więc neutrofilii, eozynofilii, limfocytozy itd. W ustępach rozbierających leukocytozę z istoty rzeczy potrącić musiał Ehrlich o bardzo ważne zagadnienia, będące w związku z najnowszemi zdobyczami ogólnej patologii i tam to rozsypał wiele myśli nadzwyczaj oryginalnych. W dziale tym uwzględnił również białaczkę, czyli „mięszaną leukocytozę“, jak ją nazwać można.

Pracę Ehrlicha zakończa zestawienie piśmiennictwa, które wprawdzie nie jest zupełne (na co autor zwraca uwagę) i uwzględnia on przedewszystkiem prace nowsze, w każdym razie jednak jest to zestawienie nadzwyczaj przydatne, a obok tego znajdują się tu wiadomości, gdzie pewne działy literatury krwi są już zebrane przez innych autorów. W tak obszernym poczcie prac, jakich się doczekała nauka o krwi, ułatwienie to już znaczne.

Praca Ehrlicha, jak wspomniałem, napisana jest ze współudziałem Lazarusa, który samoistnie opracował część drugą, dotyczącą kliniki niedokrewności. W części pierwszej udział Ehrlicha w postępie badań hematologicznych zaznaczony wszędzie w trzeciej osobie: Ehrlich zrobił to, Ehrlich wskazał to, pierwszy Ehrlich wypowiedział to i to itd., co jednak nie jest żadną chełpliwością, ale oddaniem słuszności temu, który, jak mało kto, może o sobie powiedzieć, że prawie wszystko zrobił, lub zdziałane przez kogo innego wyjaśnił, w dziedzinie nauki o krwi.

Do pracy Ehrlicha dodano trzy rysunki szczegółów histologicznych w limfocytach. Innych ciałek białych, ani czerwonych w obrazkach z pod drobnowidu praca ta niezawiera; nie jest to jednak tak potrzebne, ponieważ istnieją dobrze wykonane obrazki Limbecka, Grawitza, Riedera, oraz w najnowszych krótkich przewodnikach do badania klinicznego krwi, jakie wydał Engel oraz Grawitz.

Praca Ehrlicha daje właściwie więcej, niż zapowiada, bo pod godłem niedokrewności dostarcza całokształtu hematologii klinicznej, nawet z uwzględnieniem białaczki, z jedynym tylko wyjątkiem zimnicy i jej pasorzytów, które tutaj nie znalazły pomieszczenia. Wobec tego część druga dzieła, którą już napisał sam Lazarus, jest w pewnym niestosunku do części pierwszej, zajmując się tylko samą niedokrewnością.

Jednakowoż słusznie, bo stosuje się ściśle do ram zakreślonych nadpisem dzieła: *Anaemia.* W tej drugiej części Lazarus dostroił się umiejętnie do początku dzieła. Uwzględnił o ile możności całą, nawet bardzo świeżą, literaturę, bo prace wydane w roku 1899. Wszędzie czuć wielką staranność, z jaką przysposobiono materyał, biorąc do pomocy z prac dawniejszych te, które ścisłością swą na to zasługiwały, aby je przypomnieć teraźniejszości. Do takich n. p. należy praca szwajcarskiego klinicysty Biermera, który wprowadził i określił pojęcie niedokrewności złośliwej, jako choroby *„sui generis“*, a od którego nawet postać tę chorobową nazywają w Niemczech niekiedy: „niedokrewnością Biermerowską“.

Kliniczny podział różnych postaci niedokrewności napotyka na nieprzezwyciężone przeszkody, które znów istnieją wskutek ułamkowości naszych dotychczasowych pojęć. Niedokrewność, mimo tylu badań i tylu prac, jest dotychczas niewyjaśniona. To też trudno znaleść dwa zgodne podręczniki w tym względzie, t. j. w podziale różnych niedokrewności. Najczęściej jeszcze można napotkać podział na niedokrewności pierwotne, czyli samoistne (idyopatyczne) i następowe czyli objawowe (wtórne, symptomatyczne). Podług tego podziału do pierwszych zalicza się obok bledniey, niedokrewność złośliwa, a wszystkie inne niedokrewności należą do drugiego działu. Co jednak począć z niedokrewnością bruzdogłowcową *(bothriocephalus-anaemia)*, którąby należało zaliczyć podług tego podziału do niedokrewności następowych ze względu na etyologię, kiedy znowu, biorąc na uwagę objawy kliniczne, powinna należeć do działu pierwszego, ponieważ objawami swymi nakrywa się zupełnie z pojęciem niedokrewności złośliwej? A dalej, przecież nie jest rzeczą tajną dla żadnego patologa, że niedokrewność złośliwa należy tylko dlatego dotychczas do osobnego działu, bo nie udało się jeszcze wyszukać właściwej przyczyny tej na oko odrębnej postaci niedokrewności. Tak więc przeprowadzenie podziału niedokrewności podług zasad etyologicznych nie da się jeszcze dzisiaj uskutecznić. Pozostaje tylko ukrócić na jakiś czas wymagania ścisłe naukowe i tymczasowo podzielić niedokrewność najwygodniej ze stanowiska klinicznego.

Podział też ten, na którym opiera się praca Lazarusa, jest taki, że do pierwszego działu zaliczamy: I. Niedokrewność prosta z poddziałami: *A)* ostrej niedokrewności pokrwotocznej, *B)* prostej niedokrewności przewlekłej i *C)* bledniey; do drugiego zaś działu należeć będzie: II. Niedokrewność złośliwa postępowa.

Ponieważ blednica do pewnego stopnia zajmuje stanowisko odrębne, wyłączono ją z pracy Lazarusa, a poświęcił jej osobne dziełko w wydawnictwie Nothnaglowskiem — Noorden.

Niedokrewność bruzdogłowcowa włączono do działu niedokrewności złośliwej postępowej, inne zaś niedokrewno-

ści, wywołane przez czerwie, jak również niedokrewność, będącą następstwem tęgoryjca dwunastnicy, czyli „ankylostomiasis“, podług objawów znalazła pomieszczenie w poddziale *B)* działu I, to jest w prostej niedokrewności przewlekłej.

W opisie poszczególnych postaci niedokrewności uwzględnił Lazarus, jak już wspomniałem, bardzo sumiennie dotychczasową literaturę. W rozdziale o ostrej niedokrewności pokrwotocznej dołączył bardzo pouczającą krzywiznę liczby ciałek czerwonych i zawartości hemoglobiny z mało znanej pracy Laachego z Chrystyanii, dotyczącej ciężkiej ostrej niedokrewności. Tablica ta uwidocznia z pomocą barwy czerwonej krzywizn lepiej, niżby to mógł zrobić nawet najdokładniejszy opis, ów niestosunek pomiędzy wzrastaniem liczby ciałek czerwonych, a zawartością hemoglobiny po krwotoku.

„Przełom we krwi“ *(Blutkrisis)*, pojęcie wprowadzone przez Noordena, a cechujące się nagłem pojawieniem się ogromnej ilości normoblastów w krwi obwodowej, objaśnia dodana tablica w obrazie drobnowidowym krwi, wykonana w barwach. W objawach klinicznych uwzględnił autor wszystkie narządy, podając również zmiany, jakie w ostatnich czasach znaleziono w przebiegu niedokrewności w nerwowym układzie środkowym, a mianowicie badania Scagliosiego, który znalazł zmiany w ciałkach Nisslowskich w mózgu. Zdobycze chemii — może zanadto treściwie przedstawione, chyba ze względu na niezgodę w zapatrywaniach badaczy na tę stronę objawów niedokrewności. W leczeniu umieścił autor wszystkie nawet najnowsze sposoby, jak wstrzykiwania żelatyny dla uśmierzania krwotoków i dodawanie cukrzanu sodowego do wlewań solnych, polecone bardzo niedawno przez Schückinga. Leczenie żelazem, z podaniem najnowszych zapatrywań na tę dotąd sporną sprawę, przedstawił autor dosyć szczegółowo.

W rozdziale o prostej niedokrewności przewlekłej wskazał autor pokrótce na badania chemiczne składu krwi w niedokrewności, na stosunek zawartości chloru i fosforu podług prac Biernackiego i Moraczewskiego, a także na wyniki nowych badań nad parciem osmotycznem we krwi i w moczu na zasadzie badań Koranyiego.

Rozdział dotyczący złośliwej niedokrewności postępowej rozpoczyna się przytoczeniem klasycznego opisu tej choroby przez Biermera, skreślonego jeszcze w roku 1871. Znakomity ten obraz, z którego nawet dzisiaj, po latach, nic ująć nie można, dodając to, co Biermerowi wówczas nie mogło być znane przy ówczesnym stanie nauki, pokazuje, że ścisłe spostrzeżenia, dokonane przez umysł niezwykły, nie starzeją się mimo ogromnych postępów, jakie uczyniła medycyna w ostatnich czasach. Tak jak patologię komórkową Virchowa można jeszcze dzisiaj niejednokrotnie przytoczyć, tak też w mniejszym, rozumie się, zakresie można to uczynić z opisem niedokrewności złośliwej, skreślonym przez Biermera. Przy rozważaniu etyologii niedokrewności złośliwej wypowiada Lazarus zdanie, że o ile dawniej, zwłaszcza z prac klinicystów szwajcarskich, wynikało, że ciąża pozostaje w pewnym stosunku przyczynowym do niedokrewności złośliwej, o tyle w czasach ostatnich niema pod tym względem żadnych nowych spostrzeżeń. Na tej podstawie wypowiada Lazarus przypuszczenie (str. 100), że niedokrewność, spostrzegana w Szwajcaryi wskutek ciąży, a szczególniej często w kantonie Zuryskim musi mieć jakieś miejscowe przyczyny, bliżej nam nieznane, jak to się zresztą wyraził podobnie pod tym względem już dawno Gusserow w dawniejszej pracy. Do pewnego więc stopnia kwestyonuje Lazarus znaczenie samej ciąży. Zdaje mi się, że niesłusznie, nie zna bowiem najnowszych prac Grawitza i E. Neussera, którzy przypisują samej ciąży w pewnych oczywiście warunkach wywoływanie niedokrewności złośliwej. Grawitz zastanawia się nawet, czy nie działa tu może powiększona macica, która wypychając jelita, wywołuje zaburzenia w trawieniu, polegające już to na upośledzeniu chłonienia, już to na wchłanianiu istot trujących z jelit (patrz *Berlin. klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 32, str. 706). Podobnie jeden z trzech przypadków niedokrewności złośliwej, ogłoszonych przez E. Neussera (patrz *Wiener klin. Wochenschrift*, 1899, Nr. 15, str. 393) jest w związku z ciążą, co nawet tłómaczy Neusser w sposób bystry podobieństwem do niedokrewności złośliwej z powodu bruzdogłowca. Obie te prace Lazarusowi nie były znane, nie wypowiedziałby bowiem po nich zdania, że związek pomiędzy ciążą a niedokrewnością złośliwą jest bardzo wątpliwy.

Od dawna była dążność, aby wyszukać w niedokrewności złośliwej pewne swoiste zmiany we krwi, znamienne tylko dla tej postaci chorobowej; ostatecznie uznano, że swoistą cechą niedokrewności złośliwej są megaloblasty i megalocyty, twory rzekomo niespotykane w innych postaciach niedokrewności. Na tem stanowisku stoi Ehrlich, na tem też trwa Lazarus z całą stanowczością, broniąc zdania mistrza. Wątpię, czy stanowisko to jest słuszne, a swoistość megaloblastów dla niedokrewności złośliwej upadnie w miarę rozjaśniania się naszych wiadomości o ciężkich niedokrewnościach. W tym razie powołać się mogę na ogłoszony przezemnie przypadek niedokrewności pokrwotocznej (patrz *Pamiętnik jubileuszowy prof. dra Korczyńskiego*), w którym znalazłem liczne te niby swoiste dla niedokrewności złośliwej twory megalocytów i megaloblastów. Tak więc swoistość niedokrewności złośliwej upaść musi, pozostanie tylko pojęcie kliniczne, w które dla wygody włożyć można tę postać niedokrewności.

W rozważaniu przebiegu niedokrewności złośliwej i rokowania w tej chorobie bardzo słusznie czyni uwagę Lazarus, że choć często można czytać o przypadkach uleczonych, to jednak są to tylko chwilowe polepszenia. Zazwyczaj po jakimś czasie chory zgłasza się ponownie do tego samego zakładu leczniczego, lub do innego i ostatecznie ulega chorobie. Brak wiadomości o dalszych losach chorego nie uprawnia do uważania pewnego przypadku za uleczony.

Cenną pracę Lazarusa kończy, podobnie jak i pracę Ehrlicha, zestawienie piśmiennictwa dotyczącego kliniki niedokrewności, t. j. prac nowszych i ważniejszych.

Prócz tego dodano dwie starannie i wiernie wykonane tablice barwne z obrazkami drobnowidowymi krwi w różnych postaciach niedokrewności, rysowanymi z pod imerzyi przez Paulę Guenther.

Całość zaleca się, jak wszystkie prace w wydawnictwie Nothnaglowskiem, starannością druku i porządnym papierem. *Dr. St. Eliasz-Radzikowski.*

IV. Wyciągi.

Prof. Weichselbaum, Albrecht i Ghon: **O morze (dżumie).** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 50). Praca W. A. i G. obejmuje zestawienie wyników badań wyprawy austryackiej, wysłanej do Indyj w r. 1897 przez wiedeńską Akademię Umiejętności, oraz dalszych badań, dokonanych zapomocą 700 doświadczeń na zwierzętach, wykonanych w wiedeńskim zakładzie patologicznej anatomii. We wstępie do pracy autorowie słusznie krytykują bezwzględne postąpienie władz po wybuchu dżumy pracowniane w Wiedniu, zakazujące wszelkich badań tej choroby, zamiast którego wystarczyłyby stosowne przepisy, wydane niestety znacznie później, kiedy już hodowle dżumy uległy przymusowemu zniszczeniu. A przecież pojawienie się dżumy w Oporto i jeden przypadek w Tryeście dowiodły słuszności zdania, że dżuma powinna być dalej jak najdokładniej badaną, bo wkrótce możemy się z nią w Europie zbliska zapoznać.

Badania wiedeńskie doprowadziły w kilku punktach do wyników odmiennych od badań wyprawy niemieckiej, zebranych na konferencyi, która się w sprawie moru odbyła przed kilku miesiącami w Berlinie. Mór u ludzi wy-

stępuje albo w postaci choroby miejscowej z ogólnem zatruciem jadami, wydzielanymi przez drobnoustroje morowe. albo też doprowadza do zakażenia ogólnego. Rozróżnić można dwie główne postacie moru, to jest dymieniczą i płucną, Oprócz tego można mówić jeszcze, jako o poniekąd odrębnej postaci, o charłactwie morowem, wywołanem przez dłużej trwające działanie jadów prątka morowego na ustrój. Natomiast błędnem jest rozróżniać, jako odrębną postać, „krosty pomorowe", jak to czyni wyprawa niemiecka. Rownież zdaje się nie istnieje postać żołądkowo-jelitowa; przynajmniej u człowieka nie stwierdziła wyprawa austryacka ani jednego przypadku zakażenia tą drogą. Przypadki pomoru, zakończone śmiercią, przedstawiają przy sekcyi obraz posocznicy krwotocznej lub też ropnicy z licznemi dymienicami. Powstawanie wybroczyn w pierwszym przypadku nie jest, zdaniem autorów, wynikiem działania samych tylko jadów pomorowych, jak to twierdzi wyprawa niemiecka, ale skutkiem bezpośredniego zadziałania samychże prątków, usadawiających się w miejscu wybroczyny. Prawie w każdym przypadku można wykazać pierwotne ognisko w jakimś gruczole lub gromadzie gruczołów chłonnych. Pierwotna dymienica sadowi się najczęściej w pachwinie, rzadziej w pasze, jeszcze rzadziej na szyi, w grudkach limfatycznych migdałków lub innych części gardła. Niekiedy tylko nie wytwarza się wcale pierwotna dymienica, mianowicie w przypadkach, przebiegających bardzo szybko i kończących się śmiercią, zanim jeszcze przyszło do powstania dymienicy. Obecność pierwotnej dymienicy dowodzi, że zakażenie nastąpiło od strony skóry lub błon śluzowych (np. ust, gardła, — w przypadkach dymienic migdałków). Obraz anatomiczny dżumy znamionuje się oprócz dymienic obecnością licznych wybroczyn i obrzękiem śledziony; w ropnicowatej odmianie dżumy spotyka się nadto ogniska przerzutowe w narządach wewnętrznych (wątroba, nerki, śledziona, płuca) i mięśniach. Dymienice wtórne, niekiedy się wytwarzające w grudkach limfatycznych błony śluzowej gardła mogą rozpadłszy się stanowić wrota do zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropnymi. Zakażenie ogólne następuje najczęściej z dymienic pierwotnych, jednakże nie jest bezwzględnie śmiertelne, gdyż spostrzegano przypadki wyzdrowienia, chociaż we krwi krążyły już prątki dżumowe. Płucna postać dżumy może występować albo jako pierwotne dżumowe zapalenie płuc, albo też jako sprawa wtórna, bądź przerzutowa, bądź też zakrztuśna (przez wdychanie rozpadłej miazgi, wydostającej się z dymienic gardła). Wrotami zakażenia mogą być oprócz skóry i błon śluzowych gardła, ust i nosa, także błona śluzowa tchawicy i oskrzeli, a wreszcie i sama tkanka płucna. Zakażenie przez skórę może, według badań W. A. i G., nastąpić nawet wówczas, jeżeli skóra jest nieuszkodzoną, a to przez w t a r c i e prątków.

Plwociny chorych zawierają prątki dżumowe nietylko w formie płucnej, ale także nieraz w formie dymieniczej dżumy; szczegół to ze względów sanitarnych bardzo ważny. Ponieważ rozpoznanie dżumy, zwłaszcza przy wybuchu, przy rozeznawaniu pierwszych jej przypadków, jako też w formie płucnej opiera się przedewszystkiem na badaniu bakteryologicznem, przeto koniecznem jest, aby wiadomość głównych przynajmniej cech bakteryologicznych stała się własnością ogółu lekarzy, i aby wcześnie pomyślano o wykształceniu dostatecznej liczby bakteryologów. dokładnie ze sprawą dżumy obeznanych. Prątek dżumy posiada najczęściej postać owalną, rzadziej spotyka się wyraźne prątki, niekiedy zaś przybiera on wejrzenie ziarenkowców. Barwi się prątek dżumy przedewszystkiem na obu biegunach, niekiedy jednak i w całości. Sposobem Grama odbarwia się. Przy stósownem barwieniu można wykazać otoczki. Hodowle prątka dżumy udają się wprawdzie na wszystkich używanych zwykle podłożach, najlepiej jednak rośnie on na pożywkach, oddziałujących obojętnie lub słabo zasadowo; nie rośnie poniżej 5 i powyżej 43·5°, jednakże nawet po godzinnem ogrzaniu do 60° nie zawsze obumiera. Ginie napewno po godzinnem ogrzaniu do 70° C.

Próba wyhodowania prątka dżumy nie jest jeszcze ostatecznym probierzem rozpoznawczym, ponieważ zdarza się, że hodowla się nie powiedzie, a mimo to szczepienia na zwierzętach wydadzą wyniki dodatnie. Do szczepienia nadają się szczury, myszy, koty, małpy i świnki morskie. Autorowie polecają do doświadczeń szczególnie te ostatnie. Zakażenie u zwierząt pozostaje albo miejscowe, albo może się uogólnić; w tym drugim przypadku można zawsze wykazać pierwotną dymienicę w okolicy zaszczepionej. Stwierdzono, że zropiała pierwotna dymienica może nawet w przypadku wyzdrowienia przez dłuższy czas być źródłem, z którego na zewnątrz obficie wydostają się prątki dżumowe. Szczegół ten rzuca światło na te wybuchy dżumy u ludzi, przed którymi nie zauważono dżumy u szczurów; w rzeczywistości w razach tych zaraza szerzyła się prawdopodobnie naprzód wśród szczurów, ale w formie łagodnej, nie sprowadzając znaczniejszej ich śmiertelności, niemniej jednak stanowiła źródło zarazy u ludzi. Jadowitość prątka dżumy bywa bardzo rozmaita i daje się sztucznie wzmacniać lub osłabiać. W przesączu hodowli bulionowych można wykazać obecność swoistego jadu (toksyny). Rozpoznanie dżumy jest w początkach epidemii niełatwe, klinicznie nieraz niemożebne; stanowczo rozstrzyga wszelkie wątpliwości badanie bakteryologiczne, do którego użyć należy ropy, uzyskanej przez nakłócie dymienic, dalej plwocin, krwi lub wreszcie moczu; cennych wskazówek dostarczyć może rozbiór zwłok lub przynajmniej dokładne badanie anatomiczne dymienic, wreszcie badanie współcześnie padłych myszy, szczurów lub kotów. Jeżeli badanie drobnowidowe nie daje pewnych danych, należy uciec się do wyników hodowli i doświadczeń na świnkach morskich [1]). Pracę zamyka opis przypadku dżumy, który przydarzył się niedawno w Tryeście; majtek, do którego przypadek ten się odnosi, wysiadłszy z okrętu zasięgał porady lekarskiej i jeszcze raz powrócił na okręt, zanim w końcu oddano go do szpitala zakaźnego i to nie z rozpoznaniem dżumy, lecz z przypuszczeniem duru osutkowego Dopiero później przekonano się, że chory ten dotknięty był w rzeczywistości ropnicowatą postacią dżumy, aczkolwiek pierwotnej dymienicy do końca wykazać nie zdołano; wykrycie dżumy zawdzięcza się w tym przypadku wyłącznie tylko badaniu bakteryologicznemu [2]).

Ciechanowski.

D r. K r a u s. **Kurczowe zaparcie stolca i jego leczenie.** (*Wiener med. Presse*, 1899. Nr. 50). Autor, omawiając patogenezę zwiotczenia (atonii) kiszek, twierdzi, że kurczowe zaparcie stolca wytwarza się tylko u osobników ściśle neuropatycznych. Wymieniając zaś objawy tego cierpienia, podnosi, że przedewszystkiem uwaga takich chorych skierowaną jest ustawicznie na przewód pokarmowy; dalej skarżą się na różne dziwne odczucia w jamie brzusznej, a szczególnie w okolicy jelita grubego, lub też na rzeczywistą bolesność. Badanie zaś przedmiotowe bardzo często wykazuje jelito wstępujące, a najczęściej zstępujące, jako silnie skurczony postronek; powyżej i poniżej skurczonych odcinków znaleźć można części jelita, gazami wydęte. lub też nie rzadko wybadać można opadnięcie jelit (enteroptosis). Uzupełniwszy ten obraz kurczowo ściśniętym zwieraczem, co się stwierdza przy badaniu palcem *per anum*, oraz grudki „małokalibrowego" kału, — będziemy mieli dokładny obraz kurczowego zaparcia stolca.

Jak z jednej strony cechą zwykłego zwiotczenia kiszek jest niedostateczny ruch robaczkowy jelit, tak przeciwnie, kurczowe zaparcie stolca ma swoją przyczynę w tężcowym prawie skurczu ścian jelitowych, któryby można porównać z tężcem ciężarnej macicy. Jeśli więc się bierze

[1]) Autorowie zalecają wcierać materyał badany świnkom w ogoloną skórę, co jest wiele bezpieczniejsze, niż używane powszechnie szczepienia na błonę śluzową nosa, lub nawet pod skórę szczurom.

[2]) Na leczenie surowicą zapatrują się autorowie, podobnie jak wyprawa niemiecka, dość sceptycznie. Zgoła przeciwnie wyrażają się o znakomitem działaniu surowicy w najnowszej pracy C a l m e t t e i S a l i m b e n i (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1899. Nr. 12), wyjaśniając zarazem skąd pochodzi niesłuszny sceptycyzm W. G. i A.

nieprawidłowe unerwienie, jako przyczynę takiego stanu jelit, wówczas jasną już jest rzeczą, dlaczego bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, działające na kiszki, nie tylko, że nie wywołują posuwistego ruchu robaczkowego jelit, lecz stan ich staje się kurczowy. Również i Leube jest tego zdania, a Trousseau i O. Rosenbach stósowali w takich przypadkach tylko wilczą jagodę i makowiec. I autor, przyjmując to cierpienie, jako będące przyrody czysto nerwowej, twierdzi, że przy leczeniu nie tylko wstrzymać się należy od wszelkich środków czyszczących, lub drażniących przewód pokarmowy, lecz przeciwnie, stósować należy leczenie dyetetyczno-higieniczne, w ostateczności zaś, z przetworów aptecznych, brom, a nadewszystko starać się odwrócić uwagę chorego od tego cierpienia. Szczególniejszy zaś nacisk kładzie autor na zabiegi wodolecznicze i to tylko ciepłe (półkąpiele, okłady ciepłe na brzuch kilka razy dziennie, gorące zawijanie, opaska), następnie lawatywy ciepłe z mięty lub oliwy (400—500) pod nizkiem parciem; z mięsienia zaś powłok brzusznych i jelit nie wiele spodziewać się należy. *Dr. Henryk Pisek.*

Anton Prof. D. G. (w Gradcu). **Obustronne schorzenie okolicy ciemieniowej mózgu.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1899. Nr. 48). Pewne części mózgu mogą już w stosunkach fizyologicznych okazywać przerost u różnych osobników i w różnych rasach ludzkich. Największym zmianom u różnych osobników podlegają płaty czołowe i tylna okolica ciemieniowa. Uszkodzenie jednej strony w tych okolicach wyrównywa druga odpowiednia strona, dlatego obrażenia jednostronne w tych miejscach, szczególniej po stronie prawej, nie pociągają za sobą trwałych objawów ogniskowych i dlatego też te okolice mózgu nazywają się „niememi częściami mózgu". Większość badaczy przypisuje tym właśnie okolicom wyższe czynności psychiczne, a Flechsig nadał im nazwę wielkich przednich (płaty czołowe) i tylnych (okolice ciemieniowe) ośrodków kojarzenia.

Rüdinger poparł to zdanie dowodami pewnymi, ponieważ te właśnie okolice mózgu były silnie rozwinięte w wielu przypadkach u ludzi, obdarzonych wielką inteligencyą. W tej też to okolicy rozwój mózgu jest powolniejszy, bo dopiero w 4 i 5 miesiącu życia dziecka powstaje osłonka rdzenna. W razie uszkodzenia okolicy ciemieniowej mózgu występują pod względem klinicznym następujące objawy: *a)* zatrata czucia mięśniowego po stronie przeciwnej. Objaw ten łączy się często z porażeniem, ponieważ występuje jednocześnie z obrażeniem zakrętów środkowych; *b)* połowicza ślepota po stronie przeciwnej; *c)* wobec ognisk po stronie lewej: aleksya (niepojętność głosek), afazya czysta i optyczna; *d)* zaburzenia psychiczne; *e)* zmiany w ruchach mięśni gałek ocznych. Po tem zestawieniu ogólnem przechodzi autor do własnego przypadku, w którym było obrażenie obustronne mózgu przez rozrost nowotworu.

Młody człowiek (27 lat), wyrobnik, przed dwoma laty miał wysypkę, z powodu której był leczony w szpitalu wcieraniami szaruchy, choć wogóle zaprzecza, aby przebywał kiłę. Obecnie zgłosił się z powodu szalonych bolów głowy.

W szpitalu wystąpiły osłabienie i bóle w nogach, zawrót głowy przy chodzeniu. Chory nie widzi dobrze, w ostatnich czasach wyłysiał i trudno mówi, „jakby mu coś w gardle zawadzało". Przy badaniu uderza znużenie całego ciała, chory leży bez ruchu na łóżku, gdy mówi, nie używa przy tem żadnej mimiki. Oczy nieruchome, t. j. chory nie posługuje się niemi, nie nastawia na przedmioty. Upośledzenie znaczne wzroku (lewe oko = liczy palce na 0·5 m., prawe = 1 dm.), dno oka prawidłowe. Po 12 dniach zażywania KJ. pewna poprawa. Po miesiącu napad bezprzytomności z kurczami tężcowo-drgawkowymi w lewem ramieniu. Następnie ogólne kurcze a głowa skręca się na prawo. Po drugim miesiącu chory stracił powoli zmysł oryentacyjny. Przedmioty za dalekie chce chwytać ręką, wogóle nie może się zoryentować, chyba przy pomocy macania, jak ślepy, choć widzi przedmioty. Nie może wrócić sam do łóżka, musi go towarzysz prowadzić. Mimo to wie, gdzie się znajduje, że jest chory, nawet nauczył się, w czasie pobytu w szpitalu, po niemiecku (był słowieńcem z Cylei).

Twarz bez wyrazu, jak maska (dodana fotografia potwierdza opis). Czaszka przy opukiwaniu bolesna, zwłaszcza w okolicy ciemieniowej. Stan coraz gorszy. Znajdują go nieraz w nocy śpiącego z otwartemi oczami. Czucie dotyku bez zmian większych.

Po upływie dalszego miesiaca brak choremu wyrazów na oznaczenie przedmiotów, nawet w mowie ojczystej, zwłaszcza brak rzeczowników i imion własnych. Stracił zupełnie poczucie prawej i lewej strony. Czasami nie może zrozumieć, co się doń mówi.

Niebawem zejście śmiertelne z powodu ropnego zapalenia oskrzeli.

Przy rozbiorze zwłok znaleziono nowotwór po obu stronach w istocie rdzennej obu okolic ciemieniowych, dochodzący aż do kory, w środku rozmiękły, którego badanie wykazało spornia k (*neuroglioma*).

Autor rozbiera następnie poszczególne objawy w związku z zajętemi przez nowotwór częściami mózgu.

Dr. St. Eljasz-Radzikowski.

R. Cestan i L. Sourd: **Babińskiego odruch paluchowy.** (*Gazette des hôpitaux*, Nr. 133, 1899). Autorowie badali na 300 chorych zachowanie się odruchu paluchowego w rozmaitych chorobach układu nerwowego. Odruch ten, wykryty przez Babińskiego (p. *Przegląd lekarski.* Nr. 28 i 29, 1898) polega na ruchu wyprostnym palców stopy kończyny porażonej i jest zjawiskiem patognostycznem zajęcia dróg piramidalnych. Szereg autorów potwierdził znaczenie rozpoznawcze tego odruchu, a tylko Schüler, M. Cohn i Giudiceandrea znajdowali go i u zdrowych. Autorowie wykazują, iż ta sprzeczność może polegać na błędzie badania i oceniania tego odruchu i podają następujący sposób postępowania: kończyna ma być zupełnie zwolnioną, a chory nie powinien nic wiedzieć o mającem nastąpić badaniu; następnie końcem ostrym igły lub szpilki pociera się zwolna brzeg zewnętrzny stopy coraz silniej, aż do pojawienia się odruchu. W stosunkach prawidłowych palce zegną się ku podeszwie, w przypadkach chorobowych wykonają ruch wyprostny ku grzbietowi stopy, a w szczególności palec wielki.

Odruch ten badali autorowie u całego szeregu chorych, przedstawiających zmiany w drogach piramidalnych i u chorych, dotkniętych chorobami innych narządów lub tego rodzaju schorzeniem układu nerwowego, w którem drogi piramidalne były wolne. Na podstawie tych badań przychodzą do następujących wniosków. Odruch paluchowy jest zjawiskiem chorobowem i nie znachodzi się u ludzi zdrowych. Znamionuje on zajęcie dróg piramidalnych, lecz brak jego nie wyklucza schorzenia tych dróg. W porażeniach organicznych objaw Babińskiego jest niezmiernie częstym i pozwala odróżnić porażenie organiczne od porażenia histerycznego, gdyż nigdy nie zjawia się w porażeniu na tle czysto histerycznem. W świeżych porażeniach organicznych występuje on bardzo wcześnie, gdy jeszcze odruchy ścięgniste są prawidłowe lub zmniejszone i dlatego ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. W porażeniach spastycznych pochodzenia rdzeniowego jest nadzwyczaj częstym i ma większe znaczenie rozpoznawcze, niż drżenie spastyczne, ponieważ drżenie to może się pojawić nawet w chorobach stawów. Nakoniec w niektórych chorobach rdzeniowych, jak wiąd rdzenia, choroba Friedreicha itp., odruch paluchowy Babińskiego może być jedynym objawem, który pozwala rozpoznać zajęcie dróg piramidalnych.

Dr. Józef Latkowski.

Prof. Dr. Leo. **Zapalenie jądra, jako powikłanie zapalenia gruczołu przyusznego** (*mumps*) **u dziecka.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1899. B. L. H. 4.) Gdy z osób dorosłych prawie 25—30% chorych na epidemiczne zapalenie gruczołu przyusznego (*mumps*) zapada na zapalenie jądra, to u dzieci, u których to zapalenie gr. przyusznego o wiele jest częstsze, jądra nie ulegają zapaleniu. Henoch i Ba-

giński powikłania tego nie spostrzegali. Prof. Dr. Leo obserwował na poliklinice w Bonn 14-letniego chłopca, chorego na zapalenie gruczołu przyusznego, u którego w 10 dniu wystąpiło zapalenie jądra, jako powikłanie pierwotnego cierpienia. Przyczyny tej różnicy w częstości występowania tego powikłania dopatruje autor wspólnie z Soltmanem w pewnej różnicy chemicznej tkanki jąder, względnie ich soków. W jądrach dorosłych znajduje jad zapalenia gruczołu przyusznego nader korzystną pożywkę, przeciwnie rzecz się ma u dzieci, a nawet i u starców, zapadających wedle spostrzegania Laghi nader rzadko na zapalenie jąder w przebiegu zapalenia gruczołu przyusznego.

Dr. Bolesław Komorowski.

v. Brackel. **Przypadek pojedynczego torbiela nerki.** *(Samml. klin. Vortr. N. F.* Nr. 250). W przypadku tym chodziło o 18 letniego młodzieńca, u którego guz wielkości jaja gęsiego, macalny pod lewem podżebrzem, nagle po 3 letniem istnieniu począł się powiększać i to wśród bólów. Guz dosięgał rozmiarów głowy mężczyzny, był gładki, okrągły i mało ruchomy. Podczas operacyi wykonanej przez Zoege v. Manteuffla przekonano się, że guz ten usadowionym był poza jamą otrzewnej i wyrastał z dolnego bieguna lewej nerki. Po uwolnienieniu guza od podłoża, wycięto jego nasadę w zdrowej tkance nerki cięciem klinowem, poczem nerkę zaszyto i umocowano ją do mięśnia lędźwiowego czworobocznego. Po krótkim czasie chory wyzdrowiał. Podobnych przypadków, opisanych w literaturze, znalazł autor 21, a z tych 14 dotyczy kobiet.

Są to prawdopodobnie t. z. cysty retencyjne.

Herman.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Protargol, używany dotychczas prawie wyłącznie w nieżytach błon śluzowych, stosuje Floret (*D. m. Woch.* 1899. 40) w postaci 5—10% maści na rany różnego rodzaju, szczególnie powierzchowne w skórze, jak w oparzeniach, czyrakach, wypryskach ze zdarciem przyskórka, półpaścu, liszajach i gruźlicy skóry, wreszcie nawet w wrzodach podudzia. Dla korzystniejszych własności tego przetworu nad innymi środkami srebrowymi podawał go Ruhemann (*D. m. Wch.* 1899. 40) wewnętrznie. W chorobach żołądka (rak, wrzód okrągły) pigułki, zawierające 0,1 grm. protargolu, podawane do 6 na dzień, zmniejszały wymioty i napady bólu lub krwotok. W razie krwotoku dawka dochodziła do 0,5 grm. parę razy dziennie. W rzeżączkowych zapaleniach stawów i objawach ze strony serca protargol w tej postaci dawał bardzo dobre wyniki, usuwając bóle i działając zarazem na oczyszczanie się moczu. Wreszcie zmniejszanie się nasilenia choroby po tym środku przy uwiądzie rdzenia zachęca do dalszych prób. W końcu jednak dodaje R. uwagę, że w jednym przypadku z tych ostatnich, w którym podano przeszło 100 grm. protargolu, pojawiły się objawy srebrzycy skóry i błon śluz., coby dowodziło, że przetwór ten rozkłada się na białkan srebrowy. *F, K.*

Znaczenie środków utleniających w dermatologii jest wybitne, bo potrzeba ich dla rozmiękczenia skóry i rozjaśnienia warstwy rogowej lub odbarwień. Najważniejsze więc ich zadanie ma miejsce we wszystkich sprawach chorobowych, połączonych z przerostem warstwy rogowej przyskórka. Dlatego podaje Unna mydło z dwutlenkiem sodu (Na_2O_2) w zgrubieniach przyskórka na twarzy i następowych zaskórnikach (*comedo*), co tak często widzieć się daje w przypadkach trądzika. Mydło, zawierające 2—20% tego środka, rozciera się i rozmydla na skórze twarzy raz lub kilka razy dziennie, zmywając go za chwilę, pozostawianie bowiem piany mydlanej nie miałoby naturalnie w tym razie znaczenia. Dobre wyniki otrzymywał autor przy dłuższem i energiczniejszem stosowaniu tego mydła także w leczeniu blizn po trądziku i w trądziku samym (*acne rosacea*). *(Mon. f. prakt. Derm.*, T. 29, 4). *F. K.*

Isaac leczył wrzody weneryczne, posypując je Itrolem (*arg. citricum*), z bardzo dobrym skutkiem, gdyż szybko następowało oczyszczenie dna wrzodu i pokrycie go zdrową ziarniną. Własność itrolu trudnego rozpuszczania się jest przyczyną, że rozsypany na ranę wywiera czas dłuższy swe działanie przeciwpasorzytnicze. Actol (*arg. lactic.*) posiada własności itrolu, rozkłada się jednak łatwo na świetle, przez co do użycia się nie nadaje. *(Zt. f. pr. Aertz.* 1899, 8). *F. K.*

Ogłoszenia o Airolu mnożą się w literaturze coraz więcej. Marense (*Reichs. Med. Anz.* 1899. 15) zachwala go w użyciu na rany różnego rodzaju, gdyż nie drażni i jest bezwonny. W chorobach wenerycznych stosuje go na wrzody miękkie i twarde, jako też w postaci 10% zawiesiny (gliceryna i woda *aa*) w rzeżączce. Szczególnie pomyślne działanie widać we wrzodach podudzia. W podobny sposób wyraża się także Andriani (*Gaz. intern. d. med. pract.* 1899. 6), podnosząc tę jego własność, że używać go można we wrzodach na skórze, pokrytej wypryskiem. *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 29 grudnia 1899 roku.

Przewodniczący: kol. A. Gluziński, członków obecnych 44.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Krzyszkowski przedstawił i omówił przypadek nanosomii. Przedstawiony karzeł ma lat 18 i 9 miesięcy, wzrost jego sięga 1 m. 11 ctm., ciężar ciała wynosi 15 klg. Z wywiadów wiadomo, że rodzice jego są normalnie zbudowani. Budowa jego ciała prawidłowa, proporcya pojedynczych części ciała zachowana. Obwód czaszki wynosi 39 ctm. Osobnik ten przedstawiony był pierwszy raz przez Virchowa w 12 r. życia, wtedy wzrost jego wynosił 92 ctm., obwód czaszki 37 ctm. Inteligencya jego obraca się w dość ciasnej sferze pewnych odpowiedzi, które na zadane pytania często powtarza.

Nad demonstracyą tą poczynili kilka uwag koll. Beck i Mars.

3. Dyskusya nad wykładem kol. Feuersteina: O skrzyżowanym objawie kulszowym.

Kol. Barącz sądzi, że skrzyżowany objaw kulszowy ma nie tylko rozpoznawcze znaczenie, ale może dać pewne wskazówki terapeutyczne. Napinanie się i pociąganie worka oponowego strony przeciwnej przy wyprostowaniu kończyny dowodzi, że worek oponowy jest w ścisłem połączeniu z nerwem. Wskazane są zatem badania anatomiczne przy rwie kulszowej. Możliwem też jest, że zmiany anatomiczne umiejscawiają się w sąsiedztwie worka oponowego i że w niektórych przypadkach zabiegi operacyjne, skierowane na sąsiedztwo tego worka (zwolnienie zrostów nieprawidłowych z sąsiedztwem bez otwierania worka) dałyby dobre wyniki; należałoby pod tym względem przedsiębrać próby. (*Autoreferat*).

Kol. Gluziński zaznacza, że od czasu, kiedy mu prelegent objaw ten przed 2 laty pokazywał, zwracał na niego uwagę; nie może jednak sobie wyrobić zdania stanowczego. Tłómaczenie objawu, podane przez kol. F., nie przemawia mu do przekonania, pozwoliłby sobie zaś tłómaczyć go w ten sposób, że przy naciąganiu wchodzą w grę pewne mięśnie, które są zajęte i te grają pewną rolę.

Kol. Feuerstein odpowiada, że co do częstości objawu, to mimo, że zapatrywał się na rzecz ściśle krytycznie, stwierdzić ją musi. Zauważa jednak, że badać trzeba b. starannie i że niekiedy objawy występują b. słabo. Materyał jego wynosi około 80%. Zwraca uwagę i na to, że odniósł wrażenie, iż objaw ten występuje czasem dopiero w ciągu choroby. Co zaś do tłómaczenia objawu, to musi jeszcze raz to podnieść, że opiera się ono na podstawie anatomicznej.

4. Do komisyi matki, mającej się zająć przygotowaniem wyboru zarządu Sekcyi na rok 1900 wybrani zostali koledzy: Bylicki, Fechter, Festenburg, Feuerstein, Gluziński A., Krzyszkowski, Mars, Merunowicz, Papée, Pisek, Sołowij, Świątkiewicz, Uhma, Wechsler i Zgórski.

Dr. Papée, sekretarz.

Tow. lek. lwowskie odbyło posiedzenie administracyjne w d. 12 stycznia b. r., na którem dokonano wyboru zarządu na rok 1900. Wybrani zostali: prezesem kol. Feliks Sielski, wiceprezesem kol. Adolf Beck, sekretarzem kol. Józef Krzyszkowski, gospodarzem kol. Edward Festenburg, bibliotekarzem kol. Klemens Dębicki. Członkami biura: koll. Roman Rencki, Adam Sołowij i Teofil Stachiewicz. Delegatami na walne Zgromadzenie

Tow. lek. galicyj. koll Adolf Beck, Henryk Kadyi, Paweł Kuczera, Jan Papée, Feliks Sielski, Emil Wechsler i Grzegórz Ziembicki. Zastępcami: koll. Teod. Bałłaban, Edmund Kowalski i Piotr Kucharski.

Dr. Papée, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 30 grudnia, 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Pieniążek. — Członków obecnych 70.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Koll. Leona Glińskiego i Leona Fürbecka przyjęto na członków.

Następnie przystąpiono do wyboru urzędników Towarzystwa na rok przyszły. Kol. prof. Jakubowski odczytał listę kandydatów, poleconych przez Komisyę przedwyborczą, której był przewodniczącym.

Przy pierwszem głosowaniu na prezesa padła równa liczba głosów na prof. Jordana i prof. Zarewicza. Przy następnych głosowaniach wybrani zostali kandydaci Komisyi przedwyborczej, mianowicie: prezesem prof. Henryk Jordan, wiceprezesem prof. Leon Wachholz, sekretarzem stałym kol. Doc. Rutkowski Maksymilian, dorocznym kol. Droba Stanisław, bibliotekarzem kol. Gliński Leon, redaktorem kol. Kwaśnicki August. Członkami Komisyi redakcyjnej wybrano: prof. Jaworskiego Walerego, doc. Raczyńskiego Jana, prof. Rosnera Aleksandra i doc. Kryńskiego Leona. Delegatami do Towarzystwa lekarzy galicyjskich zostali nadal proff.: Gluziński Ant. i Mars Ant., członkami Komisyi kontrolującej kol. doc. Łepkowski Wincenty i kol. Mączka Tomasz.

Dr. Ksawery Lewkowicz, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił następujący ogólny program Zjazdu:

W piątek, 20 lipca 1900 r. wieczorem: zebranie i powitanie przybyłych uczestników. W sobotę, 21 lipca, o 8 rano nabożeństwo, o 10 rano otwarcie Zjazdu i I posiedzenie ogólne, na którem wygłoszą wykłady: Prof. Nencki z Petersburga i prof. Baranowski z Warszawy. Treścią wykładu prof. Baranowskiego będzie: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“. O 1 w południe otwarcie Wystawy przyrodniczo-lekarskiej; o 4 popołudniu posiedzenia sekcyjne; wieczorem przyjęcie uczestników przez Komitet gospodarczy. W niedzielę, 22 lipca, rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich i technicznych; popołudniu wycieczka w okolice Krakowa. W poniedziałek, 23 lipca, od 7—9 rano zwiedzanie miasta i jego zakładów; o 9 rano posiedzenie zbiorowe w sprawie gruźlicy i jej zwalczania; o 4 popołudniu posiedzenia sekcyjne; o 6 wieczorem zwiedzanie parku prof. Jordana We wtorek, 24 lipca, od 7—9 rano zwiedzanie miasta, o 9 rano posiedzenia sekcyjne; o 4 popołudniu II posiedzenie ogólne z wykładem prof. Hoyera z Warszawy i zamknięcie Zjazdu. We środę, 25 lipca, wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk krajowych i ewentualna wycieczka do Wieliczki.

Prace naukowe Zjazdu odbywać się będą współcześnie w 23 sekcyach, a mianowicie dotąd utworzono następujące sekcye naukowe: 1) matematyczno-fizyczna, 2) chemiczna, 3) mineralogiczna, geologii i geografii fizycznej, 4) zoologii i anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) przyrodniczo-rolnicza, 7) techniczna (mechanika, budownictwo, inżynierya i technologia chemiczna), 8) fotografii, zastósowanej do celów naukowych, 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno-fizyologiczna (anatomia, fizyologia, embryologia, histologia, chemia fizyologiczna, antropologia), 12) patologiczna (anatomia patolog., patologia ogólna, bakteryologia lekarska), 13) medycyny wewnętrznej wraz z pedyatryą (oraz z balneologią, hydroterapią i farmakologią), 14) chirurgiczna (chirurgia, ortopedya, laryngologia i otyatrya), 15) dentystyczna, 16) dermatologiczna, 17) neurologii i psychiatryi, 18) okulistyczna, 19) ginekologiczna, 20) medycyny sądowej i toksykologii, 21) medycyny publicznej (higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych), 22) weterynarska, 23) prasy lekarskiej.

Prace przygotowawcze wszystkich tych sekcyj są w pełnym toku. Większość sekcyj umieści na porządku dziennym swych obrad kilka z góry oznaczonych tematów, które przedstawią uproszeni do tego sprawozdawcy. Znaczna część tematów jest już obraną, nadto zgłoszono już kilkadziesiat samodzielnych wykładów. Ostateczny termin zgłaszania samodzielnych wykładów ustanowił Komitet na dzień 1 czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być dołączone krótkie streszczenie zgłoszonego wykładu.

Prof. Dr. Kostanecki *Prof. Dr. Witkowski*
przewodniczący Komitetu.

Doc. Dr. Ciechanowski
sekretarz Komitetu (Wielopole 4).

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w miesiącu grudniu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 14 osoby, w liczbie tej 3 pozostałe w szczepieniu z listopada 1899 i 3 pozostające w leczeniu nadal na miesiąc styczeń 1900.

Wykaz liczbowy tych 14 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Rodzaj pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	1	—	1
w kończyny górne	4	3	4	11
w kończyny dolne i tułów . .	—	1	1	2
w ciało nagie	4	3	2	9
przez ubranie	—	2	3	5
liczby ogólne	4	5	5	14

We wszystkich 14 przypadkach zwierzętami kąsającemi były psy.

O. Bujwid.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 stycznia.

* Nie zamierzamy opisywać okoliczności, które towarzyszyły chorobie i śmierci ś. p. Dr. Napoleona Kostaneckiego; są to już dziś rzeczy znane i wyjaśnione. Zmarły oddawał się badaniu hodowli prątków chorób zakaźnych i doświadczeniom na zwierzętach. Biorąc rzecz po ludzku, zakazić się mógł; tak też widocznie pojmował tę sprawę kol. prof. Bujwid, skoro pośpieszył z zawiadomieniem władzy o podejrzanym przypadku choroby swego pomocnika. Przedsięwzięto badanie bakteryologiczne w Krakowie i Wiedniu; z ramienia namiestnika przybył protomedyk, Radca Dr. Merunowicz, który zarządził środki ostrożności w Zakładzie prof. Bujwida i w domu zmarłego; sekcya i pogrzeb odbyły się z zachowaniem wszelkich środków bezpieczeństwa. Ostateczny wynik, jak wiadomo, jest ten, że sekcya nie dostarczyła dowodów, ażeby ś. p. Kostanecki umarł z moru; prątków morowych nie wykryto w Wiedniu i Krakowie; zwierzęta zastrzyknięte — nie padły; rodzina i najbliższe otoczenie — zdrowi; hodowle wykazały łańcuszkowce i pneumokoki, a nekroskopia stwierdziła wysięk surowiczy w opłucnej prawej i obrzęk śledziony.

Okoliczności, towarzyszące chorobie i śmierci ś. p. Dra Napoleona Kostaneckiego, które nie wykluczały możebności, że śmierć mogła nastąpić z moru, spowodowały szereg niezbędnych ostro-

żności, które uczyniły z pogrzebu tego nieodżałowanego pracownika szereg sanitarno-policyjnych formalności, może boleśnie przykrych dla rodziny i przyjaciół zmarłego, lecz w dniu pogrzebu, przed ostatecznym wynikiem wielostronnych badań przyczyny śmierci, jeszcze koniecznych. Dziś już wiemy, że ś. p. K. umarł nie z moru, że wszystkie te zachody były tylko aktem sumiennej ostrożności, a wynikły z głębokiego poczucia obowiązku wszystkich czynników, mających styczność z osobą ś. p. Kostaneckiego od chwili jego zachorowania aż do grobu. Trzeba było w istocie chyba urodzić się pod ciemną gwiazdą, ażeby nie tylko całe życie czuć na sobie argusowe oko władzy bezpieczeństwa dwóch zaborów, lecz i po śmierci oddać stężałe zwłoki pod straż tejże władzy. A jednak ci, co znali czystą duszę zmarłego, jako i ci, co z obowiązku w martwem jego ciele szukali zarazy, stwierdzić mogą, że za życia i po śmierci, moralnie i cieleśnie, zakaźnym on dla bliźnich nie był. Nie wiemy, czy miał ten człowiek kiedy dzieciństwo »sielskie-anielskie«; lecz młodość jego już była »górną«, bo była »chmurną«. Poznajemy go wychodzącą w Krakowie, gdzie po ukończeniu uniwersytetu rozpoczął »wiek męzki«, który dla niego już był do końca życia »wiekiem klęski«. Czy to, że umysł jego samodzielny nie dał się wtłoczyć w modny dziś kształt czaszki wygodnego filistra, czy też że miał pierś za szeroką, przykrojoną nie podług »miary krawca«, dość że gdy wyszedł ze szkoły w świat, znalazł na wszystkich drogach życia nieprzebyte baryery, a drzwi wszystkich świątyń nauki szczelnie zamknięte. Obarczony ciężką troską o byt rodziny, trawiony żądzą pracy naukowej, jak rdzą gryziony odczuciem niesprawiedliwości losu, przesuwał się między ludźmi jak cień człowieka z wbitym w ziemię wzrokiem, w którym czytałeś żal bezdenny i złowróżbne przeczucia. Doświadczenie uczy, że więcej niszczy ustrój ludzki długo wlekąca się ponura słota życia, niż kataklizm, równy burzy letniej; postać ś. p. Kostaneckiego zdradzała znękanie i wyczerpanie, a pierwsze wstrząśnienie sprawiło, że uległ i legł na wieki.

Z tego, co w tych warunkach zdołał drukiem ogłosić, widnieje umysł poważny, krytyczny i przenikliwy. Twierdzimy stanowczo, że w zmarłym straciło społeczeństwo niepospolitą siłę naukową, że Opatrzność go przeznaczyła do wyższych celów, a los i ludzie zepchnęli z drogi przeznaczeń. Czy to już plemie polskie tak obfituje w talenty, że wolno mu zmarnotrawić taką zdolność? czy też my tak już zkarleli, że nie możemy znieść tchnienia piersi młodej? W martyrologii naszej nie znamy drugiego przykładu, ażeby sam zapał młodzieńczy, bez czynów, ściągnął na siebie tak zapamiętałą i do grobu przetrwałą zemstę.

Ofiara nieporozumień tragicznych za życia był nią i po śmierci: pogrzeb ś. p. Napoleona Kostaneckiego, to urywek z poematu »Ojciec zadżumionych«. Na wieko trumny nie spadła łza dziecka, nie przeleciało nad nią westchnienie duszy przyjaźnej; szmer modlitwy zastąpił pogwar rozfantazyowanego tłumu, a skrzyp piór bezkrytycznych z lęku umysłów zagłuszył wrodzone każdej istocie ludzkiej uczucie żalu i powagi wobec majestatu śmierci. W psychicznym nastroju chwili, a właściwie rozstroju, padł nieoględny zarzut »fanatyzmu nauki«, który chętnie podchwytujemy, jako panegiryk, i jeśli nie wyrzeźbimy tych słów w granicie, to przekażmy imię ś. p. Napoleona Kostaneckiego wiecznej czci, jako niestrudzonego aż do grobu »fanatyka nauki«.

* Dr. Stanisław Ciechanowski, docent przy katedrze anatomii patologicznej, mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

— Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego otrzymała: 1) od J. W. Prof. Dra Jakubowskiego, dziekana Wydziału lekarskiego U. J., 8 roczników *Przeglądu Lekarskiego* w oprawie.

2) Od J. W. Dra Gałęzowskiego z Paryża dzieło własne pod tyt. *Traité iconographique d'ophthalmoscopie.*

3) Od Szan. Komitetu jubileuszowego ku uczczeniu 25-letniej działalności Prof. Korczyńskiego egzemplarz *Pamiętnika*, wydany staraniem tegoż Komitetu.

Wszystkim powyżej wymienionym ofiarodawcom za przesłane dary składam najszczersze podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński, bibliotekarz Towarzystwa.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Kazimierz, Zygmunt, Stanisław Rutkowski, docent Szkoły rolniczej w Czernichowie i weterynarz powiatowy.

* Zgromadzenie lekarzy lwowskich uchwaliło polecić i popierać na opróżnione miejsce posła na Sejm krajowy z m. Lwowa kandydaturę Dra Strojnowskiego. Zwiększenie grona lekarzy w Sejmie osobistością tej miary, co Dr. Strojnowski, jest wielce pożądane i zostało ogólnie jak najlepiej w kraju przyjęte.

* Sekcya chirurgii dróg moczowych XIII-go międzynarodowego Zjazdu lekar. dodatkowo ogłasza, że poza obrębem budynków Wystawy światowej urządza wystawę specyalnych narzędzi chirurgicznych w szpitalu Necker, gdzie się będą odbywały posiedzenia tej Sekcyi. Wezwanie do udziału w tej wystawie podpisał jej prezes, prof. F. Guyon. Wszelkich w tej sprawie informacyj udziela sekretarz generalny Sekcyi, Dr. Desnos (*Paris, rue de Rome, 31*). Okazy należy wysłać przed 1-szym marca.

* XIII tom »Wiestnika kliniczeskoj i sudiebnoj psichiatrii i newropatołogii«, znakomitego wydawnictwa prof. Mierzejewskiego w Petersburgu, opuścił prasę i obejmuje 365 stron treści oryginalnej. Zawiera następujące rozprawy: Dra Uspieńskiego: Przyczynek do sprawy psychicznych zwyrodnień. Dr. Falka: Doświadczenia nad pamięcią odległości, otrzymywanych przy pomocy ruchów ręki. Prof. Cziża: Kliniczne nauczanie i kliniczne wykładanie. Dr. Sokołowa: O wpływie zmian atmosferycznych na czynności fizyologiczne, a zwłaszcza na padaczkę. Dr. Finkelsteina: Spostrzeżenia sądowo-psychiatryczne. Dr. Falka: Przypadek okresowego zaburzenia odżywczego przy okresowej psychozie. Dr. Sokalskiego: Inerwacya naczyń w przebiegu ostrych chorób umysłowych. Dr. Rosenbacha: Przyczynek do dziejów Towarzystwa psychiatrycznego w Petersburgu.

Mianowania. Dr. Tirard mian. został prof. chorób wewn. w londyńskiem *King's College*. Dr. K. Schlösser mian. prof. nadzw. okulistyki w Monachium. Dr. Rigler z Pragi mian. prof. nadzw. higieny w Klausenburgu. Docenci: Freund i Hoche mianowani zostali prof. nadzw.: pierwszy ginekologii, drugi neurologii w Strasburgu. Dr. Heidenhain mian. prof. nadzw. anatomii w Tybindze.

Nekrologia. Dr. Sylwester Wendland, znany i ceniony lekarz w Poznaniu, zakończył tam życie wskutek zakażenia, którego nabawił się podczas operacyi. W Paryżu zmarł dr. Ferrand, członek Akad. lekar., prezes paryskiego Towarz. lekarzy szpitalnych, prymaryusz w Hôtel-Dieu. Dr. T. Orsi, prof. kliniki lekar., zmarł w Pawii.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Medycynie* Nr. 3: Wizela A.: Metoda »leczenia« w łóżku chorych umysłowych. Kozickiego L.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Fronczak E.: On the resuscitation of apperently dead newborn by Laborde's method. (Odbitka z *Buffalo medical journal*, styczeń, 1900).

— Prof. Rydygier L.: O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*, Nr. 38. 1899).

— Pamiętnik jubileuszowy, wydany na cześć prof. Ed. Korczyńskiego. Kraków, 1900.

— Prof. Kuflewski: The thechnique of Minor Surgery and its Importance. (Odbitka z *Chicago Clinic*, grudzień, 1899. Z portretem autora).

— Tenże: Anesthesia and Anesthetics. (Odbitka z *Chicago Clinic*, listopad, 1899).

— Dr. Neugebauer Fr.: Pomyłki w określeniu płci, ujawnione drogą operacyjną. (Odbitka z *Pamiętn. Towarz. lekar. Warszaw.*, 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 31 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówić będzie „O epikryzie śmierci ś. p. dra Napoleona Kostaneckiego".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 3 Lutego 1900. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O anomaliach odruchów w szczególności kolanowych w przypadkach wiądu rdzenia.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

I.

W znakomitej swej monografii „O odruchach ścięgnistych i ich znaczeniu w patologii układu nerwowego“, w której zostało zestawione piśmiennictwo, odnoszące się do odruchów, aż do r. 1893, uważa M. Sternberg odruchy ścięgniste, zgodnie z Erbem, a w przeciwieństwie do Westphala[1]), Wallera de Wattevilla, Gowersa, Ziehena i innych, jako rzeczywiste odruchy. Narząd i mechanizm odruchów przejmuje czynność swoją i zachowuje ją w następstwie bodźców czuciowych, dopływających doń bezustannie z obwodu ciała. Równowaga wszystkich tych wpływów warunkuje prawidłowe odbywanie się odruchów ścięgnistych. Zmiany zaś tu zdarzyć się mogące, fizyologiczne i patologiczne, dadzą się bez wyjątku, zdaniem Sternberga, objaśnić bądź to sprawami, umiejscowionemi w łuku odruchów *(Reflexbogen)*, bądź też zaburzeniami powyżej wzmiankowanej równowagi. Odruchy ścięgniste nie stoją w bezpośrednim związku przyczynowym ani z mechanicznem drażnieniem mięśni, ani z natężeniem ich *(Tonus)*, lub kojarzeniem się ruchów *(Coordination)*; zadanie ich fizyologiczne w ustroju polega raczej, według Sternberga, na zabezpieczaniu stawów przeciw uderzeniom i naciągnięciu[2]) *(Zerrungen)*. Ranke i Landois rozróżniają: 1. odruchy ścięgniste proste albo częściowe, znaczące się tem, że podrażnienie pewnej okolicy czuciowej wywołuje drganie li tylko jednego mięśnia lub ograniczonej ich gromady; 2. odruchy rozległe, bezładne, ogarniające w drgawkowych lub tężcowych drganiach znaczniejsze gromady mięśni lub też mięśnie całego ustroju, jak to ma miejsce np. w całym szeregu otruć, przy wodowstręcie, tężcu, histeryi i w chorobach innych. W dziele swem, opierającem się w założeniu i wnioskach między innemi na 6000 własnych spostrzeżeń, podaje Sternberg wyniki doświadczeń, odnoszących się do osobników zdrowych oraz obejmujących cały szereg chorób układu nerwowego, a nawet psychozy. Ten sam badacz dotyka w kilku li tylko krótszych uwagach takich przypadków wiądu rdzenia, w których odruchy kolanowe były zachowane i wyszczególnia parę tylko odnośnych przypadków. Okoliczność ta, jakoteż mała stosunkowo liczba przypadków, ogłoszonych przez innych autorów, powodują mnie do pomnożenia kazuistyki tego przedmiotu. Te moje uwagi kazuistyczne poprzedzam krótkiem zestawieniem dostępnego mi piśmiennictwa. Objaw Westphala, t. j. zniknięcie odruchów kolanowych, uważano, zwłaszcza w pierwszych czasach po ogłoszeniu rozpraw Westphala i Erba (w 5 tomie *Archiwum psychiatryi)*, za jeden z kardynalnych i najpierw występujących objawów wiądu rdzenia. Nie wahano się przy stwierdzeniu samego braku tego odruchu rozpoznawać wiądu rdzenia lub uważać odnośnego pacyenta za podejrzanego o tę chorobę, nie troszcząc się wcale o inne objawy. Późniejsze dopiero prace Bergera, Fourniera, Westphala samego, Fornaria, Picka, Martiusa, Vulpiana, Hirta i innych wykazały, że zachodzą przypadki wiądu, w których odruchy kolanowe przez czas dłuższy lub krótszy, niekiedy aż do śmierci, (Delprat i Westphal) mogą być zachowane. Są to, jak podnosi Westphal, mianowicie te przypadki, w których zwyrodnienie dotyczy szyjowej i piersiowej części rdzenia, nie rozpościerając się na jego odcinek lędźwiowy i nie obejmując w nim zwłaszcza strefy wniknięcia korzeni *(Wurzeleintrittszone)*. Z drugiej strony w ostatnich czasach zwrócili uwagę Leyden i Eichhorst na to, że strefa wniknięcia korzeni do rdzenia lędźwiowego jest niekiedy, w początkach wiądu, zdrową i prawidłową, a że mimo to, skutkiem jednoczesnego zapalenia nerwów obwodowych, odruchu kolanowego brakować może (Przytoczono z Sternberga str. 114). Nieraz zniknięcie odruchu kolanowego w wiądzie rdzenia poprzedza wzmożenie się jego (Weiss, Weir Mitchell, Bamberger); niekiedy znowu spostrzegać można powolne i stopniowe jego znikanie. Goldflam stwierdził w 4,38% przez siebie spostrzeganych przypadków wiądu nierówność tego rodzaju, że siła odruchu była po jednej stronie prawidłową, a po drugiej słabszą. W przypadkach dłużej przez niego spostrzeganych nierówność ta była objawem przemijającym, który niejednokrotnie już po kilku miesiącach przechodził w zniknięcie odruchu kolanowego. Gowers przypuszcza, że nierówność wzmiankowana zależeć może od nierównomiernie postępującego zwyrodnienia po obu stronach rdzenia lędźwiowego, a zarazem od poszczególnych zmian chorobowych szlaku nerwowego *(Nervenleitung)*, jako to: rozpadu i zaniku rdzennika *(myelinum)* zwężenia włókienka osiowego *(Achsencylinder)* i t. d., poprzedzających zupełne zniszczenie włókien nerwowych *(Nervenfasern)*. Jackson i Goldflam spostrzegali przypadki wiądu rdzenia, w których zanikłe odruchy kolanowe wróciły po udarze mózgowym. W przypadku Taylora odruchy były wzmożone po stronie porażonej. Sternberg opisuje przypadek wiądu,

[1]) Według Westphala odruchy polegają na podrażnieniu mięśni, wywołanem wstrząśnieniem, udzielonem ich ścięgnom. Westphal powołuje się na doświadczenia fizyologiczne Schiffa i Freusberga i na zapatrywania A. Brandta.

[2]) Ranke, Landois i inni przypisują odruchom ścięgnistym prócz tego zadanie łączenia i porządkowania ruchów dowolnych w harmonijną całość.

w którym odruchy kolanowe nie okazywały typu rozpromieniania się *(Irradiation)* według praw Pflügera, lecz były skrzyżowane. Na objaw ten Sternberg nie znajduje dostatecznego wyjaśnienia w zmianach chorobowych wiądu. Rosenbach (przytoczony u Eulenburga: *Jahrbücher der gesammten Heilkunde I Jahrg. 1891)* podnosi wzmożenie odruchów brzusznych w przypadkach wiądu, zdających się pozostawać w pewnym antagoniźmie do zachowania się odruchów kolanowych w tej samej chorobie.

Spostrzegane przezemnie przypadki były następujące:

Spostrzeżenie I. Wywiady. Pacyent, artysta z zawodu, liczy lat 49 i nie jest neuropsychopatycznie obciążony. Rodzeństwo jego żyje dotąd z wyjątkiem jednego brata, który chorował i umarł na serce. Chory podaje, że w młodości swej cierpiał na zimnicę, później kilkakrotnie na rzeżączkę, a raz na wrzód miękí; nie przyznaje jednakże, by chorował kiedykolwiek na kiłę [1]). Od kilku lat dręczą go napady błyskawicznych bólów, występujące bądźto w tułowiu (brzuch i plecy), bądź też w kończynach, zwłaszcza dolnych. Podmiotowo nazywa pacyent te bóle zmiennymi, raz rwące, świdrujące, to znowu wstrząsające, cisnące lub piekące. Dolegliwości te wzmagają się zwłaszcza przy gwałtowniejszych zmianach ciepłoty otaczającej, wilgoci i ciśnienia powietrza. Chory skarży się nadto na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, na uczucie niepokoju w całem ciele, na błyskawiczne drgania mięśni, jakoteż na zbyt łatwo opanowujące go znużenie fizyczne i psychiczne. Sen pacyenta jest niespokojny i przerywany, łaknienie nieszczególne, stolec nieregularny.

Stan obecny i wyniki badania. Pacyent wzrostu słusznego i silnej budowy. Mięśnie słabo rozwinięte, i wiotkie zwłaszcza na kończynach dolnych. Podściółki tłuszczowej brak prawie zupełny. Cera twarzy blado-żółtawo-śniada. Tak samo mniej więcej zabarwiona jest skóra całego ciała. Dostępne dla oka błony śluzowe mają odcień lekko-różowy. Zęby złe, spróchniałe, pooddzielane przerwami. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni prawidłowa. Ruch oczu prawidłowy. Zwężone źrenice oddziałują wprawdzie na akomodacyę; brak w nich jednakże zupełny odczynu na światło (objaw Argyll-Robertsona). Odruchu kolanowego brakowało prawie zupełnie po stronie prawej przy pierwszej seryi badań chorego w roku 1895. Po stronie lewej wywołać można było uderzeniami w więzadła rzepkowe *(Ligam. patellae proprium)* słabe, szybko po sobie następujące kilkorazowe drgania mięśnia czworogłowego *(m. quadriceps)*. Przy ponownych badaniach pacyenta po upływie trzech kwartałów (1896 r.) stwierdzono: zupełne zniknięcie odruchu po stronie prawej; po stronie zaś lewej dostrzedz się dawał odruch opóźniony *(verzögert)*. Tę samą cechę przedstawiają następujące po sobie powtórzenia się tego odruchu, występujące już bez uderzenia. (Przedłużenie odczynu fizyologicznego). Odruchy ścian brzusznych nadzwyczajnie były wzmożone, ściany brzuszne przy wywoływaniu ich ściągają się pierścieniowato. Falowania odruchowe w okolicach pachwinowych. Czucie mięśniowe okazuje lekkie zboczenia. Wybitny objaw Rosenbacha; fenomen Romberga niezbyt wyraźny. Wrażliwość skóry i czucie bólu przytępione. Chód pacyenta bezładny *(ataktisch)*, ciężki chwiejny, o szerokich śladach podeszwowych, a prócz tego utrudniony płaską nogą *(Platfuss)* w obu kończynach. Chory z trudnością tylko powstać może z siedzenia. Leżąc zaś wprawdzie może dotknąć piętą kolana kończyny drugostronnej, ale czyni to niezręcznym i niepewnym ruchem, jakby rozmachem. Czynność serca jest przyspieszona i nierówna. Uderzenia serca, zwłaszcza jego koniuszka, niewyczuwalne. Tony serca tępe, arytmiczne i zmienne co do siły. Tętno sprychowe przyspieszone, słabe i arytmiczne. Tętnica sprychowa okazuje zmienną szerokość, wysokość i napięcie. Mocz zawiera małą ilość śluzu, innych składników patologicznych w nim niema. Ciężar jego gatunkowy wynosi 1024. Czynność płuc i innych narządów wewnętrznych prawidłowa.

Twarz chorego robi wrażenie silnie odczuwanego cierpienia i przygnębienia, zwłaszcza wśród powyżej opisanych napadów doznaje on łatwo i szybko po sobie następujących zmian tła i nastroju uczuciowego. Głos i wyraz twarzy sprawiają częstokroć wrażenie nadmiernego wzruszenia.

Rozpoznanie: *Wiąd rdzenia w okresie ruchów bezładnych (Ataxia) na podstawie kiły.*

Leczenie polegało na lekkiem mięsieniu całego ciała rozłożonem na cztery posiedzenia, na galwanizacyi rdzenia, faradyzowaniu mięśni, jakoteż na biernej i czynnej gimnastyce, przedsiębranej z wielką ostrożnością.

Przebieg choroby był zmienny: po peryodycznych polepszeniach, następowały pogorszenia.

Spostrzeżenie II. Pacyent neuropsychopatycznie nie obciążony, liczy lat 28 i jest aktorem z zawodu. Przed pięciu laty chorował na kiłę i przebył wtedy $2^1/_2$ miesięczne leczenie, polegające na wcierkach rtęci. Skarży się on na bezsenność, wzmożoną drażliwość i wrażliwość. Tło uczuciowe jego waha się pomiędzy zobojętnieniem, przygnębieniem, a wybuchowo następującemi wzruszeniami. Od czasu do czasu opada chorego fizyczne i duchowe znużenie. Odpowiednio do tych stanów fizyczna i psychiczna energia jego przedstawia ciągłe wahania się. Chory twierdzi stanowczo, że choroba jego jest wiądem rdzenia, wyobrażając sobie, że nieznacznie rozszerzone żyły na skórze tułowia, a zwłaszcza na dolnych kończynach, oraz rozszerzona żyłka na białkówce oka, są oznakami tej choroby.

Zauważyć należy, że chory w ostatnich czasach rozczytywał się w pracach, odnoszących się do tego schorzenia. Sen pacyenta niespokojny, łaknienie nierówne, stolec zatrzymany.

Stan obecny: Chory miernie zbudowany, mięśnie jego i podściółka są średnio rozwinięte. Skóra twarzy i całego ciała jest barwy żółtawej; dostępne dla wzroku błony śluzowe blado-różowo zabarwione. Odczyn źrenic na światło leniwy, na akomodacyę prawidłowy. Źrenica prawa rozszerzona i ma kształt eliptyczny w następstwie zapalenia kiłowego tęczówki i garbiaka (*staphyloma*) rogówki. Ruch oczu prawidłowy. Odruchy kolanowe dają się wywołać obustronnie, następują jednakże z opóźnieniem, mianowicie ukazują się mniej więcej w $^1/_4$ sekundy po uderzeniu więzadła rzepkowego ręką lub młoteczkiem. (Opóźnienie odczynu fizyologicznego). Dwa dal-

[1]) Orzeczenie to chorego stoi w sprzeczności z podaniem jednego z jego przyjaciół, oraz lekarza; oba mniej zapewnili że pacyent przebył kiłę przed laty.

sze odruchy kolanowe, występujące już bez uderzenia następują w tych samych mniej więcej odstępach czasu. Powtórzone kilkakrotnie uderzenie w więzadło rzepkowe wywołuje w prawem kolanie uczucie, jakoby ono było obciągnięte obręczą; ta sama procedura powoduje po stronie lewej to samo uczucie, lecz nie w kolanie, ale w przegubie stopy. Odruchy brzuszne są tak wzmożone, że falistem wstrząśnieniem obejmują nietylko okolicę mięśnia prostego, lecz przenoszą się zarazem na mięsień brzuszny skośny, wywołując obustronnie silne pierścieniowate jego ściągania. Odruchu mięśnia dźwigającego jądro, *(Cremastereflex)* brakuje. Uczucie osłabienia w kończynach dolnych, leki bezwład ich ruchów. Czucie skórne i mięśniowe prawidłowe. Czynność serca przyspieszona, arytmiczna i osłabiona. Tony serca tępe, arytmiczne, lecz czyste. Uderzenia serca i jego koniuszka słabo dostrzegalne i ledwo wyczuwalne, w granicach prawidłowych. Tętnienie nadbrzuszne *(pulsatio epigastrica)* zajmowało całą okolicę brzucha. Tętnienie żył w okolicach pod- i nadobojczykowych rozpościera się obustronnie aż ku kątom dolnej szczęki. Tętno sprychowe przyspieszone (100 — 120 uderzeń na minutę), nierówne co do siły, arytmiczne. Tętnica sprychowa o nierównej szerokości i napięciu.

Wyraz twarzy i postawy zmienny, odźwierciadlający raz znużenie, ból, niepokój, lęk, to znowu zobojętnienie lub przygnębienie.

Rozpoznanie: *Początki wiądu rdzenia na podstawie kiły.*

Przebieg cierpienia nie jest mi znany, ponieważ pacyent po kilku konsultacyach opuścił Monachium i o dalszym rozwoju choroby nic mi nie doniósł.

Powołując się na przypadki Westphala, Picka i innych z jednostronnem zachowaniem odruchu kolanowego, w których wykonaną została obdukcya, przypuszczać można w pierwszym, ze spostrzeganych przezemnie przypadków, że prawostronna strefa wniknięcia korzeni *(Wurzeleintrittszone)* w odcinku lędźwiowym rdzenia uległa z czasem zupełnemu zniszczeniu. Klinicznie przemawia za tem ostateczne zupełne zniknięcie odruchu odnośnego po stronie prawej. Występowanie zaś odruchów kolanowych po stronie lewej przemawia klinicznie za tem, że strefa odpowiednia po tej samej stronie wolną była od zwyrodnienia. Oznak zapalenia nerwów obwodowych brakło najzupełniej w obu przypadkach.

Pod względem jakościowym przedstawiały odruchy te w przypadku pierwszym początkowo po stronie lewej typ drgawkowy Erba i Benedikta[1]). Później zaznaczyły się te same odruchy jakością inną, okazując przedłużenie odczynu fizyologicznego, oraz dłuższe przestanki pomiędzy dalszemi, bez uderzenia w więzadło rzepkowe występującemi drganiami mięśnia czworogłowego. W drugim przezemnie spostrzeganym przypadku wiądu odruchy podkolanowe okazywały obustronnie typ opóźnienia fizyologicznego. Przestanki zaś pomiędzy drganiami dalszemi mięśnia czworogłowego były dłuższe jeszcze niż w przypadku pierwszym. W obu powyższych przypadkach wypada mi prócz tego zaznaczyć pewne wybitne przeciwieństwo pomiędzy odruchami kolanowymi a odruchami ścian brzusznych. Podczas gdy pierwsze występowały z opóźnieniem i dostrzegać się dawały jako leniwe, niezbyt silne drgania mięśnia odnośnego, odruchy, ścian brzusznych przedstawiały się jako szerokie, żywe, silne, szybko po sobie następujące falowania, ogarniające obustronnie zwłaszcza mięsień ukośny zewnętrzny *(m. obliquus abdominis externus).*

Przypadającej w drugim przypadku wiądu rdzenia różnicy wzmiankowanego powyżej nieprawidłowego uczucia w prawej i lewej kończynie dolnej wytłómaczyć nie podobna przy dzisiejszym stanie nauki. Znakomite zkądinąd prace Brown-Séquarda, Schiffa, Flechsiga, Charcota, Pierreta, Edingera, Bechterewa, Jelgersmy i innych, odnoszące się bądźto do fizyologii, bądź też do patologii czucia i uczucia, nie dają dostatecznego wyjaśnienia co do obwodowej lokalizacyi i projekcyi tych stanów i nastrojów.

[1]) Typ ten odruchów drgawkowych spostrzegał Benedikt tak w porażeniach mózgowych, jakoteż i wywołanych zapalnemi sprawami rdzenia (*myelitische u. cerebrale Formen der Lähmungen*), nadto w zaburzeniach kurczowych, biorących od rdzenia swój początek (*spinalspastische Zustände).*

II. **Z pracowni kliniki ginekologiczno-położniczej prof. Dra H. Jordana.**

Gruczolako-mięśniaki *(Adenomyomata)* macicy.

Napisał

Docent Dr. L. Switalski.

(Dokończenie).

Uwzględniając zachowanie się gruczołów w mięśniaku podśluzowym przypadku drugiego, które jest takie same, jak w błonie śluzowej macicy, stosunek jego do ściany macicy, t. j. bezpośrednie ułożenie jego pod błoną śluzową i całkiem ścisły związek z utkaniem macicy, przychodzę do przekonania, że w tym przypadku utwory gruczołowe pochodzą z błony śluzowej macicy, a za tem zdaje się przemawiać jeszcze i ten szczegół, że im bliżej podstawy guza, im bliżej ściany macicy, ilość gruczołów staje się coraz mniejsza. Bezpośrednie pomieszczenie gruczołów poszczególnych śród warstwy mięsnej, brak w otoczeniu tkanki łącznej komórkowej, nie przemawia przeciw temu, bo takie same pomieszczenie gruczołów odsznurowanych spotykałem i w ścianie macicy.

O ile jest jasnem, że gruczoły mogą dostać się z błony śluzowej macicy do włókniaków, rozwijających się blizko błony śluzowej, o tyle trudnoby było przypuścić, aby gruczoły mogły się dostać już w życiu pozapłodowem we włókniaki zdala od błony śluzowej leżące, n. p. podsurowicze tak, że w tych przypadkach musi się przyjąć inne pochodzenie gruczołów. Pewna część autorów utrzymuje, że w tych przypadkach, w myśl teoryi Cobnheima, wskutek jakichś zaburzeń rozwojowych podczas życia płodowego woreczki gruczołowe, względnie komórki przybłonkowe przewodów Müllera, zabłąkały się w pewne miejsce utkania macicy lub trąbek, gdzie znajdowały się zawiązki włókniaków, aby się tam dalej śród sprzyjających bliżej nieznanych warunków rozwijać.

To zapatrywanie podzielają Babesin, Diesterweg, Hauser, Schottländer, Ricker, Meyer, Lockstaedt, Orloff. Jakkolwiek teorya ta jest w stanie wytłó-

maczyć pochodzenie utworów gruczołowych we wszystkich włókniakomięśniakach, to jednak niema ona pewnej podstawy i dotąd nikomu nie udało się wykazać takich ognisk zbłąkanych.

Pewniejsze podstawy mają zapatrywania Recklinghausena, który pierwszy zajął się dokładniej badaniem gruczolakomięśniaków, badał ich większą liczbę bardzo szczegółowo i w maju 1893 na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarsko-przyrodniczego w Berlinie wygłosił twierdzenie, że utwory gruczołowe w pewnych gruczolakomięśniakach, mianowicie rozwijających się w obwodowych częściach ścian trzonu macicy i trąbek, pochodzą z pozostałości narządu Wolffa. Nader ścisły związek rozwojowy pomiędzy narządami Wolffa a kanałami Müllera, jak również rozwój mięśniakogruczolaków w tych miejscach trzonu macicy i trąbek, do których, na podstawie teoretycznego rozumowania, pozostałości narządu Wolffa najłatwiej by się dostać mogły, przemawia za twierdzeniem Recklinghausena.

Wiadomo, że narządy Wolffa po spełnieniu swej czynności wydzielniczej marnieją i tworzą dwie szczątkowe pozostałości: „epoophoron" *(parovarium)*, odpowiadające górnej części płciowej narządu Wolffa, ułożone pomiędzy jajnikiem a końcem brzusznym trąbki, i „paroophoron", odpowiadające części dolnej wydzielniczej narządu Wolffa, a które jest ułożone pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego dośrodkowo bliżej macicy, a według Waldeyra niekiedy nawet tuż przy macicy. Otóż Recklinghausen utrzymuje, że właśnie ta dolna część narządu Wolffa, „paroophoron", wskutek pewnych bliżej nieznanych zaburzeń rozwojowych może się dostać w utkanie trąbek lub trzonu macicy i stać się punktem wyjścia dla gruczolakomięśniaków trzonu macicy i trąbek.

Recklinghausen na podstawie swoich bardzo szczegółowych badań dochodzi do przekonania, że niektóre gruczolakomięśniaki trzonu macicy i trąbek mają w swej budowie pewien typ cechujący narząd tak, że zalicza je nawet do nowotworów, nazwanych przez Virchova „organoid".

Według Recklinghausena za pochodzeniem utworów gruczołowych z narządu Wolffa w niektórych gruczolakomięśniakach przemawia rozmieszczenie i budowa kanalików gruczołowych, które tak w całości, jak i w szczególności, przypominają budowę narządu Wolffa. Dalej przemawiają za tem według niego utwory kuliste lub półkuliste, znajdujące się na dnie rozszerzonych części kanalików gruczołowych *(ampullae)*, wysłane na powierzchni nabłonkiem sześciennym jednowarstwowym o tkance podstawowej bogato unaczynionej, składającej się z okrągłych komórek młodej tkanki łącznej; przypominają one zanikające kłębki, a Recklinghausen zowie je dla ich wątpliwej przyrody „pseudoglomeruli". Za charakterystyczne uważa także tak zwane „ciałka barwikowe" *(Pigmentkörper)*, ułożone w mniejszych lub większych gromadach śród rozszerzonych części kanalików. Są to dosyć duże, prawie kuliste komórki barwy żółtawej, zawierające jądro i ziarnka. Że kanaliki narządu Wolffa mogą dostać się podczas rozwoju płodowego w utkanie ściany trąbki w jej końcu brzusznym, o tem miałem sam sposobność się przekonać, zajmując się badaniem pozostałości ciała i przewodu pranercza u płodów i dzieci płci żeńskiej. A mianowicie znalazłem w końcu brzusznym trąbki płodu ośmiomiesięcznego, śród ściany tuż pod otrzewną kanalik, mający wszystkie cechy kanalika narządu Wolffa. Podobnie jak i innym, nie udało się i mnie znaleść dotąd, w ośmiu badanych bardzo szczegółowo przypadkach, szczątkowych kanalików narządu Wolffa śród utkania macicy i części maciecznej trąbki; owszem stwierdziłem, że we wszystkich przypadkach, w których „paroophoron" było utrzymane, leżało zawsze w pewnej odległości od macicy pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego tak, że należy przypuścić, iż pozostałości narządu Wolffa mogą się dostać w utkanie macicy i części macicznych trąbek tylko przy pewnych zaburzeniach rozwojowych, za czem zdaje się przemawiać i to, że gruczolakomięśniaki nierzadko występują przy wadach rozwojowych w częściach rodnych.

Recklinghausen dzieli gruczolakomięśniaki, rozwijające się z pozostałości narządu Wolffa według umiejscowienia na gruczolakomięśniaki trzonu macicy, kątów trąbkowych *(Adenomyome der Tubenwinkel)* i trąbek. Co się tyczy gruczolakomięśniaków trzonu macicy, to najczęściej występują w tylnej ścianie macicy i przy pewnej wielkości leżą śródmiąższowo, zawsze bliżej otrzewnej.

Gruczolakomięśniaki kątów trąbek dzieli Recklinghausen na twarde i miękkie. W pierwszych przeważają kanaliki gruczołowe nad tkanką włóknistomięsną, są przeważnie bezpośrednio w niej pomieszczone i ulegają przeważnie rozszerzeniu torbielkowatemu; w drugich kanaliki gruczołowe są mniej liczne, pomieszczone w tkance łącznej okrągłokomórkowej, bardzo bogato unaczynionej, zkąd pochodzi barwa ich czerwona.

Cechą wszystkich gruczolakomięśniaków w odróżnieniu od zwykłych mięśniaków jest to, że pierwsze mają kształt nieregularny i pozostają w bardzo ścisłym związku z utkaniem macicy, dlatego Recklinghausen nazywa je „infiltrirte Uterusfibroide" w odróżnieniu od drugich zwykle kształtu okrągłego *(Kugelemyome)* i odgraniczonych od miąższu macicy torebką łącznotkankową.

Jeżeli uwzględnię zapatrywania Recklinghausena i budowę gruczolakomięśniaków torbielkowatych w pierwszym naszym przypadku, to muszę przypuścić, że rozwinąć się one tu mogły tylko z pozostałości narządu Wolffa i że należą do twardych gruczolakomięśniaków kątów trąbek.

Za tem przemawia zachowanie się kanalików gruczołowych, ich stosunek do tkanki włóknisto mięsnej, ciała barwikowe *(Rys. I. a.)* i „pseudoglomeruli" *(Rys. I. b.)*. W przypadku naszym niema wprawdzie charakterystycznego ułożenia kanalików gruczołowych, ale sam Recklinghausen utrzymuje, że w gruczolakomięśniakach kątów trąbek utwory gruczołowe są zawsze nieregularnie rozrzucone i nigdy nie występują w odpowiedniem ugrupowaniu *(in geschlossener Ordnung)*, które typowo występuje tylko w gruczolakomięśniakach trzonu macicy. Tu muszę zwrócić jeszcze uwagę na jeden szczegół, przemawiający, zdaniem mojem, również za pochodzeniem kanalików gruczołowych z narządu Wolffa, a mianowicie wgłobienie kanalików gruczołowych, uwidocznione na *Rys. II.*, a które uważałbym za charakterystyczne dla kanalików narządu Wolfa. Wgłobień takich w gruczołach błony śluzowej macicy nikt nie spostrzegł; ja zaś znalazłem wgłobienie podobne w kanaliku narządu Wolffa u płodu sześciomiesięcznego.

Za pochodzeniem utworów gruczołowych z pozostałości narządu Wolffa przemawia w naszym przypadku również i symetryczne wystąpienie tych nowotworów w obu rogach

macicy; trudnoby bowiem przypuścić, aby ogniska zbłąkane w czasie życia płodowego tak symetrycznie zostały pomieszczone. Nie jest to zresztą w naszym przypadku przypadkowe, bo już Recklinghausen zwrócił na to uwagę, że gruczolakomięśniaki w kątach trąbek zwykle występują obustronnie. Niektórzy autorowie, jak Franké, Baraban i Lockstaedt utrzymują, że gruczolakomięśniaki kątów trąbek i trąbek mogą się rozwijać z nabłonka błony śluzowej trąbek, a opierają to na tej podstawie, że stwierdzili w swoich przypadkach związek utworów gruczołowych mięśniaków z nabłonkiem błony śluzowej trąbki. Jakkolwiek przypuszczenia tego wykluczyć nie można, to w każdym razie nie można go uogólniać, gdyż tam, gdzie błona śluzowa nie stoi w żadnym związku z nowotworem, jak to ma się rzecz w naszym przypadku, twierdzenie to odpada. Zresztą Recklinghausen, który również spostrzegał w niektórych przypadkach związek taki utworów gruczołowych z nabłonkiem błony śluzowej trąbek, utrzymuje, że związek taki może być także następowym w tych przypadkach, gdzie gruczolakomięśniak rozrasta się także ku błonie śluzowej.

W ostatnich czasach spostrzegano także kilka przypadków gruczolakomięśniaków pochwy (Herff 2 przypadki), Pfannenstiel i Pick) i w kanale pachwinowym (Recklinghausen, Pfannenstiel, Bluhm, Cullen, Blumer i Rosiński).

Gruczolakomięśniaki pochwy usadowione były zawsze w sklepieniu tylnem i rozrastają się albo ku światłu pochwy, albo też śród tkanki łącznej okołopochwowej. Gruczolakomięśniaki w kanale pachwinowym rozwijają się z więzadła okrągłego, z którem zawsze pozostają w związku, a w dalszym ciągu mogą się rozrastać w utkanie wargi większej (Recklinghausen, Cullen).

Przeważna część autorów, wraz z Recklinghausenem, uwzględniając zupełnie podobną ich budowę do gruczolakomięśniaków trzonu macicy, utrzymuje, że rozwijają się one także z resztek narządu Wolffa, a mianowicie z „paroophoron", którego kanaliki wskutek jakichś zaburzeń rozwojowych dostały się w te niewłaściwe miejsca.

Uwzględniając dwa odmienne składniki w gruczolakomięśniakach, należy się zastanowić, czy pomiędzy utworami gruczołowymi, a rozwojem mięśniaka zachodzi jaki związek przyczynowy. Rozumie się, że w gruczolakomięśniakach podśluzowych związku żadnego nie będzie, już bowiem do rozwijającego się mięśniaka dostają się przypadkowo utwory gruczołowe z błony śluzowej macicy tak, że chyba w dalszym ciągu przez drażnienie mogą wpływać tylko na szybszy rozrost tkanki mięsnej.

W przypadkach, w których gruczolakomięśniaki rozwijają się z resztek narządu Wolffa, w miarę rozrastania się woreczków gruczołowych rozrastają się i włókna mięsne.

Recklinghausen spostrzegał, co i ja w naszym pierwszym przypadku zauważyłem, że w wielu razach przebieg włókien mięsnych był dostosowanym do kanalików gruczołowych i na podstawie tego utrzymuje, że woreczki gruczołowe są pierwotne, a dopiero następowo rozwija się tkanka mięsna. Twierdzenie to odnosi Recklinghausen szczególnie do gruczolakomięśniaków, rozwijających się w kątach trąbek macicy. Co się tyczy wielkich gruczolakomięśniaków trzonu macicy, to Recklinghausen utrzymuje, że ta sama przyczyna, która wywołuje bujanie woreczków gruczołowych, wywołuje i bujanie tkanki mięsnej.

Orloff, przyjmujący teoryę Cohnheima dla gruczołów w mięśniakach, przypisuje gruczołom pewną rolę nawet i w rozwoju włókniaków zwykłych, twierdząc, że komórki nabłonkowe, które w czasie życia płodowego zabłąkały się pomiędzy młode komórki mięsne, stają się bodźcem do rozrastania tkanki mięsnej tak, iż jest bardzo prawdopodobnem, według niego, że włókniaki rozwijają się koło takich utworów nabłonkowych, które potem mogą zupełnie zaniknąć.

W końcu muszę nadmienić, że, według Freunda, rokowanie przy gruczolakomięśniakach, rozwijających się z pozostałości narządu Wolffa, jest gorsze, niż przy włókniakach zwykłych. Każde leczenie zawodzi i pozostaje tylko operacya radykalna, polegająca na wycięciu macicy.

Piśmiennictwo.

1. Aschoff. Cystisches Adenofibrom der Leistengegend (*Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1899 Bd. IX*). 2. Babesiu. Ueber epitheliale Geschwülste in Uterusmyomen. (*Allg. Wiener medic. Zeitung 1882 Nr. 4 i 5*). 3. Bluhm. Zur Pathologie des Ligam. rotundum uteri. (*Arch. f. Gynaek. 1898. Bd. 55*). 4. Breuss. Ueber wahre epithelführende Cystenbildung in Uterusmyomen. Leipzig 1894. 5. Breuss. Zur Cystommyomfrage. (*Centr. f. Gynaek. 1894. S. 401*). 6. Cullen. Jahresbericht Frommel. 1896. S. 187. 7. Diesterweg. Ein Fall v. Cystofibroma verum. (*Zeitschrift fur Geburt u. Gynaek. 1883. Bd. IX*). 8. Franke. Salpingitis nodosa isthmica u. Adenomyoma tubae. (*Centr. f. Gynaek. 1899. Nr. 42*). 9. Gottschalk. (*Centr. f. Gynaek. 1894. S. 129*). 10. Gebhard. Adenomyome. (*Handbuch der Gynaekologie von Veit. 1897. Bd. II.*). 11. Herff. Ueber Cystomyome und Adenomyome der Scheide. (*Cent. f. Gynaek. 1897. S. 783*). 12 Hauser. Ueber das Vorkommen von Drüsenschläuchen in einem Fibromyom des Uterus. *München medic. Wochenschrift 1898. Nr. 10*). 13. Kossman. Die Abstammung der Drüseuschlänche in den Adenomyomen des Uterus u. der Tuben. (*Arch. Gynaek. 1897. S. 359*). 14. Lockstaedt. Ueber Vorkommen u. Bedeutung von Drüsenschläuchen in den Myomen des Uterus (*Monat. f. Geb. u. Gynaek. 1898. Bd. VII*). 15. Meyer. Zur Genese der Adenomyome u. Cystadenome des Uterus. (*Centr. f. Gynaek. 1898. S. 759*). 16. Orloff. Zur Genese der Uterusmyome. (*Zeitschrift für Heilkunde.* 1898. Bd. XVI, referat z *Nowin lekarskich.* 1897. Nr. 8 i 9). 17. Palm. Eein Fall von Cystadenofibroma cervicis. (*Arch. f, Gynaek.* 1897. Bd. 53). 18. Pick. Die Adenomyome der Leistengegend u. des hinteren Scheidengewölbes. (*Arch. Gynaek.* 1898. B. 57). 19. Pfannenstiel. Ueber Adenomyom des Genitalstrauges. (*Verhandl. der deutsch. Gesellschaft für Gynaek. zu Leipzig, 1897. S. 195*). 20. Recklinghausen. Ueber die Adenomyome des Uterus und der Tube. (*Wiener klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 29*). 21. Recklinghausen. Adenomyom des Ligam. rotundum. (*Centr. f. allgem. Pathologie und patholog. Anatomie. 1896 S. 862*. 22. Recklinghausen. Die Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwandung. Berlin. 1896. 23. Ribbert. Ueber die Entstehung der Geschwülste. (*Deutsch med. Wochenschrift.* 1895. Nr. 1 u. 2). 24. Ricker. Beitrage z. Aetiologie der Uterusgeschwülste. (*Arch. Virchov.* 1895. B 142). 25. Rosiński. Lymphangiectatisches Adenomyom des Ligam. rotundum. (*Centr. f. Gynaek.* 1899. Nr. 52). 26. Ruge. *Zeitschrift fur Geburts. und. Gynaek. 1899. Bd. 17*). 27. Rieder. Ueber die Gartner'schen Kanäle beim menschlichen Weibe. (*Arch. Virchov.* 1884. Bd 96). 28. Schauta. Lehrb. der Gynaekologie. 1896. S. 355. 29. Schatz. Ein Fall von Fibroadenoma cysticum. (*Arch. f. Gynaek.* 1884. B. XXII). 30. Schottländer. Ueber drüsige Elemente in Fibromyomen des Uterus. (*Zeitschrift. f. Geb. und Gynaek.* 1893. Bd. XXVII). 31. Schröder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Organe, 1890. S. 282. 32. Świtalski. O pozostałościach ciała i przewodu pranercza u płodów i dzieci płci żeńskiej. Kraków. 1898. 33. Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 1863. S. 200. 34. Voigt. Ueber Drüsenbildung in Myomen. (*Monatschrift für Geb. und Gynaek.* 1896. S. 9).

III. Z zakładu sądowo-lek. c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Kilka uwag o samobójstwie, z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892—1898 (włącznie).

Podał

Adolf Eugeniusz Klęsk

kandydat medycyny.

(Dokończenie).

Mówiliśmy dotąd o czynnikach ogólnych, które wpływają na jakość i częstość pojawiania się samobójstw. Zali-

czają do nich niektórzy i służbę wojskową. Może to po części i słusznie. Nagła zmiana stosunków, a nieraz i sposobu myślenia, mogą bez wątpienia wpłynąć na człowieka ujemnie. Samobójstwa w wojsku są bardzo częste. W Krakowie od roku 1892—1898 zdarzyło się ich 69, gdy w tym samym czasie u cywilnych (z kobietami) było ich 140, zatem na jedno samobójstwo u osób cywilnych, przypada 6 u wojskowych (w stosunku na ilość mieszkańców). Zważyć jednak to należy, że służbę wojskową odbywa się właśnie w wieku, najskłonniejszym do samobójstw. Wojskowi posługują się tylko trzema sposobami odbierania sobie życia, mianowicie: przez postrzał, powieszenie się i utopienie. Stosunek ich do siebie w Krakowie był następujący:

postrzałów	47
powieszeń	18
utopień	4
Razem . .	69

a więc jak 12: 4·5: 1.

Co do stopnia samobójców, to największy odsetek przypada na szeregowców. Na 69 pozbawiło się życia:

kapitan	1
porucznik starszy . .	1
kadet	1
wachmistrz	1
niższe stopnie . . .	3
szeregowcy	62

Roefisch przytacza 10 powodów samobójstw w wojsku. I tak na 2032 samobójstw wojskowych w Austryi było:

Obawa przed karą . . .	704
zgryzoty	279
długi	208
choroby umysłowe . . .	198
występki	178
przesyt życia	162
znęcanie się	98
nieszczęścia rodzinne . .	78
tęsknota za rodziną . .	76
cierpienia fizyczne . . .	51
Razem . .	2032

Cierpienia fizyczne stoją na ostatnim planie, bo do wojska bierze się ludzi zdrowych i silnych. Co do znęcania się, to nie jest ono bynajmniej głównym powodem, gdyż stanowi zaledwie $^1/_2$% ogólnej liczby.

We Francyi samobójstwa wojskowe w stosunku do cywilnych przedstawiają się jak 3:1; w Austryi zaś i Włoszech jest ten stosunek o wiele większy bo 8:1 lub 7:1. Prawie $^1/_5$ śmiertelności w wojsku austryackiem przypada na samobójstwa. Przedstawiamy tu zestawienie i porównanie samobójstw cywilnych i wojskowych, a to według Roefischa i Longuetta [1]), obliczonych na 100.000 mieszkańców:

Austrya. (1875 — 1887)
W. C.
122 16 (7:1)

Niemcy (1878 — 1889)
W. C.
87 19 (4:1)

Włochy (1874 — 1889)
W. C.
40 4·3 (8:1)

Francya (1872 — 1884)
W. C.
29 17 (2:1)

Rosya (1873 — 1889)
W. C.
20 3 (6:1).

Anglia (1875 — 1888)
23 7·5 (3:1).

Zestawienie, dokonane przez Wachholza, z przed lat sześciu [2]), daje nam możliwość porównania statystyki dawniejszej z obecną i obserwowania przebiegu samobójstw w Krakowie w ciągu 18 lat ostatnich. Porównanie to uwidoczniamy na tablicy poniżej przytoczonej:

	Od roku 1881—1892	do roku; 1892—3899
Ogółem samobójstw	166	209
Przeciętna ilość roczna	15	28
Stosun. mężczyzn do kob.	2:1	3:1
Ludność (przeciętn.)	70,000	80,000
Przeważają	otrucia	postrzały.

Liczba samobójstw w poszczególnych latach:

Rok 1881 — 14	Rok 1891 — 10
82 — 4	92 — 26
83 — 20	93 — 29
84 — 15	94 — 29
85 — 17	95 — 35
86 — 13	96 — 22
87 — 18	97 — 45
88 — 16	98 — 23
89 — 10	
90 — 19	

Z tablicy tej widzimy, że ilość samobójstw w ostatnich 7 latach bardzo się powiększyła. Nie wiele brakuje do dwukrotnej liczby, zaś w tym samym czasie ludność podniosła się tylko o $^1/_8$. Ilość samobójstw u mężczyzn powiększyła się znacznie w stosunku do kobiet i dlatego przeważają postrzały, a nie otrucia, jak dawniej. Co zaś się tyczy tych ostatnich, to podnieść znów należy, że miejsce dawniej częściej do samobójstwa używanego arszeniku i sinku potasowego, zajęły obecnie przetwory makowca, sublimat i kwas karbolowy.

Wreszcie chcielibyśmy jeszcze omówić pytanie bardzo często roztrząsane, mianowicie, czy samobójstwo dowodzi odwagi, czy też tchórzostwa? W łączności z tem zastanowimy się także nad psychologią samobójstwa.

Samobójstwo bynajmniej odwagi nie dowodzi, owszem, jest ono dowodem braku poczucia własnej siły, zaufania w siebie i otuchy w przyszłość. Dowodzą tego najlepiej listy, pozostawiane przez samobójców. Wielka szkoda, jak mówi Wolter, że nie wszyscy samobójcy podają powód odebrania sobie życia, gdyż przez to wyjaśniłaby się nam jedna z najciekawszych zagadek człowieka. Listy zostawiają zwykle ludzie młodzi, wykształceni i to głównie w usprawiedliwieniu siebie przed rodziną. Treść tych listów zwykle jest podobna. Samobójcy sami uznają czyn swój za nielegalny, mimo to

[1]) Odczyt na kongresie higieniczn. w Londynie 1891.

[2]) Wachholz: O samob. w ogóle, a w szczególności o samob. w Krakowie w r. 1881 — 1892.

jednak piszą, że muszą sobie życie odebrać, bo brak im sił i ochoty do życia. Oto dwa urywki z listów samobójców:

Pan S. (ze Lwowa) pisze:

„Ot i całe życie poszło na marne. Gdy wchodziłem w świat, wszystko się do mnie uśmiechało. Zdawało się, że przyszłość moja będzie jasną i pogodną. Wróżono mi powodzenie, majątek i szczęście,—wszystko zawiodło! Wina moja polega na tem, że nie potrafiłem się oprzeć fatalizmowi. — Spłacam ją mem życiem...!“

Pan K. (z Krakowa):

„Czemuż nie byłem taki, jak inni? Zawsze pragnąłem czegoś, — czego? nie wiem. Gdy inni byli zadowoleni, ja zaczynałem pragnąć dopiero. Szedłem ciągle naprzód, szukając, aż się dostałem — nad brzeg przepaści. Z przodu otchłań, z tyłu otchłań, ruszyć się nie można. Pozostał mi tylko mały kawałek gruntu pod nogami, a była nim rodzina. Na nim przez pewien czas tylko się utrzymywałem, lecz zanadto z wysoka biegłem, by się dłużej zatrzymać. Straciłem równowagę! Lecę w przepaść. — Plućcie mi w twarz, zapomnijcie o mnie, lecz wierzcie, żem nieszczęśliwy! Czynię podle, porzucając rodzinę, dla której mógłbym pracować, ale muszę, muszę, już późno!“

Czyż odważny człowiek tak postępuje? Kto umie walczyć z życiem, kto tyle chce, ile otrzymać może, samobójcą nie będzie.

Uciekać zaś przed przeciwnościami, obwiniać nie siebie w pierwszym rzędzie, lecz fatalizm i swą naturę, to dowód wielkiej słabości i braku hartu ducha. Na to jednak mógłby ktoś powiedzieć „zgoda, lecz samo odebranie sobie życia wymaga pewnej odwagi“. Lecz i to zdanie mylne. W najstraszniejszy sposób odbierają sobie życie zwykle bezsilni starcy, kobiety i dzieci. Widać z tego, że czyn sam jest wypływem jakiegoś chwilowego niedowładu umysłu. Samobójca w chwili aktu popada widocznie w pewien stan oszołomienia, traci władzę panowania nad sobą.

Dlatego też nie rzadko najlepsi strzelcy nie trafiają w siebie. Nieudałe próby zdwajają zaciekłość. Najczęściej też obraz sekcyjny przedstawia nam więcej zranień, szczególnie w przypadkach ran, zadanych nożem. Jeżeli sposób najpierw użyty zawiedzie, lub jeżeli jest bardzo bolesny, to samobójca używa innego; gdy i ten pożądanego skutku nie przyniesie, natenczas ucieka się samobójca do metod więcej radykalnych i w ten sposób powstają tak zwane samobójstwa kombinowane. Ocena porządku zranień lub uszkodzeń opiera się właśnie na tem, co wyżej powiedzieliśmy. W przypadkach, w których człowiek traci zaraz przytomność, a więc n. p. przy powieszeniu się, nie może być mowy o kombinacyi, (o ile inne sposoby nie poprzedzały powieszenia się), podobnie przy zagardleniu się i utopieniu. Tak n. p. w r. 1895 sekcyonowano w zakładzie medycyny sądowej pewnego 65-letniego izraelitę, który odebrał sobie życie w ten sposób, że zadawszy sobie kilkanaście ran w przedudzia, przedramiona i pachy, w końcu poderznął sobie gardło. W czerwcu (1899) znaleziono koło Mogiły zwłoki mężczyzny, który popełnił samobójstwo w ten sposób, że po podcięciu tętnic sprychowych zadał sobie ranę kłótą w klatkę piersiową, następnie rozpruł brzuch i w końcu rzucił się do Wisły. W Lubaczowie znów pewien masarz, rozpłatawszy sobie brzuch, wyjął jelita i pociął je nożyczkami.

Podobne zaciekłe kaleczenie się spotykamy bardzo często u obłąkanych i to popiera jeszcze więcej zdanie, że sam akt odebrania sobie życia odbywa się zwykle wśród wyjątkowego stanu umysłu samobójcy. Jeżeli uda się na czas przybyć z pomocą samobójcy, to ten zwykle nie pozwala się ratować, mimo to, że najczęściej przypisuje wszystko wypadkowi. Zdarzało się też nieraz, że samobójcy, uratowani od śmierci, obwiniali i innych o zamach na ich życie.

Samobójstwa mogą mieć powód w chwilowym stanie stosunków lub usposobienia człowieka, lub też są wypływem dłużej trwających okoliczności i dokładnej, zimnej rozwagi.

W pierwszym przypadku samobójca uratowany nie targa się więcej na swe życie, czynu swego się wstydzi i niechętnie o nim mówi. W drugim zaś zamachy powtarzają się ciągle i człowiek taki zwykle już stracony dla świata. Kobiety rzadziej ponawiają nieudałe próby, niż mężczyźni, i nieraz, po uratowaniu od śmierci, zaczynają w całej pełni cenić wartość życia. W ogóle u kobiet ze sfer wyższych samobójstwa są bardzo rzadkie. Mamy tu znów dowód, że brak sił i słabość nie uprawniają bynajmniej do samobójstwa. Gdyby tak było, to samobójstwa u kobiet i to szczególnie wykształconych musiałyby być częstsze, niż u mężczyzn. Tak atoli nie jest, a to dla tego, że jak z jednej strony przyroda uczyniła kobiety słabszemi, tak z drugiej obdarzyła je cierpliwością, ufnością w Boga, w lepszą przyszłość i poprawę losu a zamykając je w kółku rodzinnem, uchroniła zarazem od marzeń, żądz, pokus i wymagań, które rozdrażnić tylko mogą, — zaspokoić zaś nigdy. —

Kończąc składam serdeczne podziękowanie Czcigodnemu memu Profesorowi, Dr. Wachholzowi, za łaskawe użyczenie materyału i cenne wskazówki, a Wielmożnemu Drowi Fizykowi Buszkowi za udzielenie mi dat statystycznych.

IV. Wyciągi.

Calmette i Salimbeni: **Dżuma. Badania nad epidemią w Oporto w r. 1899. Leczenie surowicą.** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, Nr. 12).

Od ostatnich wielkich epidemii, wyludniających Europę w zeszłym wieku, mór przycichł i utrzymując się w swej ojczyźnie na południu Chin, na stokach Himalajów i około źródeł Nilu rzadko tylko zapuszczał zagony ku Persyi, Mesopotamii, morzu Kaspijskiemu i Indyom. Nagle w r. 1894 wybuchła gwałtownie zaraza morowa w Hong-Kong. Rząd francuski i Instytut Pasteura wysłały wtedy Yersina, którego badania ukończyły się wykryciem prątka morowego, równocześnie prawie, niezależnie wykrytym przez Kitasatę. Zaraz też, nie czekając powrotu Yersina, rozpoczęli Roux, Borrel i Calmette pracować w Instytucie Pasteura nad wytworzeniem surowicy przeciwmorowej, którą potem, używszy do tego koni, rozpoczęto wytwarzać w większych ilościach. Surowicę tę zastosował Yersin po raz pierwszy w roku 1899 w Kantonie i Amoy ze znakomitym wynikiem. Z 26 leczonych zmarło tylko 2 zadżumionych, co odpowiada 7·6% śmiertelności; śmiertelność nieleczonych wynosiła współcześnie 90%. Surowicę tę otrzymywano przez szczepienie zwierzętom hodowli żywych i jadowitych prątków morowych. Aby uniknąć niebezpieczeństwa, połączonego z wytwarzaniem surowicy w ten sposób, próbowano wytworzyć ją potem zapomocą szczepienia samych jadów prątka morowego, względnie zabitych zapomocą ogrzania jego hodowli. Surowica ta okazała się wprawdzie skuteczną w doświadczeniach na zwie-

rzętach, lecz próby, podjęte z nią w Indyach w roku 1896 i 1897 przez Yersina i Simonda wydały nieszczególny wynik, obniżając śmiertelność z 80% co najwyżej na 50%. Wyprawy naukowe niemiecka i austryacka były świadkami tylko tych prób z ową gorszą surowicą i stąd nabrały przekonania, że jest ona mało skuteczną. Wobec tego i wobec coraz znaczniejszego rozszerzania się dżumy (w Indyach, na Madagaskarze, w Arabii, Egipcie, Syberyi południowo-wschodniej aż do okolic nadwołżańskich — Kolobowka), zdecydowano się w paryskim Instytucie Pasteura powrócić mimo wszelkich związanych z tem niebezpieczeństw do wyrobu surowicy pierwotnym sposobem. W chwili wybuchu pomoru w Oporto w sierpniu 1899 był już przygotowany pewien jej zapas, a Instytut Pasteura natychmiast wysłał z nim autorów do Portugalii.

Badania, podjęte przez autorów z pomocą władz sanitarnych miejscowych i delegatów naukowych kilku państw (z Hiszpanii, Norwegii i Rosyi) dla wykrycia źródła moru w Portugalii, stwierdziły, że pierwszy przypadek dotyczył tragarza portowego, który po wyładowywaniu zboża, nadesłanego z N. Yorku, zachorował jeszcze 5 czerwca. Potem do końca tego miesiąca zdarzyło się jeszcze 5 przypadków dżumy wśród jego towarzyszy, zamieszkałych w tym samym domu, i kilka dalszych na tej samej ulicy, i dopiero w końcu lipca wybuchła zaraza na szersze rozmiary, nieregularnie się rozsiewając w różnych punktach miasta. W chwili przybycia autorów do Oporto, 2 września, liczono już 64 przypadków i 28 śmierci (śmiertelność 43·7%). Dalsze poszukiwania stwierdziły, że mór, niewątpliwie bądźcobądź przywieziony drogą morską z jakimś zakażonym ładunkiem, nie dostał się do Oporto w czerwcu drogą bezpośrednią z Indyi, ani Egiptu, ponieważ okręty, przy których był zajęty pierwszy (wykryty!) chory, przybywały z N. Yorku lub z Londynu, co więcej, ładunek ich przez czas pewien przebywał w dokach londyńskich. W końcu jednak udało się stwierdzić, że jeszcze w maju zachorowało na dżumę w Paragwaju kilku Portugalczyków, przybywających z Oporto. Wskazuje to, że początek dżumy w Oporto jest wiele dawniejszy, niż przypuszczano, że prawdopodobnie datuje się on już od wczesnej wiosny, nie był jednak rozpoznany. Nie pozostaje więc nic innego, jak przyjąć, że dżumę do Oporto przywiozły jeszcze pod koniec zimy przybywające statki z Aleksandryi lub zatoki perskiej. Już w owym czasie zauważono niezwykle gęstą padlinę szczurów w okolicach portowych; dopiero znacznie później pojawił się pierwszy przypadek moru właśnie w dzielnicy portowej, wogóle nadzwyczaj brudnej, ciemnej, niehigienicznej i bardzo gęsto zaludnionej przez biedotę.

Aż do przybycia autorów leczono surowicą tylko 2-ch zadżumionych, z których jeden wyzdrowiał, drugi umarł. Lekarze miejscowi nie byli wcale pochopni do stósowania surowicy i zadawali bardzo małe jej dawki, nie wierząc wogóle w jej skuteczność. Aby sceptycyzm ten zwalczyć, urządzili autorowie naprzód próbne doświadczenia z surowicą na myszach i małpach wobec komisyi międzynarodowej, złożonej z obecnych wówczas w Oporto wysłanników lekarskich rozmaitych państw. Myszy po zaszczepieniu 0·02, a małpy po 2·0 cm. sześć. surowicy przetrzymywały bez żadnej szkody na zdrowiu zabójcze dawki hodowli prątka dżumowego, zadane im w 24—48 godzin po szczepieniu ochronnem. Surowica była równie skuteczną wobec prątka, pochodzącego z chorych w Oporto, jak i wobec prątka, przywiezionego z Indyi. Równie dobre było działanie leczące surowicy dla zwierząt; po zaszczepieniu zabójczej dawki prątków można było myszy uratować, zadając im 0·25 surowicy przed upływem 14 godzin po zakażeniu, małpy zaś, zapomocą powtarzanych dawek po 10 cm. sz., rozpoczynając leczenie nawet w 24 godzin po zakażeniu. Okazało się przy tem, że leczyć daje się u zwierząt nawet dżumowe zapalenie płuc, dotąd uważane za niewyleczalne. Króliki, u których zapalenie takie łatwo wywołać sztucznie i które giną na nie najdalej w ciągu 3 dni, można ocalić zapomocą 2 cm. sz. surowicy, wstrzykniętej do żył najdalej w 16 godzin po zakażeniu. Na zasadzie tych ostatnich doświadczeń wskazane były także i u ludzi próby lecznicze zapomocą wstrzykiwania surowicy wprost do żył.

Badanie kliniczne, względnie anatomo-patologiczne, przeprowadzili autorowie na 152 chorych w szpitalu zadżumionych. Znaczną większość tych przypadków stanowiły klasyczne przypadki postaci zwykłej, dymienicznej. Postać posocznicowata, opisywana przez tych, którzy badali dżumę w jej ojczyźnie, ma się cechować brakiem dymienic i obecnością prątków we krwi. Autorowie stwierdzili, że przy obecności prątków we krwi zawsze istniały dymienice w gruczołach limfatycznych wewnętrznych, stanowiąc dowód, że pierwotne zakażenie dotyczyło i tutaj narządu limfatycznego. Zakażenie krwi jest, zdaniem autorów, zawsze dopiero następowe, w rokowaniu ma ono zresztą znaczenie bardzo niekorzystne. Postaci płucnej pierwotnej spotkali autorowie tylko 3 przypadki, w których zawsze obok prątków dżumy istniało zakażenie mięszane (prątki grypy, dwoinki zapalenia płuc itd.). W tych razach zajęcie narządu limfatycznego było wtórne i objawiało się w postaci dymienic na szyi, nad obojczykiem itd. w 2—3 dniu choroby. W postaci tej prątki bardzo szybko przechodzą do krwi, a śmierć następuje 3—4 dnia. Oprócz pierwotnej dżumy płucnej istnieją także w innych postaciach moru powikłania ze strony płuc.

W przebiegu dżumy można odróżnić przypadki lekkie i ciężkie. W pierwszych, mających ogromne znaczenie epidemiologiczne, występuje obrzęk bolesny gruczołów limfatycznych w pasze, pachwinie lub na szyi, po kilku dniach osłabienie ogólne, bóle głowy, dreszczyki. Ciepłota ciała wzrasta do 38—38·5 i utrzymuje się tak 2—3 dni. Tętno 85—90, regularne. Nudności, czasem wymioty. Bezsenność lub majaczenia. Tymczasem gruczoły brzękną, nieraz do wielkości pomarańczy, tkanka otaczająca jest naciekła, skóra nad nimi zaczerwieniona, gorąca. W 5—7 dniu gruczoły miękną, przyczem gorączka dochodzi do 39—39·5°, spada zaś po nacięciu lub pęknięciu dymienicy i wylaniu się ropy. Stan ogólny bywa przytem niezły. W najlżejszych przypadkach nie przychodzi nawet do zropienia gruczołów, ani do obrzęku zapalnego sąsiednich tkanek. Bolesność gruczołów znika zwolna po 10—12 dniach, powiększenie gruczołów jednakże (zawierających jeszcze prątki) może utrzymywać się aż do miesiąca. W tych razach rozpoznanie musi się oprzeć wyłącznie na badaniu bakteryologicznem.

Dymienice zropiałe są bardzo niebezpieczne ze względu na szerzenie się dżumy, bo wydzielają obficie prątki przez czas dłuższy, nie dające się niekiedy wykazać wprost pod drobnowidem, ale zawsze wykazalne zapomocą hodowli.

W przypadkach ciężkich (stanowiących przeważną część spostrzeżeń, poczynionych przez autorów) występują niekiedy zwiastuny choroby: osłabienie, ból głowy, chwilowe bóle w miejscu późniejszych dymienic. Potem nagły dreszcz, lub coraz silniejsze dreszczyki, ból głowy, osłabienie, trwoga, wymioty pokarmami i żółcią, czasem biegunka, ból w brzęknących gruczołach, gorączka 39, 40° i wyżej, tętno częste, pełne, czasem dwubitne, ale regularne; spojówki nastrzykane, język suchy, od brzegów i na końcu czerwony. Później albo podniecenie, albo przygnębienie i śpiączka, w nocy bezsenność i bredzenia; utrudnienie mowy. Z objawów szczegółowych zasługują w tych ciężkich postaciach na uwagę przedewszystkiem dymienice, występujące zazwyczaj w kilku miejscach, a przynajmniej obok jednej dymienicy jest obrzęk gruczołów innych okolic ciała. Dymienice takie wytworzone są zwykle przez cały pakiet gruczołów; tkanka sąsiednia, a niekiedy skóra jest naciekła i mieści liczne wybroczyny; na skórze tworzą się niekiedy pęcherzyki z treścią surowiczą; ciecz z tkanki nacieklej jest gęsta, krwawa, krzepnie klejowato na powietrzu, pokrywając się przytem kuleczkami tłuszczu. Drobnowid wykazuje w niej resztki rozpadłych komórek, nieliczne leukocyty i mnóstwo prątków dżumowych. Powierzchnia przekroju nacieklych gruczołów

jest barwy różowej, z licznemi wybroczynami, soczysta; gdzieniegdzie już napotyka się rozmiękczenie. Później tworzy się dymienica, zawierająca ciecz gęstą, barwy czekoladowej, obfitującą w prątki. W postaciach łagodniejszych ciecz ta miewa cechy zwykłej ropy i zawiera znacznie mniej prątków.

Pierwotnych zmian dżumowych skóry w postaci tzw. krost dżumowych spostrzegali autorowie zaledwo kilka przypadków. Z nich jeden ciekawy ze względu na swą ciężkość (wbrew powszechnemu spostrzeżeniu, że przypadki, zaczynające się od krost, przebiegają dość łagodnie) i ze względu na to, że wrotami zakażenia było ukąszenie pluskwy. Wtórne zmiany skóry (przy dymienicach pierwotnych) zdarzają się często przedewszystkiem w postaci wybroczyn *(petechiae)* na szyi, twarzy, tułowiu i ramionach; prawdziwe wtórne krosty dżumowe występują tylko w postaciach bardzo ciężkich i rozwijają się na miejscu dawniejszych petoci. W przypadkach takich (jeden widzieli autorowie na sekcyi) może wytworzyć się obraz, przypominający ospę krwotoczną (czarną). Treść krost zawiera u nieleczonych prątki wolne, u leczonych surowicą przeważnie prątki pochłonięte są przez leukocyty.

Ze zmian ocznych, oprócz częstego nastrzykania spojówek, spotyka się niekiedy wybroczyny spojówkowe lub rzeczywistą *„chemosis"*, rzadko krostki na spojówce. Raz spostrzegali autorowie krostki na tęczówce obok przyczepin z następowem *„hypopyon"*.

Ze zmian przewodu pokarmowego oprócz wymiotów i — rzadszej — biegunki, zdarza się w postaciach ciężkich biegunka krwawa. Sekcya wykrywa liczne drobne wybroczyny bł. śluzowej żołądka, nastrzykanie jelit, nieznaczne powiększenie kęp Payera i gruczołów odosobnionych. Gruczoły krezkowe obrzękłe, nieraz podobne do gruczołów zewnętrznych, zawierają prątki. Miąższ wątroby blady, niekiedy ogniskowe stłuszczenie. Śledziona zawsze powiększona, miąższ jej czasem dość jędrny, częściej kruchy, miękki, obfituje w prątki.

Ilość oddawanego moczu bywa zazwyczaj zmniejszona. W bardzo ciężkich przypadkach bezmocz. Niekiedy mocz krwawy, zawsze zaś silnie kwaśny, zawiera ślad białka. Sekcya wykrywa często ostre, niekiedy wybroczynowe zapalenie nerek; w jednym bardzo ciężkim, długo się ciągnącym przypadku znaleźli autorowie obok tego liczne ropnie dżumowe w nerkach. Wyjątkowo zdarzają się wybroczyny w błonie śluzowej pęcherza. Istniejące zmiany nerek dawniejsze pogarszają rokowanie w przypadku zadżumienia.

Co do narządu krążenia, to tętno z początku pełne i regularne, staje się później i to zazwyczaj nagle miękie, puste, nitkowate, nawet niewybadalne. Pierwszy ton serca się przedłuża, występuje szmer przedskurczowy; drugi ton nad aortą i płucną zaostrzony, niekiedy się rozszczepia. Przy sekcyi znajdują się wybroczyny na osierdziu, najczęściej na tylnej stronie serca; zmian na zastawkach nie napotyka się nigdy, natomiast bardzo często fragmentacyę serca (wiotkość i gliniaste zabarwienie). Co do zmian krwi powołują się autorowie na badania wypraw niemieckiej i austyackiej.

Ci chorzy, którzy z początku objawiali skutki zatrucia jadami i lekkie zaburzenia psychiczne, umierają zazwyczaj wśród jasnej świadomosci. Należy odróżnić objawy nerwowe, wywołane przez wessanie jadów, od ocjawów wskutek bezpośredniego usadowienia się prątków w oponach lub mózgu. Do pierwszych zaliczyć należy bóle głowy, wymioty i niektóre objawy psychiczne. Te ostatnie polegają albo na podnieceniu z trwogą, poczem następuje śpiączka a nieraz utrata świadomości, przyczem zdarza się *„nystagmus"* i drgawki włókienkowe mięśni; albo też po okresie śpiączki następuje szał z omamami wzroku i słuchu, zrywaniem się i t. p. Autorowie spostrzegali 2 razy zapalenie opon, raz zapalenie opon i mózgu dżumowe.

W końcu przytaczają autorowie szczegóły, odnoszące się do piewotnych i wtórnych zmian w płucach. Oprócz przekrwienia opadowego zdarzają się tam zmiany zapalne, albo jako pierwotne usadowienie się dżumy, albo jako powikłanie z udziałem prątków dżumowych, które dostają się przez kanał nosołzowy ze łzami u osobników z dżumowem zapaleniem spojówek, z wydzieliną nosa, wymiocinami i t. p. na teren już przygotowany przez prątki grypy, dwoinki Fränkla i t. d. Powikłanie płucne u zadżumionych objawia się klinicznie pogorszeniem stanu ogólnego, czasem dreszczem, przyspieszeniem oddechu, kaszlem, kłuciem w boku; plwocina obfita, śluzoworopna lub częściej krwawa. Badanie fizyczne wykrywa objawy zapalenia płuc zrazikowego, które w razie pomyślnego leczenia powoli ustępują wraz z gorączką, bez przełomu.

Anatomicznie stwierdza się zapalenie ogniskowe płuc, niezbyt znamienne, a różniące się od innych podobnych tem tylko, że ogniska zapalne mają dążność do rozmiękania i otoczone są ciemnoczerwoną wybroczynową obwódką. Zmiany wtórne w płucach mogą także nastąpić drogami limfatycznemi lub drogą krwi. Wówczas sprawa przebiega szybciej i groźniej, a sekcya wykrywa tylko obrzęk zapalny płuc lub obraz zbliżony do zwątrobienia czerwonego w zapaleniu włóknikowem, jednak bez zajęcia opłucnej, klinicznie zaś brak prawie objawów, prócz osłabienia szmerów oddechowych i gwałtownego pogorszenia ogólnego stanu.

Leczenie surowicą zastósowali autorowie w okresie największego natężenia zarazy, w październiku i listopadzie. Ze 152 chorych, przywiezionych do szpitala, leczono 140 (2 + przy przyjęciu, 10 było ozdrowieńców) i nadto 2 na mieście. Z tych 142 leczonych zmarło $21 = 14 \cdot 7\%$. Równocześnie w mieście było 72 nieleczonych zadżumionych, z których zmarło $46 = 63.7\%$. Miarą skuteczności surowicy jest różnica tych cyfr, t. j. 49% uratowanych. Z 21, zmarłych pomimo leczenia, 3 przebywało w szpitalu mniej niż 12 godzin; u 3 innych sekcya wykryła prócz dżumy zmiany dawniejsze (wady serca i t. p.). U 7-go znaleziono gruźlicze zapalenie opon, jedna kobieta uległa mięszanemu zakażeniu połogowemu paciorkowcami i dżumowemu. Te przypadki należałoby właściwie ze statystyki leczenia odliczyć.

Śmiertelność leczonych i nieleczonych tem więcej można śmiało porównywać, że do szpitala zgłaszali się przeważnie ciężej chorzy i że przed rozpoczęciem leczenia surowicą śmiertelność w szpitalu była nieomal równą śmiertelności na mieście. Że korzystne działanie surowicy nie było zresztą złudzeniem, udowadniają autorowie także na odpowiednich zestawieniach, z których wynika, że w czasie największej zarazy ogólna śmiertelność (tj. suma śmiertelności w szpitalu i na mieście) była mniejszą, niż w okresach zarazy łagodniejszej, a to poprostu dlatego, że chorzy chętniej zgłaszali się do szpitala i przez to leczono większą ich liczbę.

Wszystkie przypadki szpitalne badano bakteryologicznie i otrzymywano w hodowlach nader jadowite dla zwierząt prątki. Stan niektórych chorych w chwili przyjęcia był nadzwyczaj ciężki, prątki krążyły obficie we krwi. Obecność prątków we krwi nie zawsze jednak (przy leczeniu) sprowadza śmierć; z 18 takich chorych zmarło 8. Po wstrzyknięciu surowicy prątki znikają ze krwi. Pierwotnej dżumy płucnej nie leczyli autorowie surowicą ani razu; na wtórne zapalenie płuc zachorowało 23 osób, z nich zmarło (przy leczeniu) 9.

Roztrząsnąwszy krytycznie leczone przez siebie przypadki, dochodzą autorowie do następującego ogólnego wniosku w sprawie stósowania surowicy:

W s z y s c y z a d ż u m i e n i, p r z e d e w s z y s t k i e m z a ś z e z m i a n a m i d ż u m o w e m i w p ł u c a c h, p o w i n n i o t r z y m a ć, i l e m o ż n o ś c i w p o c z ą t k a c h c h o r o b y, o d r a z u n a j m n i e j 20 c m. s z. s u r o w i c y w p r o s t d o ż y ł, a p o t e m w c i ą g u n a s t ę p n y c h 24 g o d z i n j e s z c z e d w u k r o t n i e p o 40 c m. s z. c o n a j m n i e j — p o d s k ó r ę.

Najskuteczniejsze bowiem okazały się wstrzykiwania do żył (na przedramieniu, po uciśnięciu żył powyżej wkłócia igły strzykawki przez odkażoną skórę).

W dalszych dniach aż do ustąpienia gorączki, a nawet jeszcze ze dwa dni potem, należy wstrzykiwać, stóso-

wnie do ogólnego stanu i ciężkości przypadku, po 10—40 c. sz. surowicy podskórnie, a w razie potrzeby nie zawahać się przed powtórnem wstrzyknięciem do żył.

Działanie surowicy objawia się szybkiem zmniejszeniem bólów i obrzęku w zajętych gruczołach; ropienie nie występuje, a jeżeli wystąpi, ropa często bywa jałowa. Z krwi znikają prątki w dobę po wstrzyknięciu 40 cm. sz.; nawet jeśli nastąpiła śmierć, nie można u leczonych znaleźć prątków we krwi, choć przed leczeniem w niej krążyły. Gorączka opada zawsze i wyraźnie po każdem wstrzyknięciu; w przypadkach cięższych co prawda z początku tylko przelotnie. Tętno i stan ogólny poprawiają się; śpiączka ustępuje, świadomość powraca, podniecenie ustaje, bredzenia gubią się, choć nieco wolniej. Uboczne objawy działania surowicy nie są ani częstsze, ani cięższe po wstrzykiwaniach do żył, niż po wstrzykiwaniach podskórnych. (Oczywiście trzeba unikać zatorów powietrznych!). Ilość zadanej surowicy nie wpływa na wystąpienie objawów ubocznych. Bywały one u chorych, którzy otrzymali 40—80 c. (bóle stawowe, rumień), i odwrotnie nie zjawiały się nieraz po 200, a nawet 300 c. sz.

Szczepienia ochronne zdrowych mogą odbywać się albo szczepionką Haffkine'a tj. hodowlami prątków dżumowych, zabitemi ogrzaniem przez godzinę do 70° C. — albo też zapomocą surowicy. Szczepienia Haffkinowskie wytwarzają odporność trwalszą, co najmniej kilkomiesięczną, jak to wynalazca wypróbował na tysiącach przypadków, jednakże mają dwie ujemne strony: odporność wytwarza się nie odrazu, a przytem w p i e r w s z y c h dniach po szczepieniu ustrój staje się, o ile z doświadczeń na zwierzętach wnosić można, na zakażenie wrażliwszym.

Szczepień ochronnych surowicą (5 cm. pod skórę brzucha) dokonali autorowie u 600 osób, mianowicie u wszystkich lekarzy i bakteryologów, służby szpitalnej i pogrzebowej, u rodzin chorych i kolonii francuskiej w Oporto. Nikt ze szczepionych nie zachorował na dżumę; zaledwo zaś u kilku zjawiła się na 5—6 dzień pokrzywka, innych objawów ubocznych nie było.

Odporność, wytworzona przez surowicę, powstaje natychmiast, ale jest przelotna i nie trwa nad 2 tygodnie. W tym czasie trzeba szczepienie powtórzyć. Zaniedbał tego bakteryolog Dr. Pestana i w miesiąc po szczepieniu z dżumy umarł. Asystent jego, Dr. França, zaszczepił się 5 cm. surowicy podskórnie 8 X.; 15 X. przy sekcyi zadżumionego skaleczył się dwukrotnie w rękę; 16 X. znowu przy sekcyi ponownie się skaleczył (na 3 dni co najwyżej przed ostatecznym końcem działania ochronnego surowicy). Tegoż dnia mały obrzęk gruczołów pachowych, stan ogólny jeszcze 17-go dobry, bez gorączki. Tegoż dnia 20 c. sz. surowicy podskórnie. W nocy na 18-go bezsenność, ból głowy, 18-go pogorszenie, gorączka 38·8° — 40 c. sz. surowicy podskórnie. Odtąd powolne wyzdrowienie (gorączka ostatni raz 22-go). W tym więc przypadku pomimo fatalnych warunków zakażenia się przebieg dzięki szczepieniu ochronnemu był łagodny i skończył się dobrze.

Aby połączyć zalety szczepień ochronnych Haffkinowkich i surowiczych proponują autorowie wstrzykiwać naraz szczepionkę Haffkine'a z małą ilością surowicy, co na małpach wypróbowali już, jako bardzo korzystne. Surowica chroni wtedy ustrój przed dojściem odporności trwałej do szczytu i zobojętnia wpływ szczepionki, który w pierwszych dniach może być ujemnym.

Środki zapobiegawcze ogólne, zalecane przez autorów, odnoszą się głównie do stosunków portugalskich, ale zresztą mają znaczenie nie tylko dla nich. Autorowie polecają asanizacyę i dezinfekcyę brudnych dzielnic miasta, ewentualne palenie domów najniezdrowszych i sprzętów o małej wartości. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie wybuchu dżumy. Władze portugalskie przyznały głośno jej istnienie dopiero w 2 miesiące po p i e r w s z y m w y k r y t y m przypadku, gdy już zmarło 18 zadżumionych! Ileż przypadków pozostało utajonych przed stwierdzeniem pierwszego?!

Kordon wojskowy, nie mający zresztą sensu w gęsto zaludnionej Europie, bo łatwo go przekraczają zadżumione szczury, docierając przed śmiercią do najbliższej miejscowości, zaprowadzono dopiero po ucieczce 40.000 ze 180.000 mieszkańców Oporto. Cudem prawdziwym nazywają autorowie, że dotąd wobec tego nie mamy dżumy w całej Europie. Wskazując wreszcie na istotnie groźne niebezpieczeństwo dla Europy, wiszące nad nią ze strony lądowej (Syberya i Turkestan) i morskiej, nawołują autorowie do baczności, wskazując środki ubezpieczenia portów i t. p., w czem zresztą nie przytaczają nic nowego.

Zamyka nader ciekawą i ważną pracę zbiór bardzo interesujących historyj chorób 152 zadżumionych.

Ciechanowski.

Dr. H. M i y a k e: **O chorobie wywołanej przez ukąszenie szczura.** *(Rattenbisskrankheit) (Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. V, Z. 2). Między innemi osobliwościami posiada Japonia i tę, że tam ukąszenie szczura wywołuje niekiedy szczególną chorobę, zawsze ciężką, często śmiertelną. Opisy tej choroby, pobieżne i powierzchownie traktowane, spotyka się często w starych pismach kraju Mikada. Dopiero jednak od paru dziesiątek lat, t. j. od czasu, kiedy w kraju tym zaczęli rozwijać swą czynność lekarze, kształceni w Europie, zaczęto ściśle obserwować tę dla nas zagadkową chorobę; znamy już jej dokładne opisy, do istoty jednak rzeczy dotrzeć nie zdołano.

Nie jakiś gatunek swoisty szczura, lecz zwykły, zamieszkujący wraz z ludźmi ich domostwa, staje się w pewnych warunkach tak niebezpiecznym dla Japończyka. Kąsa on człowieka albo chwytany i napastowany, lub sam, przyjmując rolę czynną, napada na ludzi śpiących i gryzie ich najczęściej w twarz lub palce. Ostatnia ta okoliczność każe się domyślać, że zwierzęta kąsające nie są zdrowe, lecz że cierpią na jakąś chorobę, analogiczną ze wścieklizną u psów. Domniemania tego nie zdołano stwierdzić sekcyjnie, nie udało się bowiem dotychczas schwytać szczura *in flagranti*. Nieznaczna ranka goi się zwyczajnie bez odczynu, miejscowego lub ogólnego, w przeciągu paru dni i dopiero po dłuższym lub krótszym czasie wylęgania, średnio po 2 tygodniach (chociaż nie brak podań, w których okres ten miał wynosić kilka godzin, kilka miesięcy, a nawet zwyż 10 lat), bez zwiastunów, lub po nich wybucha ta ciężka choroba. Brak dotychczas jakichkolwiek dat, z którychby wnosić można było u jakiego % ukąszonych przez szczury cierpienie to występuje. Z istniejących jednak liczb wnosić można na pewno, że na powstanie choroby nie ma wpływu płeć i wiek, że choroba ta nie przenosi się z człowieka na człowieka, ani nawet chora matka, karmiąca swe niemowlę, nie zaraża je. Jak dotychczas choroba ta jest znaną wyłącznie na 4 głównych wyspach japońskich (t. j. Nippou, Shikoku, Kiuskiu i Hokkaido).

Objawy chorobowe rozpoczynają się dreszczami, gorączką i odczynem zapalnym w otoczeniu zagojonej już rany: blizna i jej otoczenie brzęknie, czerwienieje, twardnieje i staje się bolesną. W dalszym przebiegu tworzą się pęcherze, wyjątkowo rozwija się ograniczona zgorzel. Tym zmianom towarzyszy zapalenie najbliższych gruczołów i naczyń chłonnych, łączących je z ogniskiem chorobowem. Gorączka wysoka, do 40° C., okazuje wybitny tor przepuszczający. Równolegle z tem rozwijają się objawy ogólne: osłabienie, ból w kończynach, wybitny ból mięśniowy, uczucie trwogi, pragnienie, nudności, ból głowy, poty, brak łaknienia, rzadziej już majaczenia, śpiączka i t. d. Odruchy ścięgniste wzmożone, lub znikają zupełnie, czasami dołączają się porażenia czucia i ruchu. Bardzo ważnym, niemal swoistym objawem jest osutka, i to głównie w dwóch postaciach, jako osutka rumieniowa lub guzkowa. Wątroba i śledziona nigdy nie były powiększone, żółtaczki nie spostrzegano. Choroba wlecze się miesiącami. Jak w każdej innej chorobie, tak i tu,

objawy mogą się różnie układać. Ztąd potworzono różne postacie tej choroby, już to zależnie od przewagi jednych objawów nad drugimi, lub też zależnie od zachowania się gorączki. Po szczegóły odsyłamy do oryginału. Ograniczymy się do podania kilku szczegółów, objaśniających powyżej naszkicowane objawy. Osutka pojawia się równocześnie z gorączką, i z nią znika, poczem znów podczas nowego nawału choroby pojawia się. Zabarwienie jej jest czerwone, lub czerwonawo-niebieskie. Pojedyncze plamy są wielkości grochu, korony i większe tak, że czasem osutka robi wrażenie róży. Kształt ich jest okrągły lub nieregularny, zbitość znaczna. Występuje prawie na całej skórze, nie pojawia się tylko na owłosionej skórze głowy, na dłoniach, podeszwach i na błonach śluzowych. Pod koniec choroby występuje czasami w postaci ostrej pokrzywki.

Bardzo cechujące są bóle mięśniowe, szczególnie wybitne w kończynach dolnych. W ciężkich przypadkach rozwija się chera i obrzęki o rozmaitej rozległości.

Rokowanie nie najgorsze, gdyż mimo ciężkiego i kilka miesięcy trwającego przebiegu autor oblicza śmiertelność na 10·5%.

Parokrotnie wykonana sekcya nie wykazała żadnych cechujących zmian. Ujemnie też wypadły próby wyhodowania drobnoustrojów z różnych tkanek i wydzielin, lub wywołania objawów chorobowych u zwierząt. *Herman.*

Dr. Pernitza (Wiedeń). **Drążąca rana postrzałowa brzucha, wyleczona przez laparotomię.** (*Wiener klinische Wochenschrift* No. 36. 1899). Autor opisuje przypadek, w którym wykonał laparotomię u chłopca 9-letniego w 22 godziny po urazie i zeszył przedziurawione jelito cienkie w trzech miejscach. Pomimo że u pacyenta, który odbył kilkumilowy transport koleją i wozem, wystąpiły wyraźne objawy zapalenia otrzewnej, jak bębnica, bolesność brzucha, wymioty i ogólny zapad i, jak to stwierdzono przy operacyi otrzewna, w dolnych partyach brzucha była zaczerwieniona, a pętle jelita cienkiego zlepione wypociną włóknikową, wynik operacyi był pomyślny. Otwory w jelicie, z których wylewała się ciecz kałowa, zeszył P. szwami Lemberta, ciecz kałową i wypocinę wymaczał suchymi wacikami, jamę brzuszną zeszył potrójnym szwem warstwowym, ranę postrzałową w dolnej części linii białej sączkował gazą jodoformową.

Kuli z karabinka Flauberta nie znalazł P. w jamie brzusznej; prawdopodobnie ugrzęzła w mięśniach grzbietu. Pacyent opuścił szpital dopiero po sześciu tygodniach jako wyleczony, gdyż w otoczeniu rany postrzałowej wystąpiło obumarcie skóry na małej przestrzeni. *Dr. Karchezy.*

Dr. Rolly. **Równoczesne wystąpienie płonicy i odry u tegosamego osobnika** i ich wzajemny wpływ. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 13 L. H. 4. 1899). Twierdzenie Mayr-Hebry i Trousseau, wykluczające możność wystąpienia równoczesnego dwóch osutek u jednego osobnika, zostały zbite przez Steinera, Monti, Thomasa, a piśmiennictwo ostatnich 20 lat nagromadziło taki materyał zapasowy, iż dziś jest rzeczą pewną, że wystąpienie równocześnie dwóch zakażeń jest możebne. Autor opisuje przypadek t. zw. „morbilli-scarlatina“ u 1½ rocznej dziewczynki, spostrzeganej na heidelbergskiej poliklinice, u której równocześnie rozwijały się dwa zakażenia, t. j. odrowe i płonicze, a w przebiegu swym przedstawiały każde oddzielnie swoje okresy; charakterystyczne powikłania i objawy przebiegały osobno, bez najmniejszego wpływu jednych na drugie. W przypadku autora wystąpiły równocześnie obie wysypki, tak jak i w przypadku opisanym przez René-Blaché, wyraźny dowód współistnienia, a w takim razie każda z chorób wysypkowych przebiega oddzielnie od siebie. Jeżeli jednakowo okres wystąpienia obu wysypek u jednego osobnika jest dłuższy choćby nawet nad 3 dni, to tu należy przypuszczać wpływ tych chorób na siebie. Autor wpływu tego ściśle oznaczyć nie może, gdyż w tym kierunku zbyt mała liczba publikacyj istnieje, — lecz przychyla się do zdania Johannessena, Granchera i Bessa, iż korzystniejszem jest rokowanie w przypadkach płonicy po odrze, a gorsze w przypadkach odry po płonicy. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. L. Hofbauer. **Spostrzeżenie dwuletniego krwawienia z jednej nerki.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. V, Z. 3). Od dwóch już lat uważała 13-letnie M. K. mocz krwawy. Badanie przedmiotowe wykazało jedynie krwawienie z lewej nerki (cystoskopem), zresztą ani w narządach wewnętrznych, ani w wydzielinach, specyalnie w moczu, (prócz krwi), żadnych zmian chorobowych wykazać nie można było. Wykluczyć trzeba było kamicę nerkową, gruźlicę lub nowotwory nerki, sprawę zapalną krwotoczną i przyjąć „haematuria sine materia“. W tej ostatniej chorobie jednak bywa kolka, tak, że przecież francuzi nazwali ją „névralgie hématurique“. Nakłoniono zatem chorą, by pozwoliła chirurgicznie odsłonić sobie nerkę. Podczas tej operacyi zdarzyło się, że oderwały się naczynia od nerki, tak, że tę ostatnią musiano wyjąć. Zmian makroskopowych nie było. Natomiast pod drobnowidom wykazano „glomerulonephritis“. Wszystko inne zaś przemawiało za tem, że druga nerka jest zdrowa. Prawdopodobnie zakażenie nastąpiło przez krew, — początkowo obie nerki były zajęte, — później jednak ograniczyło się tylko do lewej. *Herman.*

Prof. Seifert. (Würzburg). **Gruźlica przewodu nosowo-łzowego.** (*Münch. med. Wochenschrift.* 1899. Nr. 52). Na podstawie przypadków zaczerpniętych z dotyczącego piśmiennictwa i z własnego doświadczenia klinicznego, stara się autor wyjaśnić związek przyczynowo-chorobowy, jaki zachodzi między gruźlicą przewodu łzowego, a gruźlicą jamy nosowej. Opierając się bowiem na badaniach Bacha, które wykazują, że w prawidłowych warunkach wszelkie drobnoustroje zostają z worka spojówkowego szybko przez łzy wydalane w kierunku nosa, — nie może S. przyjąć, by gruźlica przewodu łzowego była cierpieniem pierwotnem. Tylko w tym przypadku, gdyby przewód łzowy był chorobowo zmieniony, lub ujście jego nosowe zwężone, wówczas utrudniony odpływ łez może spowodować usadowienie się tam prątków gruźliczych; w każdym innym razie gruźlica przewodu łzowego jest chorobą następową. W ogólności zaś przyjmuje autor 3 drogi zakażenia: 1. albo zakażenie gruźlicze wychodzi z kostnego otoczenia przewodu łzowego; 2. albo z jamy nosowej przenosi się na przewód łzowy (najczęściej): 3. albo wreszcie gruźlica przewodu łzowego jest następstwem gruźlicy spojówki. Ponieważ najczęściej zachodzi przypadek drugi, dlatego, twierdzi S., lecząc tylko jamę nosową, można otrzymać dobre także wyniki w gruźlicy przewodu łzowego. *Dr. Henryk Pisek.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mesnard stosuje w zapaleniu pęcherza pigułki o składzie: *Bals. Canadens. 20·0 Magn. calcin. 27·0 Pulv. sapon. Pulv. Benzoës. aa q. s. ut f. pill. Nr. 100. S. 4—6 pigułek dziennie.* Szczególnie dobre wyniki otrzymywał M. w przewlekłym nieżycie pęcherza. (*Sem. méd.* 1899). *F. K.*

Fournier mówił na posiedz. Towarz. dermat. w Paryżu o wynikach, otrzymanych po wstrzykiwaniach kalomelu w przypadkach liszaja żrącego, — stwierdzając tylko, że goi szybko wrzody liszajowe, pozostawia jednak guzki tak, że choroby właściwie wcale nie leczy. (*Soc. fr. de derm. et syphil.* 1899. 13 lipca). *F. K.*

Unna podaje (*Deut. m. Ztg. Nr. 40* 1899), mydło z tuberkuliną o składzie: *Sapon. unguinos. 10,0 Tubercul. 0,5—2,0.* Mydło to w małej ilości wciera się palcem, osłoniętym powłoką gumową w skórę z początku na sucho, później zwilżywszy palec wodą i to tak długo, aż nic na skórze nie pozostanie. — Najwięcej nadaje się ten sposób leczenia przy liszaju żrącym skóry lub błon śluzowych, przy gruźlicy skóry, trądzie, liszaju rumieniowym i przerosłych bliznach (keloid). *F. K.*

Hydragoginum. Środek ten stosował Goldberg w ciągu lat 8 w 100 przeszło przypadkach z dobrym skutkiem, nawet tam, gdzie wszystkie inne leki zawiodły. Środek ten składa się z *Tinct. Digitalis, Tra. Strophanti, Scilla i Oxysaponinum* (z *Herniana glabra*), a podaje się go po 10 kropel co godzinę przez 1 do 2 dni. Wskutek podania tego środka może nastąpić obfite moczenie do 10 litr. na dzień. Chorzy rozmaicie znoszą ten lek: czasem pojawiają się wymioty i zrywanie na wymioty, a wtedy należy dawkę zmniejszyć lub też zaprzestać podawania na dzień lub kilka dni. (*Klin. therap. Wochschrift Nr. 38* 1899). *I. L.*

Eunatrol stosował Cipriani przeciw kamykom żółciowym z dobrym skutkiem w dwóch przypadkach. Po leczeniu eunatrolem nietylko, że ustało morzysko, ale nadto odeszły kamyki zatrzymane w przewodzie żółciowym, a wydzielanie się żółci odbywało się prawidłowo. Cipriani tłómaczy sobie działanie eunatrolu w kamicy żółciowej w sposób następujący: eunatrol rozpuszcza się w żołądku, tworząc ciecz oleistą, która powleka ściany żołądka i dwunastnicy. Przy zetknięciu się tej cieczy z zadrażnioną błoną śluzową ustaje skurcz. Eunatrol styka się również z uchyłkiem Vatera, a jeżeli kamyk jaki uwięznięty uniemożliwił odpływ żółci, zostaje eunatrol na mocy włoskowatości wchłonięty do ściany przewodu aż za uwięznięty kamyk. Pod działaniem zaczynów trawieńcowych rozpada się eunatrol na związek sodowy i tłuszcz, a ten ostatni na kwas tłuszczowy i glicerynę, która po po zresorbowaniu i przejściu uchyłku Vatera jest w stanie rozpuścić lub też zmniejszyć kamyk. Część zaś eunatrolu wchłonięta przyczynia się do wydzielania żółci, oraz i rozpuszczenia śluzu i sprzyja wydzielaniu kamyka. *I. L.*

Haemol i Haemogalol stosował Alksins w 600 przeszło przypadków niedokrewności i błednicy wskutek utraty krwi, jak i w następstwie chorób ostrych. Przewód pokarmowy znosił te przetwory wyśmienicie. Co do podawania hemogalolu zaleca autor przepisywanie tego środka z arsenem w pigułkach lub proszkach:

Rp.: Acid. arsenici 0·06
Extr. Strychni 0·60
Haemogaloli 10·00
Mucil. gum. arab.
Sacchar. albi aa q. s.
ut f. pil. Nr. 60. Consperg.
S. Po jednej pigułce 3 razy dziennie po jedzeniu.

Rp.: Haemogaloli 0·6
Extr. Strychni 0·02
M. f. pulvis
Da ad capsul. amylaceas
tal. doses Nr. 30
S. 3 proszki dziennie po jedzeniu. *I. L.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe i administracyjne z dnia 12 stycznia 1900 r.

Przewodniczący kol. A. Gluziński, członków obecnych 46.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1. Kol. Marischler przedstawił chorego z tętniakiem tętnicy głównej. Przypadek ten będzie ogłoszony drukiem.

2. Kol. Barącz przedstawia 12-letniego chłopca z porażeniem całej lewej kończyny dolnej w następstwie *poliomyelitis anterior acuta*, przebytej w 2-gim roku życia. Bardzo znaczne zniekształtnienie stopy (*pes equinovarus paralyt.*) usunął kol. B. wykonaniem klinowej resekcyi stopy podług Kochera, t. j. przez resekcyę przedniej części kości skokowej i piętowej, a chory stąpa obecnie całą podeszwą. O przeszczepieniu ścięgien i przeniesieniu czynności na ścięgna zdrowe nie było mowy w tym przypadku, ponieważ mięśnie uda i podudzia nie reagują wcale na prąd elektryczny. Chory dostanie maszynkę do chodzenia (rodzaj szyny Thomasa).

3. Sprawozdanie sekretarza za rok 1899 odczytano i przyjęto.

4. Sprawozdanie bibliotekarza i gospodarza przyjęto.

5. Przystąpiono do wyboru zarządu na rok 1900. W głosowaniu kartkami zostali wybrani: prezesem kol. Sielski, wiceprezesem kol. Beck, sekretarzem kol. Krzyszkowski. Członkami biura koll.: Rencki, Sołowij i Stachiewicz. Gospodarzem pozostaje nadal kol. Festenburg; bibliotekarzem kol. Dębicki, jako wybrani na 3 lata w r. 1899. Delegatami na walne zgromadzenie Tow. galic. koll.: Beck, Kadyi, Kuczera, Papée, Sielski, Wechsler i Ziembicki. Zastępcami: Ballaban, Kowalski E. i Kucharski.

6. Kol. przewodniczący w dłuższem przemówieniu dziękuje członkom za gorliwy udział w ruchu naukowym Sekcyi i podnosi myśl założenia w jej łonie Komisyi balneologicznej, przemysłowej i t. d., co niewątpliwie przyczyni się do rozwoju Sekcyi. W ogólnej dyskusyi, która się na ten temat rozwinęła, brali udział koll.: Mars, Bylicki, Kadyi, A. Gluziński i Uhma. Kol. Mars postawił wniosek polecenia prezydyum Sekcyi, aby zawezwała Komisyę, wybraną w r. 1898 dla zmiany statutu, do przedłożenia wyniku jej obrad do końca lutego. Wniosek ten z dodatkiem kol. Uhmy, aby Komisya ta wypracowała projekt regulaminu, w głosowaniu przyjęto.

Dr. Papée, sekretarz.

VII.

† Dr. Oskar Widmann

prof. nadzwyczajny Uniw. lwowskiego, prymaryusz szpitala powszechnego we Lwowie, zakończył życie 28-go grudnia, licząc lat 61. Ś. p. prof. Widmann urodził się we Lwowie, szkoły średnie odbył w Presburgu i w tamtejszej Akademii słuchał nauk prawniczych. W r. 1860 zapisał się na Wydział lekarski w Wiedniu; po roku przeniósł się do Krakowa, gdzie w r. 1866 otrzymał dyplom doktora medycyny. Jeszcze w r. 1864 mianowany został asystentem przy katedrze fizyologii. Po skończeniu nauk lekarskich (1866) objął służbę lekarską w oddziale chorób wewnętrznych lwowskiego szpitala powszechnego, później w oddziale psychiatrycznym. Od roku 1867 do 1870 był asystentem w klinice terapeutycznej przy lwowskiej Szkole medyko-chirurgicznej. Od r. 1870 do końca życia był prymaryuszem szpitala powszechnego we Lwowie. Przed dwoma laty mianowany został w lwowskim Uniwersytecie docentem do wykładów chorób wewnętrznych, a w ostatnich czasach — profesorem nadzwyczajnym tegoż przedmiotu. Między r. 1862 a 1884 ś. p. prof. Widmann ogłosił 20 prac, z których jedna „Choroby serca i wielkich pni naczyniowych“, stanowi podręcznik znacznych rozmiarów.

Wzięty lekarz, światły i sumienny praktyk, zasłużony pisarz, człowiek głębokiej wiedzy w zakresie swej specyalności, ś. p. Widmann pozostawia po sobie wdzięczną i niespożytą pamięć.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów:

A. Organizacya sekcyi naukowych i temata ogólne, postawione na porządku dziennym ich obrad.

I. Sekcya matematyczno-fizyczna
(łącznie z astronomią):

Gospodarz: Prof. Dr. Rudzki (*Biskupia 8*). — Sekretarz: pan Leon Klecki (*Karmelicka 38*).

II. Sekcya chemiczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Julian Schramm (*ul. Jagiellońska, Zakład chemiczny*). — Sekretarze: Dr. Tadeusz Estreicher (*św. Anny 8*), Dr. Ludwik Brunner (*ul. Jagiellońska, Zakład chemiczny*).

Temat obrad:

„Sprawa słownictwa chemicznego polskiego“, sprawozdawca prof. Bronisław Znatowicz (Warszawa).

III. Sekcya mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

Gospodarze: Prof. Dr. Władysław Szajnocha i Prof. Dr. Szczęsny Kreutz (*ul. św. Anny, Collegium physicum*). Sekretarz: Dr. Józef Grzybowski (tamże).

IV. Sekcya zoologii i anatomii porównawczej.

Gospodarz: Prof. Dr. Wierzejski (*ul. św. Anny, 6*). Sekretarz: Doc. Dr. Tadeusz Garbowski (tamże).

Temata obrad:

1) „Sprawa ujednostajnienia i ustalenia polskiej nomenklatury porównawczo-zoologicznej“, sprawozdawca Prof. Dr. J. Nusbaum (Lwów).
2) „Obecny stan prac nad fauną krajową“, sprawozdawca Prof. Władysław Kulczyński (Kraków).
3) „Sprawa pochodzenia odnóży kręgowców“, sprawozdawca Prof. Dr. Henryk Hoyer jun. (Kraków).
4) „Teorya listków zarodkowych wobec nowych prądów w porównawczej morfogenii“, sprawozdawca Doc. Dr. T. Garbowski (Kraków).

V. Sekcya botaniczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Józef Rostafiński (*Garncarska, 14*).

VI. Sekcya przyrodniczo-rolnicza.

Gospodarz: Prof. Dr. Emil Godlewski (*Straszewskiego, 22*). — Sekretarze sekcyi: Prof. Dr. Waleryan Klecki (*Krakow, Karmelicka, 44*), Prof. Dr. Józef Mikułowski-Pomorski (*Dublany, pod Lwowem*). Komisarze sekcyi: Prof. Dr. Mikułowski-Pomorski i p. Stanisław Chełchowski (*Chojnów p. Prasnysz gub. Płocka*).

Temata obrad:

1) „O krążeniu azotu“, sprawozdawca Prof. Dr. Jentys (Kraków).
2) „O składzie roślin uprawnych, jako wskazówce do ocenienia potrzeb nawozowych gleby“, sprawozdawca Prof. Dr. Godlewski (Kraków).
3) „O pomiarach kraniologicznych przy badaniu ras zwierząt domowych“, sprawozdawca Prof. Dr. Waleryan Klecki (Kraków).
4) „W sprawie metodyki doświadczeń wazonowych, a w szczególności o wpływie sposobu rozdzielania nawozów w ziemi na ich skutek przy doświadczeniach wazonowych“, sprawozdawca Prof. Dr. Mikułowski-Pomorski (Dublany).
5) „Ujednostajnienie metod badania produktów rolniczych“, sprawozdawca Dr. Sempołowski.
6) „Ujednostajnienie metod wykonywania zbiorowych doświadczeń rolniczych“, sprawozdaca Dr. Rogoyski.

VII. Sekcya techniczna

(mechanika, inżynierya, budownictwo i technologia chemiczna).

Gospodarze: Dyrektor Roman Ingarden (*Jagiellońska, 11*) i Prof. Gustaw Steingraber (*Gołębia, Szkoła przemysłowa*).

VIII. Sekcya fotografii, zastósowanej do celów naukowych.

Gospodarz: Dr. Stanisław Tołłoczko (*Retoryka, 3*). — Sekretarz: Dr. Zygmunt Jaworski (*Studencka, 15*).

Temat obrad:

„O obecnym stanie fotografii barwnej“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.

IX. Sekcya farmaceutyczna.

Gospodarz: P. Eugeniusz Heller (właściciel apteki, *ul. Grodzka*). — Sekretarz: P. Ksawery Mikucki (właściciel apteki, *Rynek główny*).

X. Sekcya psychologiczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Napoleon Cybulski (*Szczepańska, 11*). — Sekretarz: Dr. W. M. Kozłowski (*Smoleńsk, 22*).

Temata obrad:

a) Proponowane przez Prof. Struvego (Warszawa):

1) „Porównanie objawów psychicznych z fizyologicznymi i fizycznymi w celu ścisłego określenia właściwości pierwszych, różnicy od ostatnich“.
2) „Wyjaśnienie faktuześrodkowania czyli koncentracyi rozlicznych objawów psychicznych w poczuciu lub też świadomości indywidualnego bytu żywej istoty“.
3) „Wyjaśnienie faktu połączenia szeregu odrębnych w sobie ruchów ciała dla urzeczywistnienia wspólnego im wszystkim celu woli“.

b) Proponowane przez Prof. Dr. M. Straszewskiego (Kraków).

4) „Wpływ nauk przyrodniczych na obecne kierunki w teoryi poznania“.
5) „O stosunku filozofii do nauk szczegółowych, a w szczególności do przyrodoznawstwa“.

c) Proponowane przez Dr. W. M. Kozłowskiego (Kraków).

6) „Aprioryczny charakter ogólnych zasad przyrodoznawstwa“.

XI. Sekcya anatomiczno-fizyologiczna

(anatomia, fizyologia, embryologia, histologia, chemia fizyologiczna i antropologia).

Gospodarze: Prof. Dr. N. Cybulski (*Szczepańska 11*) i Prof. Dr. K. Kostanecki (*Kolejowa, 7*). — Sekretarze: Dla działu anatomiczno-embryologicznego: Dr. Emil Godlewski jun. (*Kopernika 12*); dla działu fizyologii i histologii: Dr. Stanisław Maziarski (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Aby zyskać więcej czasu na wykłady i demonstracye, nie stawia Sekcya żadnych tematów ogólnych na porządku dziennym obrad.

XII. Sekcya patologiczna

(anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteryologia lekarska).

Gospodarz: Prof. Dr. Tadeusz Browicz (*Krupnicza 5*). — Sekretarz: Dr. Konrad Gliński (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Temata obrad:

1) „Etyologia nowotworów“ sprawozdawcy: Prof. Dr. Browicz (Kraków) i Prof. Dr. Bron. Kader (Kraków).
2) „Patogeneza żółtaczki“ sprawozdawcy: Dr. Teodor Dunin (Warszawa) i Prof. Dr. Browicz (Kraków).

XIII. Sekcya medycyny wewnętrznej łącznie z pedyatryą, balneologią i hydroterapią, oraz farmakologią.

Gospodarz: Radca Dworu Prof. Dr. Edward Korczyński (*Lobzowska 12*). — Zastępcy gospodarza: Prof. Dr. Jaworski (*Kopernika 2*) i Dr. A. Kwaśnicki (*Basztowa 4*). — Sekretarz główny: Dr. Wawrzyniec Kędzior (*Kopernika 7*). — Sekretarze: Dr. Ksawery Lewkowicz (*Strzelecka, Szpital św. Ludwika*), Dr. Ignacy Lemberger (*Grzegórzecka, Collegium medicum*) i Dr. Jan Landau (*Grodzka 69*).

Sekcya rozpadnie się w miarę zgłoszonej liczby wykładów na 4 działy, mianowicie: *a*) medycyna wewnętrzna, *b*) pedyatrya, *c*) farmakologia, *d*) balneologia i hydroterapia. Przedewszystkiem zaś utworzoną będzie w razie dostatecznej liczby zgłoszeń odrębna Sekcya pedyatryczna.

Temata obrad: w dziale *a*) (medycyna wewnętrzna):

1) „O ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłómaczą zjawiska skazy moczanowej?“ sprawozdawcy: Dr. Władysław Biegański (Częstochowa), Dr. Teodor Dunin, Dr. J. Pruszyński i Dr. A. Sokołowski (Warszawa).
2) „Organoterapia“ sprawozdawcy: Doc. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków) i Dr. Walenty Jeż (Wiedeń).

W dziale *b*) (pedyatrya):

1) „O sztucznem karmieniu noworodków“ sprawozdawcy: Dr. Bączkiewicz i Dr. Roszkowski (Warszawa), Dr. Jan Landau (Kraków).
2) „Nowsze poglądy na choroby przewodu pokarmowego u dzieci“ sprawozdawcy: Dr. Ksawery Lewkowicz (Kraków) i Dr. Józef Brudziński (Paryż).

Na wspólne posiedzenie z Sekcyą chirurgiczną:

1) „O leczeniu kamicy żółciowej“ sprawozdawcy: Dr. Krajewski i Dr. Rejchman (Warszawa).
2) „O leczeniu wrzodu żołądka“ sprawozdawcy: Prof. Dr. Gluziński i Prof. Dr. Rydygier (Lwów).

Pożądanem jest zgłaszanie tematów z zakresu farmakologii i balneologii, któreby mogły być postawione na porządku obrad Sekcyi medycyny wewnętrznej.

Za staraniem Sekcyi będą w czasie Zjazdu przy zwiedzaniu klinik chorób wewnętrznych i chorób dzieci przedstawiane ciekawsze przypadki chorobowe. W obu tych klinikach będzie nadto przygotowane miejsce dla chorych, którychby zamiejscowi uczestnicy zjazdu w celu przedstawienia na posiedzeniach Sekcyi ze sobą przywieźli. Z inicyatywy Sekcyi urządzone będą w czasie zwiedzania wystawy przyrodniczo-lekarskiej wykłady z przedstawieniem środków i przetworów lekarskich i zdrojowych, poleconych przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, czem zajmuje się Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Również za staraniem Sekcyi urządzone będą wykłady naukowe w czasie wycieczki do miejsc kąpielowych i uzdrowisk krajowych, mającej się odbyć po Zjeździe. (C. d. n.)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 lutego.

* Towarzystwo lekarzy królestw Kroacyi i Slawonii, na posiedzeniu ogólnem d. 29 stycznia, mianowało profesorów Edwarda Korczyńskiego i Ludwika Rydygiera swymi członkami honorowymi, a prof. Odona Bujwida — członkiem korespondentem.

* W Nrze 4-tym wiedeńskiego tygodnika *Klinisch-therap. Wochenschrift* Dr. M. Kahane czyni następujące uwagi nad przypadkiem choroby i śmierci ś. p. N. Kostaneckiego: »... Dzielny badacz na polu bakteryologii, Dr. Kostanecki, zachorował na posokowatą postać zapalenia płuc i umarł. Objawy te są wielce podobne do tych, które cechowały chorobę Dr. Müllera i jego nieszczęśliwych towarzyszy. Gdy jednak w Wiedniu zaprowadzono środki bezpieczeństwa dopiero po bakteryologicznem stwierdzeniu moru, więc może troche zapóźno, to w Krakowie zniszczono hodowle, wybito zwierzęta zaszczepione, wstrzyknięto surowicę przeciwdżumową otoczeniu, zanim nabrano przekonania, że Kostanecki zachorował na mór, a zatem... może troche zawcześnie. Spóźnienie się w Wiedniu i zbytni pośpiech w Krakowie mają jedno źródło, mianowicie, że szybkie i pewne rozpoznanie moru jest jeszcze — niemożliwe. Nie jest to zarzut zrobiony tyle zasłużonej gałęzi medycyny, jaką jest bakteryologia: wykrycie prątka moru i surowicy przeciwmorowej ma cenną doniosłość; ale czy bakteryologiczne rozpoznanie, zapobieganie i leczenie moru jest już w okresie, dającym nieomylną pewność? Sądzimy, że jeszcze nie; a to przekonanie o tej niezupełnej pewności największej może przyczynić się do obalenia przesadnych nadziei i przesadnych lęków. Zastanówmy się jednak nad tem, gdzie my zajdziemy, jeśli z jednej strony wymaga się od ludzi nauki, ażeby badali bakterye morowe, ich hodowle i wytworzyli surowicę przeciwmorową, jako konieczną potrzebę społeczną do zwalczania możebnej i u nas epidemii moru, a z drugiej niszczymy hodowle, wybijamy zwierzęta szczepione, potrzebne do wytworzenia surowicy i tym sposobem pozbawiamy pracownię jedynej broni do zwalczania epidemii«. W dalszym ciągu zwraca autor uwagę na tę okoliczność, że same bakterye jeszcze nie stanowią jedynej przyczyny chorób zakaźnych, że potrzebny tu jeszcze podkład społeczny, a głównie brak zasad higieny; nagadawszy dalej do syta dziennikom politycznym, które trzymają społeczeństwa w wiecznym lęku, przechodzącym w nieprzytomność, gdy w istocie coś się wydarzy, wzywa do przywołania z wygnania dawnych powag, wydalonych przez nowoczesną naukę, t. j. krytycyzmu i logiki. Wreszcie zwraca Dr. Kahane uwagę bakteryologów na potrzebę dalszego badania prątków moru, w szczególności na stwierdzenie, czy nie istnieją prątki moru wrzekome, jak to ma miejsce z prątkami cholery i błonicy, a zakańcza swój rozumny wywód powołaniem się na powagę Weichselbauma, Ghona i Alberta, którzy w cennej i wyczerpującej pracy o prątku moru stwierdzili jego wielokształtność, a tem samem wielką trudność do ścisłego i szybkiego rozpoznania.

Jak widzimy, sprawa »moru w Krakowie«, roztrząsaną jest na obczyźnie o wiele spokojniej, rozważniej, a tem samem zupełnie inaczej, niż u nas. Dziś, gdy już wszyscy wiemy, że niema ofiar moru w Krakowie, bo nie było zarazy, godzi się podnieść, ze względu na sprzeczne zdania, stronę prawną tej sprawy, mianowicie, czy bakteryolog, stojący na czele zakładu uniwersyteckiego, ma nieograniczoną swobodę robienia doświadczeń naukowych z bakteryami chorobotwórczemi, a mamy na myśli głównie bakterye cholery, błonicy, moru, nosacizny, gruźlicy, wąglika itd. i czy istnieje gdzie jaka ustawa, ograniczająca te badania naukowe, na wzór przepisów, obowiązujących np. te zakłady fabryczne, które wyrabiają produkty trujące, wybuchowe itd.? Otóż żadna ustawa specyalna nie nakłada na kierowników bakteryologicznych zakładów uniwersyteckich ograniczeń w tym względzie, a z natury stanowiska profesorskiego i zakresu badań naukowych, nakładać nie może. Rząd może zakazać dalszych badań i z tego prawa skorzystał w Wiedniu i Krakowie, lecz jest to nie zasadnicze prawo dowolnego ograniczenia badań naukowych wogóle, lecz dyskrecyonalne, tymczasowe, polegające na przeświadczeniu rządu, że ten lub ów zakład nie posiada na razie warunków bezpieczeństwa do tego rodzaju badań. Lecz i to prawo rządu, jak każde prawo, pociąga za sobą obowiązki, a obowiązki te polegają na tem, ażeby wszystkie zakłady bakteryologiczne, lekarskie i weterynaryjne, jako zakłady rządowe, posiadały warunki bezpieczeństwa, t. j. aby ludzie, którzy tam narażają swoje życie, posiadali wszystkie środki do samoobrony. Gdyby więc nastąpiło zakażenie, raczej rząd należałoby czynić odpowiedzialnym, a nie tych zasłużonych badaczy, którzy z narażeniem własnego życia, a dzięki właśnie swobodzie naukowego badania, potrafili w ciągu 20 ostatnich lat obniżyć znakomicie śmiertelność z niektórych chorób zakaźnych, a nawet, dzięki szybkiemu rozpoznawaniu i tłumieniu pierwszych przypadków, zażegnać nie jedną epidemię, dotychczas morderczą.

* Kongres internistów niemieckich zbierze się między 18 a 21 kwietnia 1900 r. w Wiesbadenie pod przewodnictwem dra Jakscha z Pragi. Składka wynosi 15 marek. — Z kongresem połączoną będzie wystawa lekarska. Zgłaszać się należy pod adresem Dr. Emila Pfeiffera (*Wiesbaden, Parkstrasse, 13*).

* Z Włoch wychodzi hasło do zwołania międzynarodowej konferencyi sanitarnej, któraby wyraźnie i stanowczo określiła warunki, upoważniające rządy do zaprowadzenia kwarantany w razie wybuchu epidemii moru, cholery itd.

* Pod złą wróżbą rozpoczął się dla Anglików rok 1900. Trapią ich nie tylko niepowodzenia na afrykańskim placu bojowym, ale i grypa (influenza), przebiegająca tam z nadzwyczajną złośliwością. Niemniej morderczą jest taka sama epidemia w północnych Włoszech, która zabiera bardzo wiele ofiar w Turynie i Livurno.

Nekrologia. We Lwowie zmarł dr. Teodor Błotnicki, lekarz chorób kobiecych.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 4: Pruszyńskiego: Prof. Edward Korczyński (rys biograficzny). Nenckiego M. i Zaleskiego J.: O zachowaniu się nadtlenków benzoylu i wapna w przewodzie pokarmowym człowieka i psa (dok.). Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (*Exopthalmos pulsans*) (c. d). W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 1: Dr. Herynga T.: O wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani. Dr. Warmana M.: Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy. Dr. Fidlera H.: Szpitalnictwo w guberni radomskiej. Dr. Tokarskiego Z.: Sprawozdanie z działalności Szpitala fabrycznego w Żyrardowie za rok 1898—1899. W *Nowinach lekarskich* Nr. 2: Dr. Zanietowskiego: O nowszych metodach elektroterapeutycznych i elektrodyagnostycznych neurologicznych szkół niemieckich. Dr. Jerzykowskiego S.: O moczówce prostej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Piotrowski J. (Warszawa): Z kazuistyki szpitalnej. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*, 1899).

— Dr. Higier H.: O swoistem zamroczeniu świadomości w okresie pohipnotycznym. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*, 1899).

— Tenże: O działaniu leczniczem dioniny.

— Dr. Spira R.: Otalgia nervosa. (Odbitka z *Przeg. lekar.* 1900 rok).

— Biegański Wł.: Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Warszawa, 1900.

— Ciągliński K.: O grypie przewlekłej. (Odbitka z *Gaz. lek.* 1899 rok).

— Dr. Stankiewicz Cz.: O wolnych krwotokach brzusznych w przebiegu ciąży zamacicznej. (Odbitka z *Czasopisma lekarskiego*, Nr. 12, 1899 rok).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 7 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Witkowskiego* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Browicz mówić będzie: „O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych włoskowatych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 10 Lutego 1900. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.**

O hematynie obojętnej Arnolda.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Każdego, kto się zajmuje lub zajmował spektroskopią barwika krwi, musiała zainteresować praca Dra W. Arnolda[1]), zapowiadająca uzyskanie nowego pochodnego hemoglobiny, t. j. uzyskanie hematyny obojętnej. I na pozór nic naturalniejszego i nic szczególniejszego, jak wytworzenie związku obojętnego, skoro się już od dawna posiada ten sam związek w rozczynie zasadowym i kwaśnym jako zasadową i kwaśną hematynę. Tymczasem na przekór tej ogólnej zasadzie nie zdołano uzyskać hematyny obojętnej, a Hoppe-Seyler ani słowem w swych dziełach nie wspomina o możliwości uzyskania tej odmiany hematyny.

Zajmując się od lat 9-ciu spektroskopią barwika krwi i jego pochodnych, zainteresowałem się żywo doniesieniem Dra Arnolda, tem bardziej, że z pracą tą wystąpił kolega z własnego popędu, nie zmuszony do podobnych badań swym zawodem, jak to ma miejsce np. u lekarzy sądowych. Lecz krótkie było moje zajęcie. Czytając bowiem publikacyę Dra Arnolda doznawałem zwolna rozczarowania, a to z następujących przyczyn: 1) w pracy, mającej na celu wykazanie nowego związku, uderza niemile brak koniecznej ścisłości. Dr. Arnold, zamiast podać dokładnie, t. j. ilościowo, stosunek użytych odczynników względem siebie, przybliżone bodaj zgęszczenie rozczynu użytego do doświadczeń barwika krwi, pisze np. „dolewa się do roztworu methemoglobiny (jakiej? obojętnej, czy zasadowej, jak zgęszczonej, w jaki sposób uzyskanej?), zmięszanego poprzednio z wystarczającą ilością (ileż ona wynosi?) rozczynu (ilu procentowego?) soli obojętnej itd. około (?) $^1/_2$ objęt. wyskoku (ilustopniowego?). Tak samo niedokładnie podany sposób uzyskania wrzekomo nowego związku z hematyny alkalicznej; 2) autor, określając zachowanie się widmowe nowego związku, nie podaje zgęszczenia użytego rozczynu, choć przecie wiadomo, że szerokość smug pochłonnych we widmie zależy także od zgęszczenia badanego rozczynu. Wreszcie należało oznaczyć smugi te przy najmniejszem zgęszczeniu barwika, przy którem smugi te jeszcze z należytą ostrością się uwidaczniały.

Zapoznawszy się z treścią publikacyi Dra Arnolda, powziąłem poważne wątpliwości co do rzeczywistego istnienia jego hematyny obojętnej, albowiem tak sposób jej tworzenia się, podany przez autora, jako też i to w szczególności jej zachowanie się przy ogrzewaniu i następowem oziębianiu rozczynu, jej zabarwienie i widmo przypominały mi pod każdym względem dobrze każdemu znaną hemochromogenę Hoppe-Seylera, czyli hematynę odtlenioną Stokesa. Nie ufając atoli pierwszemu niedowierzaniu, podjąłem badania, celem ścisłego przekonania się o istocie podanej przez Dra Arnolda hematyny obojętnej. Sporządziłem tedy $1^1/_2$% rozczyn z krwi świeżej i odwłóknionej. Próbkę tego rozczynu, zmięszaną z $^1/_2$ objętości wody przekroplonej, zbadałem widmowo w Steinheila wielkim przyrządzie (*Universalspektralapparat)* przy użyciu pojedynczego pryzmatu i oznaczyłem położenie smug pochłonnych tego rozczynu oksyhemoglobiny. Dla smugi pierwszej wynosiło $\lambda = 587-570$, dla drugiej smugi $553-529$ $\mu\mu$. (Wartości uzyskane przez Dra Arnolda dla rozczynu o nieznanem zgęszczeniu *OHb* wynosiły dla smugi pierwszej $\lambda = 582-571$, dla drugiej 550 do 526). Do 10 sz. c. $1^1/_2$% rozczynu krwi (*OHb)* dodałem *in substantia* raz chemicznie czystego *NaCl*, drugi raz siarkanu amonowego w ilości takiej, aby otrzymać rozczyn wysycony, poczem, zamieniwszy oba te rozczyny *OHb* zapomocą dodanych im jednakich a maleńkich kryształków nadżelasinku potasowego na rozczyny obojętnej methemoglobiny i przekonawszy się o istotnej przemianie *OHb* na *Methb* raz po zmianie zabarwienia rozczynu, powtóre po zmianie widma (jedna smuga koło C), dolałem do obu po 5 sz. c. alkoholu 97%. Postępowałem tedy wedle ogólnych wskazówek Dra Arnolda. Z chwilą zetknięcia się obu rozczynów *Methb* z alkoholem zabarwiał się pas graniczny obu płynów jasno-czerwono. Po ostrożnem zmięszaniu rozczynów zabarwienie to rozszerzało się na cały rozczyn, który począł atoli rychło stawać się mętnym. Po dłuższem jego staniu (24 godzin) zbierał się na spodzie naczynia trzęski strąt, zabarwiony czerwonawo, rozczyn zaś ponad nim wyjaśniał się i okazywał zabarwienie jasno-czerwone, wielce podobne do rozczynu $1^1/_2$% *OHb* + $^1/_2$ objętości wody przekroplonej. Badanie widmowe, dokonane zaraz po zmięszaniu rozczynu *Methb* z alkoholem, wykazywało dwie smugi wrzekomej hematyny obojętnej, obie w porównaniu z smugami *OHb* przesunięte do fioletowego końca widma, z których pierwsza wyrazistsza i ciemniejsza, położona między *D* i *E*, prawie w ich środku, nieco tylko bliżej *D*, druga zaś więcej rozlana i jaśniejsza, położona na *E* i sięgająca jednako szeroko ku *D*, jak i poza *E*, względnie poza *b*. Pas niebieski widma był mało pochłonięty i ztąd widoczny. Położenie obu smug, oznaczone w podanym poprzednio przyrządzie, równało się dla pierwszej smugi $\lambda = 576-561$, dla drugiej $\lambda = 549-522$. Nawiasem dodaję, że wszystkie moje oznaczenia położeń smug odbywały się przy tej samej szerokości szczeliny, przepuszczającej do przyrządu światło. Położenie

[1]) „O widmie hematyny obojętnej". (*Przegl. lek.*, 1899, Nr. 52).

tych smug wrzekomej hematyny obojętnej, wedle Arnolda, wynosiło w rozczynach o niepodanem zgęszczeniu dla smugi pierwszej $\lambda = 575-556$, dla drugiej 546—517. W ten sposób przygotowane rozczyny wrzekomej hematyny obojętnej zagotowywałem aż do wrzenia zaraz po ich zbadaniu w przyrządzie widmowym, a to w celu przekonania się o zmianie, zachodzącej wówczas w rozczynie wedle podania Dra Arnolda. Z chwilą zagotowania zamieniały rozczyny poprzednie swe zabarwienie czerwone na więcej brązowe; badane zaś w przyrządzie widmowym okazywały słabą smugę hematyny zasadowej. Po oziębieniu ich czerwieniły się napowrót i okazywały widmo poprzednie wrzekomej hematyny obojętnej, złożone z dwóch smug.

Wspomniałem już poprzednio, że mimo wysycenia rozczynów *Methb* solą obojętną, mąciły się one wkrótce po dolaniu do nich wyskoku i że po dłuższem staniu osadzał się na dnie naczynia trzęski, czerwonawy strąt. Otóż badałem te rozczyny po odstaniu się strątu (po 24 godzinach) w przyrządzie widmowym, a wówczas stwierdzałem tę zmianę, że smuga druga wrzekomej hematyny obojętnej była prawie niedostrzegalną, gdy smuga pierwsza była jeszcze dość wyraźną. Okoliczność powyższa, łącznie z wyraźnem (stwierdzonem przez porównanie barwy odstałego rozczynu z barwą rozczynu świeżo sporządzonego) zmniejszeniem się natężenia zabarwienia rozczynu, dowodziły, że rozczyn utracił nieco barwika przez osadzenie się go w opadłym strącie. Szczegół ten, co do zniknięcia drugiej smugi przy zmniejszeniu się zgęszczenia rozczynu po jego odstaniu, nie jest bez znaczenia, jak to w dalszym ciągu nadmienię.

Ukończywszy powyższe doświadczenia z rzekomą hematyną obojętną, otrzymaną z rozczynu *Methb*, przystąpiłem do sporządzenia jej w myśl podania Dra Arnolda z hematyny alkalicznej. W tym celu sporządziłem $1^1/_2\%$ rozczyn wyskokowy krwi, przyczem wyskok był poprzednio zaprawiony ługiem potasowym *in substantia*. Po zagotowaniu i przesączeniu tego rozczynu zasadowej hematyny, następnie po dokładnem jego oziębieniu, zobojętniałem go kwasem solnym. Z chwilą zobojętnienia stawał się rozczyn z brunatnego jasno-czerwonym, podobnym zupełnie z barwy do rozczynów *Methb*, zaprawionych solą obojętną i wyskokiem. Zachowanie się jego widmowe oraz kolorystyczne, przy ogrzaniu do wrzenia i oziębieniu, było identyczne z zachowaniem się poprzednich rozczynów, sporządzonych z *Methb*.

Ponieważ już po odczytaniu publikacyi Dra Arnolda wyrobiło się we mnie przekonanie, że owe rozczyny obojętnej hematyny Arnolda są rozczynami dobrze wszystkim znanej hemochromogeny Hoppego-Seylera, czyli hematyny odtlenionej Stokesa, przeto sporządziłem sobie rozczyny tejże w celu porównania ich z poprzedniemi wrzekomej hematyny obojętnej Arnolda. W pracy Dra Arnolda uderzyła mnie ta jego nieostrożność, że sądząc, iż wykrywa nowy związek i wiedząc, iż ten wrzekomo nowy związek daje widmo tem się od widma *OHb* różniące, że obie jego smugi są w stosunku do obu smug *OHb* przesunięte do fioletowego końca widma, nie starał się przekonać, czy nie ma dotychczas takiego pochodnego barwika krwi, któryby się podobnie zachowywał widmowo względem widma *OHb*. Gdyby był zaglądnął do pierwszego lepszego podręcznika fizyologii, chemii lekarskiej lub medycyny sądowej, byłby się przekonał, że taki pochodny barwika krwi znany jest od dawna pod nazwą Hoppego-Seylera hemochromogeny lub Stokesa hematyny odtlenionej, a to skłoniłoby go do porównania swej wrzekomej hematyny obojętnej z hemochromogeną i, co za tem idzie, do zaniechania ogłoszenia swej obojętnej hematyny.

Rozczyny hemochromogeny sporządzałem w sposób następujący: do 10 sz. c. $1^1/_2\%$ rozczynu świeżej odwłóknionej krwi dodawałem 3 sz. c. 10% wodnego *KOH*, rozczyn ten zagotowywałem, potem oziębiałem, a przekonawszy się tak po zmianie barwy rozczynu na brunatną, jak i po charakterystycznem widmie, że mam rozczyn hematyny alkalicznej, dodawałem do rozczynu 2 sz. c. żółtego pięciosiarczku amonowego. Rozczyn zmieniał teraz w tej chwili swą barwę brunatną na jasnoczerwoną, która w zupełności była tą samą, co poprzednich świeżych rozczynów wrzekomej hematyny obojętnej Arnolda, sporządzonych dla kontroli w tem samem zgęszczeniu i stosunku z *Methb* (10 sz. c. rozczynu $1^1/_2\%$ krwi + mały kryształek nadżelasinku potasu + sól obojętna *in substantia* do wysycenia + 5 sz. c. alkoholu) lub z hematyny zasadowej ($1^1/_2\%$ rozczynu wyskokowego krwi + *KOH in substantia* + krople *HCl* dla zobojętnienia).

Badanie widmowe tego rozczynu wykazywało typowe widmo hemochromogeny, złożone z dwóch smug, położonych i zachowujących się zupełnie tak samo, jak smugi wrzekomej hematyny obojętnej. Jednak muszę nadmienić, że rozczyny hemochromogeny, przyrządzone w powyższy sposób, nie mąciły się wcale nawet po dłuższym czasie; toteż jako jaśniejsze, a raczej przejrzystsze, dawały widmo wyrazistsze o wiele, niż rozczyny wrzekomej hematyny obojętnej. Tem tłómaczyć należy, że położenie smug tych rozczynów hemochromogeny, oznaczone długością fal, wykazywało pewne, choć nieznaczne, różnice w stosunku do oznaczonych poprzednio położeń smug wrzekomej hematyny obojętnej. Położenie smugi pierwszej wynosiło $\lambda = 570-560$, drugiej $\lambda = 541-523$ [1]), zatem było ono identyczne z położeniem smug widma wrzekomej hematyny obojętnej. Teraz zagotowałem do wrzenia rozczyn hemochromogeny i przekonałem się, że zaraz pociemniał, zbrązowiał i dawał widmo zasadowej hematyny, po oziębieniu zaś czerwienił się napowrót i okazywał poprzednie widmo hemochromogeny. Tak więc nie mogło już podlegać najmniejszej wątpliwości, że opisana przez Dra Arnolda hematyna obojętna jest niczem innem, jak dawno nam znaną hemochromogeną Hoppego-Seylera, czyli hematyną odtlenioną Stokesa.

Jakżeż atoli wytłomaczyć sobie jej powstanie przy postępowaniu, podanem przez Arnolda? Arnold uzyskał ją albo z *Methb.*, lub z zasadowej hematyny działaniem wyskoku. W pierwszym razie zmieniał dolany wyskok methemoglobinę, „ein häufig auftretendes Zwischenprodukt der spontanen Umwandlung des Haemoglobins in Haematin und Albuminstoffe [2])“ jako taką łatwo na hematynę, która częściowo utrzymywała się w rozczynie obojętnym, częścią zaś opadała wraz z strątem białka (stąd szybkie mącenie

---

[1]) Położenie smug wrzekomej hematyny obojętnej wynosiło dla pierwszej $\lambda = 576-561$, dla drugiej $\lambda = 549-522$.

[2]) Hoppe-Seyler. Handb. der physiol.- und patholog-chemischen Analyse. V. Berlin 1883, str. 296.

się rozczynów Arnolda); wytworzoną zaś w ten sposób hematynę (oksyhematynę) odleniał wyskok natychmiast. W rozczynie zobojętnionym hematyny odtleniał ją wyskok, użyty do jej sporządzenia, również natychmiast na hemochromogenę. Że zaś wyskok posiada własność odtleniania ciał, o tem wiemy od dawna. Zachodzi tylko pytanie, jaką rolę odgrywają w rozczynach Arnolda dodawane sole obojętne (sól kuchenna, siarkan amonowy itd.), względnie zobojętnianie rozczynów zasadowej hematyny? Ażeby się przekonać, jaki wpływ ma dodatek tych soli obojętnych do rozczynów *Methb* w chwili dolania do nich wyskoku, wykonałem doświadczenia w ten sposób, że do 10 sz. c. $1^1/_2\,^0/_0$ rozczynu *Methb* dolałem wprost 5 sz. c. wyskoku $97^0/_0$, nie dodając wcale tych soli. I oto skutek był ten sam, co przy dodaniu powyższych soli; tak więc okazuje się, że dodane sole obojętne do rozczynów *Methb* nie wpływają bynajmniej na wytworzoną potem wyskokiem hemochromogenę czyli, że dodatek tych soli obojętnych jest w tym przypadku w istocie zupełnie obojętnym. Inaczej ma się rzecz przy użyciu rozczynu zasadowej hematyny; tu silnie zasadowy odczyn przeszkadza wyskokowi, bądźcobądź słabiej odtleniającemu, niż siarczek amonowy na szybką redukcyę hematyny i dlatego zachodzi potrzeba zobojętnienia jej rozczynu.

W ten sposób byłbym już u końca mych doświadczalnych wywodów; nie chcąc atoli na własnych tylko polegać spostrzeżeniach, pozwolę sobie zwrócić uwagę Dra Arnolda na następujące szczegóły, przytoczone z dzieła Hoppego-Seylera, aby go dowodnie o błędzie jego przekonać. I tak proszę porównać z rysunkiem widma wrzekomej hematyny obojętnej Arnolda, podanym w jego pracy, następujący opis widma hemochromogeny, podany przez Hoppego-Seylera[1]): „Bei genügender Verdünnung (rozczynu hemochromogeny) zeigen sich bei der Spektraluntersuchung zwei sehr deutliche Absorptionsstreifen, von denen der eine tief schwarze Streifen zwischen *D* und *E*, etwas näher an *D* als an *E*, doch fast in der Mitte zwischen beiden Liniengruppen steht, während der andere nicht so dunkle und bei der Verdünnung (patrz poprzednie moje wywody o odstałym rozczynie wrzekomej hematyny obojętnej) der Lösung früher verschwindende Streifen auf der Liniengruppe *E* liegt, sich bis oder über *b* ausbreitet und ungefähr eben so weit auch von *E* nach *D* hin....... Das blaue Licht bis *G* hin ist sehr wenig absorbirt“.

Co do barwy hemochromogeny, określa ją Hoppe-Seyler jako „kirschroth[2])“; co się zaś tyczy uzyskania jej działaniem wyskoku, zatem w sposób opisany przez Arnolda, pisze Hoppe-Seyler[3]): „Hämochromogen bildet sich sehr häufig in Spirituspraeparaten von Pankreas, Leber, Milz, Muskeln. Übergiesst man die Organe im Ganzen oder auch nach ihrer Zerkleinerung mit Alkohol und lässt ohne Umrühren einige Tage stehen, so zeigen sich die unteren Schichten rosenroth bis purpurroth, die oberen grau bis bräunlich und die spektroskopische Untersuchung des reflectirten Lichtes ergiebt in den rothen unteren Schichten die Spektralstreifen des Hämochromogen mit aller Schärfe“.

[1]) *l. c.* str. 237.
[2]) *l. c.* str. 237.
[3]) *l. c.* str. 238.

Wreszcze o zachowaniu się rozczynów hemochromogeny przy gotowaniu ich i oziębianiu, o którem wielokrotnie mieliśmy sposobność przekonać się z prof. Sieradzkim przy sposobności naszych doświadczeń nad zaczadzeniem, pisze Hoppe-Seyler[1]) w ten sposób: „Durch Erhitzen der Lösung von Hämochromogen in hinreichend starker Alkalilauge auf 100° C wird das Hämochromogen als violettgrauer Niederschlag abgeschieden, der sich nach dem Erkalten theilweise oder ganz löst“.

Kończąc moje wywody, uczynione jedynie w imię szukania prawdy naukowej, muszę przyznać, że praca moja była nieprodukcyjna, gdyż sprowadzając wrzekomo nowe zdobycze między dawno znane i niwecząc nadzieję młodego badacza, potwierdziła ona tylko stary aksiomat sędziwego Ben Akiby: „to wszystko już tu było“ *).

II. **Z c. k. Szkoły położnych i oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dr. A. Czyżewicza we Lwowie.**

O ciąży i porodzie powikłanym guzami jajników i macicy

podał

Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galic. w d. 15 grudnia 1899).

Jeżeli która z trudnych spraw położniczo-ginekologicznych potrzebuje wyświecenia, to jest nią niezawodnie sprawa guzów, wikłających poród. Do dzisiaj nie posiadamy jeszcze stałych wskazówek dla postępowania położnika, jeżeli ma do czynienia z porodem, powikłanym z guzami. Jak niepewnem jest jeszcze dzisiejsze postępowanie i z jakiemi niebezpieczeństwami może być połączony poród powikłany guzami, dowodzi tego zeszłoroczna publikacya Brüningsa (1) z kliniki położniczo-ginekologicznej w Monachium. Zbyt daleko zaprowadziłoby to mnie, gdybym chciał przytaczać poszczególne zapatrywania wszystkich autorów. Będę się zatem tylko starał odźwierciedlić krótko najnowsze poglądy i dorzucić z własnego doświadczenia kilka uwag, które mi się nasuwają.

Podczas gdy rozpoznanie ciąży powikłanej guzami torbielowymi jajnika rzadko tylko jest nie łatwem, to znanemi są trudności rozpoznawcze przy mięśniakowłókniakach macicy. Olshausen (2) uważa rozpoznanie ciąży przy mięśniakowłókniakach macicy prawie zawsze za rzecz trudną. Tyłopochylenie macicy ciężarnej często łatwo pomięszać z mięśniakowłókniakiem, wychodzącym z tylnej ściany macicy. Fritsch (3), świadomy tych trudności rozpoznawczych, sądzi, że „mylne rozpoznanie i błędne leczenie pozbawi w przyszłości jeszcze niejedną kobietę życia“. Fritsch opisuje także przypadek, w którym rozpoznał u rodzącej ciążę zamaciczną. Główkę płodu znalazł F. w jamie Douglasa, a macicę wielkości dwóch pięści nad spojeniem łonowem. Tymczasem pokazało się, że płód leżał w macicy, a włókniak wielkości główki płodu, usadowiony w przedniej ścianie szyi macicy, był powodem, iż główka płodu rozszerzyła

[1]) Ten sam podręcznik lecz VI wydanie. Berlin 1893, str. 214—215.

*) Dr. Arnold zawiadamia, że zarzuty, poczynione w artykule prof. Wachholza jego badaniom i wnioskom, odeprze w jednym z najbliższych numerów »Przeglądu Lekarskiego«.

tylną ścianę szyi macicy tak, że Fritsch zmuszony był przypuścić, że główka płodu znajduje się w jamie Douglasa, podczas gdy próżna powiększona macica leży ku przodowi. Położnica zmarła w 24 godzin po porodzie, zakończonym obrotem. — R. v. Braun-Fernwald (4) opisuje przypadek, w którym rozpoznano podczas porodu torbiel skórzakowy (*dermatoma)*, podczas gdy laparotomia wykazała, że był to uwięznięty w jamie Douglasa lewy róg macicy ciężarnej dwurożnej, w której rogu prawym płód leżał.

Tych parę przykładów rzuca dostateczne światło na trudności, wśród których nieraz rozpoznajemy. Trudności te potęgują się zazwyczaj w dalszym przebiegu porodu, a co najgorsze, że do namysłu pozostaje zwykle tylko nie wiele czasu. Jeżeli gdzie, to tutaj, zawisł los mutki i płodu od dobrego rozpoznania, gdyż najczęściej szybko działać trzeba.

Wywołanie poronienia lub wczesnego porodu nie wchodzi już dzisiaj prawie w rachubę, gdyż udoskonalenie techniki operacyjnej zmniejszyło znakomicie niebezpieczeństwo wszystkich operacyj radykalnych. Wogóle zatem postępujemy tak, jak gdyby chora nie była w ciąży. A więc guzy jajnika powinny być i podczas ciąży bezzwłocznie operowane, tem bardziej, że laparotomia tylko dość rzadko przerywa ciążę. Wśród moich trzech owariotomij, wykonanych podczas ciąży, nie nastąpiło ani razu poronienie.

Przy mięśniakowłókniakach macicy przeciwnie czekamy zwykle do końca ciąży, chyba że wystąpią objawy, które nas zniewolą do przyspieszenia operacyi, np. zaklinowanie guza w miednicy małej, a jako następstwo obawa martwicy *(necrosis)*, zapalenie otrzewnej, puchlina nerkowa *(hydronephrosis)* i t. d. Z guzami podczas ciąży możemy zatem ułatwić się w niewielu słowach. Bez porównania bardziej zawiłymi są stosunki podczas porodu. Ponieważ tylko rzadko możemy mieć pewność, czy treść torbiela jest ropną lub nie, więc musimy uważać nakłócie guza przez pochwę podczas porodu, jako niebezpieczne z powodu łatwości zakażenia części rodnych i otrzewnej. Ilustracyą niebezpieczeństwa nakłócia są przypadki, ogłoszone przez Brüningsa (l. c.). W pierwszym z nich musiano wykonać radykalną operacyę guza w późniejszym czasie po nakłóciu i porodzie, wśród trudniejszych warunków, a w drugim przypadku położnica zginęła na zapalenie otrzewnej. Wobec aseptyki, dzisiejszej techniki, tudzież względnej niewinności nawet ciężkich operacyj musimy twierdzić, że nakłócie przez pochwę guza chelboczącego podczas porodu, zaklinowanego w miednicy małej, a niedającego się odprowadzić, jest błędem chirurgicznym. Tylko lekarzowi, będącemu zdala od zakładów fachowych i zmuszonemu do bezzwłocznego działania, np. z powodu niebezpieczeństwa pęknięcia macicy, wolno wykonać nakłócie guza przez pochwę. Zresztą zaś laparotomia jest zawsze wskazaną. Zgadzam się więc z R. v. Braun-Fernwaldem (l. c.), który w przypadkach guzów jajnika, nie dających się odprowadzić podczas porodu, przedewszystkiem laparotomię zaleca, a muszę sprzeciwić się, jakkolwiek dziś modnemu, dążeniu, które między innymi propagują Pfannenstiel (5) i Brünings (l. c.), będący zwolennikami operowania przez pochwę torbielów jajnika, wikłających poród, radząc dopiero wtedy wykonać laparotomię, jeżeli operacya przez pochwę okaże się niemożliwą.

Co się zaś tyczy mięśniakowłókniaków macicy, należy przedewszystkiem o tem pamiętać, że poród odbywa się bardzo często bez wszelkich trudności, tembardziej, że mięśniakowłókniaki macicy ulegają czasem podczas porodu rozmiękczeniu (obrzękowi) i przystósowaniu się akkomodacyi) lub dobrowolnie usuwają się ponad miednicę małą *(repositio spontanea)*. Czy mięśniakowłókniaki macicy stanowią przeszkodę porodową, zawisło to przedewszystkiem od ich usadowienia się. Najniekorzystniejszymi są te, które wychodzą z tylnej ściany szyi macicy. Tutaj jest operacya nieunikniona, a co do sposobu operowania, to prawie zawsze wskazaną laparotomia, mianowicie cięcie cesarskie w połączeniu z amputacyą lub całkowitem wycięciem macicy. Tylko nieduże i całkiem nizko w szyi lub części pochwowej macicy usadowione, a więc łatwo dostępne mięśniakowłókniaki nadają się do wyłuszczenia przez pochwę. I tak już szczupłe granice operacyi mięśniakowłókniaków macicy przez pochwę zacieśniają się jeszcze bardziej podczas porodu, z powodu zwiększonego niebezpieczeństwa krwotoku i trudności jego tamowania. Trzeci przypadek Brüningsa (l. c.) jest dowodem tych niebezpieczeństw i trudności i jakkolwiek B. przypisuje śmierć matki stłuszczeniu serca, to mimowoli nasuwa się przekonanie, że niepomyślny wynik był następstwem wyczerpującej przeszło dwugodzinnej operacyi przez pochwę, której ofiarą także dziecko padło.

W r. b. miałem sposobność leczenia dwóch przypadków, należących do tej kategoryi.

I. *O. R.* z Cieniawy w Galicyi, l. 29, żona zarobnika. Rodziła 5 razy, ostatni poród przed dwoma laty. Ostatnia miesiączka w styczniu b. r., do stycznia miesiączkowała zawsze regularnie. Przez cały czas ciąży była zdrowa, przed kilkoma tygodniami zaś zaczął się brzuch mocno powiększać i od tego czasu czuje bóle w brzuchu i w krzyżach, cierpi na zaparcie stolca i musi często mocz oddawać.

W chwili pierwszych oględzin w sali porodowej 13 sierpnia przedstawiała chora obraz bardzo poważny. Język suchy, ciepłota 38 1, tętno 120, miękie, stan odżywienia lichy, częste wymioty. Brzuch bardzo powiększony i silnie napięty. Przez powłoki brzuszne czuje się wszędzie bardzo wyraźne, wielkofaliste chełbotanie, wypuk wszędzie przytłumiony, jawnieje tylko poniekąd w dołku podsercowym; zmiana ułożenia chorej nie wywołuje żadnych zmian wypukowych. Z powodu nader silnego napięcia powłok brzusznych nie można wyczuć granic guza. Tylna ściana i sklepienie pochwy wypukla się nader silnie ku dołowi i przodowi tak, że światło pochwy przedstawia się jako wązka szczelina między spojeniem łonowem a największą wypukłością guza, który zaklinował się swoim dolnym odcinkiem w jamie D. uglasa. Z powodu nader silnego napięcia nie można wykazać przez pochwę chełbotania. W wysokości wchodu miednicy wyczuwa się pęcherz płodowy, a przez takowy tylko bardzo niewyraźnie małą, balotującą główkę nad wchodem miednicy. Brzegu ujścia zewnętrznego macicy nie można wcale dosięgnąć.

Wynik badania wykazuje zatem, że mamy do czynienia z kobietą rodzącą w 7-mym miesiącu ciąży, a prócz tego z potężnym guzem, zawierającym płyn, będący prawdopodobnie torbielem jajnika, który tak mocno zaklinował się swoim dolnym odcinkiem w miednicy małej, że stanowi przeszkodę porodową nawet dla płodu 7-miesięcznego.

Po nieudanej, ostrożnej próbie wysunięcia guza ponad wchód miednicy w ułożeniu kolanowo-łokciowem, uśpiono rodzącą w tym celu, by przekonać się, czy się uda przeprowadzić ręką między tylną ścianą pochwy a spojeniem łonowem, ażeby wykonać obrót płodu na nóżkę i ukończyć poród drogą naturalną. Wśród największej ostrożności udało się przedostać ręką przez najwęższą część pochwy i wykonać obrót; ponieważ jednak ujście macicy przepuszczało dopiero 4 palce, więc dokonano wyjęcia płodu bardzo powoli, w przeciągu pół godziny, pociągając lekko za nóżkę. Płód żywy, 40 ctm. długi, waży 1400 grm. Po wyjęciu płodu wystąpił silny krwotok, a ponieważ prawie niezmienione napięcie powłok brzusznych nie dozwalało i teraz wyczuć dna macicy, a z drugiej strony należało się obawiać przedarcia ścian guza tem bardziej, że co do treści jego trzeba było z góry mieć podejrzenie

czy nie jest ropną, więc nie zastosowano rękoczynu Credégo, lecz wyjęto łożysko ręką. Ponieważ krwotok trwał dalej, więc przekonawszy się o świeżem naddarciu części pochwowej po stronie lewej, założono trzy szwy węzełkowe i wytamponowano macicę gazą jodoformową, by nie narażać osłabionej chorej na zbyteczną utratę krwi. Następnego dnia wyjęto gazę jodoformową i uzyskano dwa obfite stolce zapomocą lejka Hegara. W następnych dniach odchody połogowe były czyste, tętno 120. język jeszcze ciągle suchy, ciepłota w godzinach wieczornych między 38—39° C. Wymioty powtarzają się kilka razy dziennie, stolce częste, czasem rzadkie. Stan taki utrzymuje się do 20 sierpnia, w którym to dniu badanie przez pochwę i kiszkę stolcową wykazuje, że guz jest ustalony swym dolnym odcinkiem w miednicy małej, tak samo, jak przed porodem. Brzuch boleśny, trochę mniej napięty, niż przed porodem, mimo to nie można wyczuć dna macicy, tylko wszędzie wielkofaliste chełbotanie guza. Stłumienie wypukowe sięga trzy palce ponad linię pępkową. Nawet przy ostrożnem dotykaniu brzucha występuje odbijanie się i skłonność do wymiotów. Wobec tego postanowiłem nie zwlekać dłużej z operacyą i przystąpiłem 21 sierpnia do laparotomii. Podczas oddzielania otrzewnej ściennej, ściśle przyrośniętej do przedniej ściany guza, pękła niespodzianie ściana jego i wielka ilość nader silnie cuchnącej ropy (około 6 litrów) wylała się na zewnątrz. Po przekonaniu się, że ściana guza w obrębie jamy brzusznej jest ściśle przyrośniętą do otrzewnej powłok brzusznych, można było być spokojnym, że nie nastąpi zakażenie jamy brzusznej. W dnie jamy guza, więcej od przodu, nad wchodem miednicy rysują się obrysy (kontury) trzonu powiększonej macicy. Po dokładnem wymaczaniu ropy zapomocą kompresów, założono do wnętrza guza sączek z gazy wyjałowionej, a na powłoki brzuszne lekko uciskający opatrunek.

W kilka dni po operacyi ustąpiła gorączka i wszystkie groźne objawy, gojenie jednak trwało długo i dopiero po dwóch miesiącach chora uleczona mogła opuścić oddział; — badanie wykazuje jednak, że w jamie Douglasa znajduje się twardy, jakkolwiek niebolesny, naciek.

Wynik operacyi nie wyświecił bynajmniej niepewności co do pochodzenia guza. Musimy się zatem zadowolnić najprawdopodobniejszem przypuszczeniem, że w przypadku tym mieliśmy do czynienia z torbielem jajnika, który podczas ciąży uległ zropieniu, najprawdopodobniej z powodu ucisku ze strony ciężarnej macicy lub okręcenia się szypuły.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z rozpraw w Towarzystwie lekar. krak., dotyczących niezwykłego przebiegu choroby śp. Dr. Napoleona Kostaneckiego.

Kol. profesor Bujwid: Zanim przedstawię **wyniki badań bakteryologicznych,** odnoszących się do przypadku, o którym mówić zamierzam, sądzę, że naprzód należy wyjaśnić okoliczności, które rzecz samą poprzedziły.

Śp. Dr. Napoleon Kostanecki pracował w Zakładzie Higieny od lat dwóch. W r. z. ogłosił wspólnie pracę ze mną o gruźlicy wrzekomej, która była owocem licznych doświadczeń i mozolnych studyów, oraz napisał pracę z dziedziny bakteryologii, nagrodzoną na konkursie przez Wydział Lekarski Uniw. Jagiellońskiego. Jako dokładnie obznajomiony z metodami badań bakteryologicznych, przytem ścisły i ostrożny w spostrzeżeniach, począł wkrótce opracowywać wspólnie ze mną różne trudniejsze sprawy bakteryologiczne i w roku zeszłym od m. września rozpoczęliśmy pracę nad zarazkiem dżumowym, w celu otrzymania szczepionki, a następnie i surowicy przeciwdżumowej. Badania te przedsięwzięte zostały po zawiadomieniu p. Namiestnika, oraz po otrzymaniu zasadniczej zgody ze strony Ministerstwa spraw wewnętrznych. A do badań tych przynagliła mnie potrzeba w obec szerzącej się dżumy na wschodzie, zachodzie i południu Europy, sporadycznych wypadków w Londynie i Tryeście, i silnem rozszerzeniu się dżumy w Oporto. Już i nasi lekarze zaczęli myśleć o środkach zaradczych. Jeden z nich zgłosił się w październiku z kategorycznem zapytaniem, co będzie, gdy u nas dżuma wybuchnie i kto o tem myśli.

Ani ja, ani Dr. Kostanecki nie mogliśmy przed rozpoczęciem doświadczeń poddać się szczepieniu ochronnemu. Pomimo bowiem dwukrotnego odwoływania się do Instytutu Pasteura — otrzymaliśmy odpowiedź, że surowicy brak. Tem też ostrożniej doświadczenia były prowadzone. Jedyna flaszeczka surowicy, jaką posiadałem od 2 lat w Zakładzie, zostawiona została na przypadek, gdyby który z nas dwu przy doświadczeniu uległ przypadkowemu skaleczeniu.

Zarazek dżumy, z którym doświadczenia prowadzono, pochodził z Indyi; otrzymałem go przez pośrednictwo prof. Nenckiego przed 3 laty. Przez ten cały czas hodowany był w Zakładzie i co miesiąc wespół z innemi bakteryami szczepiony. Gdyśmy w r. zeszłym do doświadczeń przystąpili, okazał się bardzo słabym tak, iż nie zabijał w małych dawkach myszy, ani szczurów białych. Rozpocząłem jego wzmacnianie, co się częściowo udało po przeprowadzeniu zarazka za pomocą szczepienia podskórnego przez 24 zwierzęta. Doświadczenia wykonywaliśmy częściowo wspólnie, częściowo osobno. Trzy ostatnie, poczynając od d. 9/I, 1900 r. robiłem ja sam Zwierzęta po doświadczeniu były zaraz za pomocą 100 C niszczone.

Ponieważ doświadczenia wymagały ostrożności, zaś w Zakładzie higieny nie było odpowiedniego pomieszczenia osobnego, dlatego umieściłem zwierzęta w osobnym pokoju sąsiedniego domu, należącego do Zakładu badania środków spożywczych, a będącego również pod mojem kierownictwem. Zabezpieczenie zwierząt było zupełne, gdyż pokój był pod zamknięciem, wstęp mieliśmy tylko my dwaj ze służącym.

Wstęp ten cokolwiek przydługi musiał być jednak dany dla wykazania wszystkich przedsięwziętych ostrożności. Zaniechaną została jedna, tj. zaszczepienie ochronne surowicą, a to z powodu jej braku. I muszę tu zaznaczyć, że ta okoliczność stała mi ciągle w pamięci, i dlatego wszystkie doświadczenia trudniejsze, przy których zakażenie było łatwiejsze, wykonałem ja sam tylko w obecności lub przy pomocy śp. Kostaneckiego. Ze względu na ostrożności przedsięwzięte, przypuszczenie możliwości zakażenia było tutaj wykluczone. Zakażenie przez powietrze nie przenosi się bowiem, — chyba z wydzieliną bezpośrednią (kaszlową). Mogłoby być tylko zakażenie przez skaleczenie, — wówczas jednak musiałyby wystąpić charakterystyczne obrzęki i ból gruczołów chłonnych, odpowiadających miejscu wejścia zarazka.

W d. 14 stycznia dowiedziałem się o nagłej chorobie śp. Kostaneckiego. Na drugi dzień znalazłem go w gorączce o ciepłocie blizkiej 40° C. Chory zupełnie przytomny, sucho kaszle, żali się na drażnienie i ból w okolicy tchawicy. W przeddzień miał silne dreszcze. Czuje się dosyć silnym i zbiera się jutro do roboty; robi jednak wrażenie ciężko chorego. Wieczorem tegoż dnia obfite poty, bez spadku ciepłoty. Wezwano kol. prof. Pareńskiego, który wziął chorego w opiekę. Na drugi dzień ciepłota nieco niższa, — 39° C., poty ciągłe i kaszel. Plwocina chwilami z drobnemi żyłkami krwi.

Badanie mikroskopowe wykazuje w niej liczne paciorkowce i laseczki, podobne do bakteryj grypowych *(Influenza)*. Zrobiono hodowle na agarze zwykłym, oraz na agarze powleczonym krwią świeżą królika (w celu wyhodowania b. grypowych). Tymczasem chory dnia tego i następnego, tj. 3go, ma się coraz gorzej, serce bardzo słabnie. Prof. Pareński wykrył prawostronny wysięk opłucnowy, oraz zapalne ognisko w płucu prawem. Plwocina przybiera charakter nieco surowiczy, niekiedy, — obrzękowy.

Chwilami nasuwały mi się obawy o zakażeniu dżumowem. Obaw tych nikomu nie wypowiedziałem, ale zarządziłem odosobnienie możliwe chorego od osób zdrowych, przychodzić do niego mogła tylko żona i lekarz kuzyn, Dr. Steuermark, oraz inni lekarze, a jednocześnie poleciłem ni-

szczyć plwocinę, ostrzegając przed jej możliwą szkodliwością. O godz. 10 w środę, d. 17-go, gdy stan chorego był bardzo groźny, wspólnie z prof. Pareńskim, Dr. Drobą, Kaczkowskim, Latkowskim, Miszewskim i Wachtlem omawialiśmy, czy nie może być tutaj zakażenia dżumowego. Kliniczne objawy zupełnie nie odpowiadały tej chorobie. Brak był przedewszystkiem charakterystycznych objawów: wymiotów, utraty świadomości, zapalenia spojówki, nie było również obrzęku i bólu gruczołów, który to objaw jakkolwiek nie stały, to jednak często się zdarza. Były natomiast opryszczki — (*herpes*), którego stale brakuje w dżumie. Omawiając wspólnie rodzaj i sposób wykonywania doświadczeń, również mogliśmy wykluczyć takie zakażenie. Wobec nietypowości przypadku, postanowiliśmy jednak zachować ostrożność i przedewszystkiem dokładnie zbadać otrzymane hodowle z plwociny. Te zacząłem badać o godz. 12 w nocy tegoż dnia. Badanie trwało godzinę. Znalazłem obfite paciorkowce, bakterye podobne do grypowych, oraz gdzieniegdzie postacie, które nasuwały mi podobieństwo do bakteryj dżumowych, jakkolwiek charakterystycznych kolonij na powierzchni agaru zupełnie widać nie było. Tutaj już nie chciałem polegać na swojej obserwacyi i życzyłem sobie koniecznie naradyz kimś, kto widział hodowle, otrzymane z plwociny przy zapaleniu płuc dżumowem; jak wiadomo, przypadki wiedeńskie dostarczyły po temu spostrzeżeń. Dlatego też o godz. 2 w nocy udałem się do Dra Biera, prosząc go, ażeby najbliższym pociągiem udał się do Wiednia, w celu okazania hodowli i plwociny prof. Weichselbaumowi. O godz. 6$^1/_2$ rano 18 stycznia chory zmarł. Zarządziłem natychmiastowe zamknięcie pokoju, w którym leżał i odosobnienie osób razem mieszkających w tem samem mieszkaniu. Dwie osoby z najbliższego otoczenia, które najbardziej na zakażenie mogły być wystawione, otrzymały szczepienie ochronne surowicy przeciwdżumowej — z tej flaszeczki, która jedyna w Zakładzie istniała.

O możliwości zakażenia, jakkolwiek bardzo odległej, zawiadomiłem osobiście fizyka Dra Buszka, telefonicznie zaś Protomedyka Dra Merunowicza, oraz szefa sekcyi w Min. Spraw Wew., DraKusyego, którego prosiłem o nadesłanie surowicy. Jednocześnie prosiłem prof. Weichselbauma o możliwie rychłe zbadanie nadesłanej hodowli i plwociny, którą ma przywieźć Dr. Bier. O godz. 6-tej tegoż dnia otrzymałem od Dra Biera telefoniczną odpowiedź, że po ścisłem zbadaniu, Prof. Weichselbaum, Albrecht i Ghon wykluczaja wszelkie prawdopodobieństwo dżumy na zasadzie badania plwociny, która, ich zdaniem, w tym okresie choroby byłaby prawie czystą hodowlą.

Od tej chwili możnaby się było nie obawiać dżumy. Pomimo to dalsze ostrożności były zachowane. Ciało z Dr. Miszewskim złożyliśmy do trumny, owinięte w prześcieradło, zmoczone sublimatem, oraz zwinęliśmy pościel w takież prześcieradło celem odesłania do desinfekcyi parowej. Zwłoki w trumnie metalowej, szczelnie zamkniętej, przeniesiono na cmentarz do domu przedpogrzebowego.

D. 19-go, przy współudziale Prof. Browicza, Nowaka, Ciechanowskiego i Dra Biera, odbyliśmy częściową sekcyę zwłok, otwierając jamę brzuszną i klatkę piersiową, celem wzięcia cząstek śledziony, soku płuc i tkanki płucnej dla zbadania mikroskopowego i zapomocą hodowli.

Preparaty barwne, zrobione na miejscu przez Dra Biera, nie ujawniły nigdzie bakteryj, podobnych do dżumowych. Znalazłem tylko bakterye, ułożone jak paciorkowce w śledzionie, obok laseczek z równouciętemi zakończeniami, podobne do *b. coli*, oraz nieliczne inne, opatrzone otoczkami, w soku płuc i w płynie opłucnowym takież laseczki.

W hodowlach, otrzymanych po 24 godzinach, zostały wykryte laseczki, nieco podobne do bakteryj Friedlaendera; bakterye rosnące beztlenowo, wytwarzające gazy, oraz drobne kolonie bakteryj, rosnących w postaci nieco podobnej do paciorkowca; mikroskopowo również do nich podobne. Badania nad niemi prowadzi dalej Dr. Bier.

Bakteryj dżumowych ani do nich podobnych nie wykryto. Zwierzęta zaszczepione cząstkami śledziony, soku płuc i krwi — pozostały zdrowe.

Natychmiast po przybyciu do Zakładu i spisaniu urzędowego protokołu przez Fizyka Dra Bielańskiego co do okoliczności, towarzyszących śmierci śp. K., p. protomedyk Merunowicz w imieniu c. k. Namiestnictwa zniszczył wszystkie hodowle bakteryj dżumowych, jakie posiadałem i wszystkie doświadczalne zwierzęta.

Jeżeli chodzi o wyjaśnienie przyczyny śmierci, to możemy ją wytłómaczyć tylko zakażeniem mięszanem (bakteryj grypowych i paciorkowców), — najprawdopodobniej drogą samozakażenia.

Nie same bowiem bakterye, ale i okoliczności ich wejściu towarzyszące i sam skład soków ustroju w chwili zakażenia i rozmnożenia się zarazka, stanowić muszą i stanowią o chorobie tego rodzaju, z jaką tu do czynienia mieliśmy.

Kolega Prof. Pareński przedstawia **obraz kliniczny choroby** ś. p. Napoleona Kostaneckiego. Po raz pierwszy badał chorego we wtorek dnia 16 stycznia o godzinie 8-mej wieczór, a zatem z końcem 3-go dnia choroby. Chory zupełnie przytomny, leżał prawie stale na plecach, albowiem jeżeli się ułożył na boku prawym, dokuczał mu kaszel, jeżeli poleżał na boku lewym, występował ból dość silny w lewej kończynie dolnej poniżej i na zewnątrz stawu kolanowego. Osłabienie znaczne, ale nie takie, by się chory nie mógł ruszać. Bólu głowy nie ma zupełnie. Wymiotów nie było ani razu. Kaszel krótki, urywany. Plwocina blado różowa o charakterze surowiczym, nieco pienistym. Sinica znaczna, ale występuje tylko obwodowo, t. j. na kończynach. Mowa wyraźna, wcale swobodna i nie bełkocząca. Tętno regularne, drobne, 114—120. Pod nosem i na wardze opryszczki (*herpes*). Spojówki oczne prawidłowe. Badanie narządu oddechowego wykazuje: oddech przyspieszony, regularny. Oddechy powierzchowne, w ilości 28—30 na minutę. Płuca przedstawiają mierny stopień rozedmy. Z tyłu w samym dole po stronie prawej mierne przytłumienie odgłosu wypukowego, występujące w postaci pasa na 6 ctm. szerokiego, przebiegającego równolegle do dolnego brzegu płuca prawego od kręgosłupa aż do linii pachowej środkowej. W okolicy, odpowiadającej temu pasowi stłumienia, stwierdza się: drżenie klatki piersiowej słabsze, szmer oddechowy znacznie osłabiony, bronchofonia osłabiona, bez rzężeń; w przedłużeniu tego pasu przytłumionego ku przodowi aż do linii mostkowej prawej odgłos wypukowy jawny, szmery oddechowe bardzo słabo słyszalne, a wśród nich nader drobne, ciche trzeszczenie, jakby najdelikatniejsze rzężenia, występujące tak przy wdechu, jako też i wydechu. Tony serca czyste, słabe, bardzo głuche. Śledziona nie macalna, ale wypukiem wymiary jej w kierunku poprzecznym i podłużnym znacznie powiększone. Mocz barwy mocno wysyconej, białka nie zawiera, chlorki nieco lżejsze. Przypadłości ze strony przewodu pokarmowego brak. Ciepłota o godzinie 7-mej wieczór 39·7, o godzinie 8$^1/_2$ wieczór 37·7. We środę. tj. 17 stycznia, o godzinie 9-tej wieczór badał chorego powtórnie.

Stan ogólny znacznie gorszy. Tętna nie można wyczuć, kończyny zimne, sinica wyraźna, ale także tylko na kończynach. Chory najzupełniej przytomny, pokryty obfitym zimnym potem. Mowa osłabiona, ale wyraźna. Ciepłota 38·7.

Płuc z tyłu ze względu na stan bardzo wielkiego osłabienia nie badano.

Za zapaleniem płuc przemawiały: 1) Przytłumienie odgłosu wypukowego w tyle; 2) Zmniejszone chlorki w moczu; 3) Wyprysk na wardze i pod nosem; 4) Plwocina blado różowa.

Za zapaleniem wysiękowem opłucnej zaś: 1) Osłabione drżenie klatki piersiowej, i 2) Osłabiony szmer oddechowy, występujący w pasie przytłumienia, a dalej delikatne trzeszczenie przy wdechu i wydechu, które uważano za tarcie opłucnowe.

Rozpoznawano *Pneumopleuritis*, powikłaną jakiemś ogólnem zakażeniem. Zakażenie zaś ogólne przyjmowano na podstawie niestosunku ciężkich objawów ogólnych do zmian miejscowych i na podstawie tak wczesnego zapadu, występującego u osoby silnie zbudowanej i dobrze rozwiniętej. Podejrzywano *osteomyelitis infectiosa acuta*, ale ją musiano wykluczyć wobec braku bolesności w kościach. W dyskusyi nad możliwością dżumy wykluczano ją z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem, albowiem: 1) bólu głowy nie było; 2) mowa była do samego końca życia wyraźna, podczas, gdy w dżumie bywa prawie zawsze bełkocząca; 3) były opryszczki wargowe, które uchodzą za objaw, wykluczający dżumę; 4) sinica była, ale tylko obwodowa, podczas, gdy w przebiegu dżumy występuje na pierwszy plan ogólna wyraźna sinica; 5) wynaczynionek na skórze nie było; 6) przytomność była utrzymaną; 7) zapalenia spojówek nie było, a podczas dżumy objaw ten występuje prawie z reguły; 8) wymiotów nie było; 9) mocz nie zawierał białka.

Na podstawie powyższych objawów klinicznych, bez uwzględnienia wyników badania bakteryologicznego, wykluczono dżumę tylko z wielkiem prawdopodobieństwem, a nie stanowczo — dlatego, że bądźcobądź przypadek nie był zupełnie jasny, jeżeli musiano rozpoznawać obok *Pneumopleuritis* jakieś ogólne zakażenie, a możliwość nabawienia się dżumy u tego chorego była bardzo wielką. Ponieważ jakości tego zakażenia oznaczyć klinicznie nie było można, przeto wskazanem było ze względów bezpieczeństwa uznać przypadek za gorszy, niż nim był w rzeczywistości.

Szybką śmierć tłómaczyć sobie wypada wobec ujemnego wyniku badania bakteryologicznego w kierunku dżumy zakażeniem paciorkowcowem, albo ciężką postacią grypy.

Kolega Prof. Browicz opisuje **zmiany anatomo-patologiczne**, znalezione przy sekcyi zwłok ś. p. Napoleona Kostaneckiego.

Same zmiany anatomo-patologiczne, jakiekolwiek one były, nie mogły dawać żadnych pewnych wskazówek, na podstawie których możnaby było rozpoznać lub wykluczyć dżumę. Zapalenie płuc, występujące w dżumie, nie przedstawia nic charakterystycznego dla tej choroby, nawet gdyby obok tego znaleziono ropienie gruczołów chłonnych, a w tym przypadku i gruczoły nie okazywały zmian. Słowem, obraz anatomo-patologiczny nie mógł decydować o niczem; tu rozstrzygnąć mogło jedynie badanie bakteryologiczne. Sekcya wykonana zmierzała jedynie do orzeczenia, czy w danym przypadku toczyła się w rzeczywistości ostra choroba zakaźna i do dostarczenia materyału potrzebnego do przeprowadzenia badania bakteryologicznego. Otwarto najpierw jamę brzuszną i tu zwrócono uwagę głównie na stan śledziony. Ta przedstawiała wybitny obraz obrzęku ostrego. Badanie bakteryologiczne soku śledziony, przedsięwzięte na miejscu za pomocą suchych preparatów, dało wynik niepewny. Kawałek śledziony wzięto do dalszych badań bakteryologicznych.

Otwarto następnie klatkę piersiową. Z worka opłucnowego prawego wylała się ciecz surowicza w takiej ilości, w jakiej się jej w zwykłem zapaleniu płuc i opłucnej nie spotyka. Tylne części płuca prawego były przekrwione i bezpowietrzne. Kawałki płuc i płyn z worka opłucnowego wzięto do badań bakteryologicznych.

Na tem zakończono sekcyę, gdyż stwierdzono to, co sekcya wogóle stwierdzić mogła, mianowicie: obecność ostrej zakaźnej choroby. Dalsza sekcya nic więcej wyjaśnić nie mogła.

Ponieważ badanie bakteryologiczne, przeprowadzone na miejscu za pomocą suchych preparatów, pewnego wyniku co do jakości zakażenia nie dało, przeto pogrzebano zwłoki wśród największej ostrożności, oczekując ostatecznego wyniku badań bakteryologicznych.

Kol. Dr. Bier. Wysłany przez prof. Bujwida z plwocinami ś. p. Kostaneckiego i zrobionemi z niej hodowlami do Wiednia, udałem się wprost z dworca kolei do Zakładu anatomii patologicznej prof. Weichselbauma, który, zawiadomiony telegraficznie o przypadku i moim przyjeździe, zaraz po zgłoszeniu się doń mojem rozpoczął badanie, wspólnie z doc. Drem Gohnem i Drem Albrechtem, którzy, jak wiadomo, przed 2 laty studyowali dżumę w Bombayu. Zrobiono kilkadziesiąt preparatów tak z plwociny, jakoteż z najbardziej podejrzanych kolonij hodowli agarowych, jednak bez dodatniego wyniku w kierunku obecności b. dżumowych. Wiadomo nam już było, że ś. p. Kostanecki tegoż dnia rano umarł. Plwocina, którą do Wiednia przywiozłem, pochodziła zatem z ostatnich godzin przed śmiercią. W razie zapalenia płuc na tle dżumowem powinnaby ona, zdaniem prof. Weichselbauma, Gohna i Albrechta, zawierać w okresie końcowym życia prawie wyłącznie same tylko b. dżumowe, a tymczasem zawierała ona laseczki, łańcuszki paciorkowca i dwoinki, podobne do *diplococcus pneumoniae*. Jakkolwiek b. dżumowe znaczną posiadają różnokształtność i rozpoznanie ich na podstawie li tylko obrazu mikroskopowego dlatego jest trudne, to jednak zachowują one w wydzielinach chorego i tkankach wprost z chorego lub zwłok właściwy sobie sposób intenzywniejszego barwienia się końców.

Brak charakterystycznych postaci dla prątków dżumy i brak prawie czystej hodowli, jaką powinna dać plwocina przy zapaleniu płuc dżumowem, skłoniły prof. Weichselbauma do orzeczenia, że w tym przypadku nie można było przypuszczać śmierci wskutek moru. Mimo to radził wykonać sekcyę z taką ostrożnością, jak gdyby rozchodziło się o dżumę. W miejscu, gdzie badaniem fizykalnem znaleziono ognisko zapalne, radził nakłóć wyjałowioną strzykawką i w ten sposób dobyć nieco soku do badania bakteryologicznego, lub też resekcyą w tem miejscu żebra dobyć część zmienionego płuca. Sekcyę wykonano jednak dokładniej, bo otworzono i jamę brzuszną i klatkę piersiową. Wynik badania mikroskopowego i dalszego badania zapomocą hodowli i doświadczeń na zwierzętach podał już prof. Bujwid, nie będę też tego powtarzał, zaznaczę tylko, że szczepione przezemnie miazgą śledziony myszy i szczur dotychczas żyją i są zdrowe. Tych kilka słów chciałem dodać dla wyjaśnienia jako świadek czynny przy tym przypadku.

Kol. Prof. Ciechanowski: Jak wynika z zestawienia obrazu klinicznego choroby ś. p. Kostaneckiego z wynikiem sekcyi i podjętych badań bakteryologicznych, zachodziło w danym przypadku ciężkie ogólne zakażenie, którego wrotami był niewątpliwie narząd oddechowy. W jakąś określoną postać kliniczną wtłoczyć, w którąś z szablonowych nazw praktycznych przypadek ten ubrać się nie daje; pod względem etyologicznym zaś jest o tyle niejasny, że nie można stanowczo określić, jaki rodzaj drobnoustrojów odgrywał dominującą rolę w całej sprawie. Badanie plwociny za życia, wykazujące obok paciorkowców prątki grypy, nasuwałoby na myśl tę ostatnią, zwłaszcza, że w ostatnich latach nasunęło się w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej kilka przypadków, klinicznie stanowczo rozpoznanych jako grypa, anatomicznie zaś bardzo zbliżonych do omawianego dzisiaj przypadku, nieraz nawet przedstawiających tylko obraz ogólnego zakażenia i nieznacznego nieżytu oskrzeli, bez innego miejscowego schorzenia. Przypomnieć warto, że w Anglii i Włoszech pojawia się obecnie nader złośliwa grypa, sprowadzająca w krótkim czasie śmierć przy objawach ciężkiego ogólnego zakażenia. Pytanie, dlaczego pośmiertne badanie bakteryologiczne nie wykazało już prątków grypy, a tylko (w śledzionie) paciorkowce, oraz gatunki, zbliżone do prątka okrężniczego, prątka Friedländera i bliżej nieokreślone prątki bezpowietrzne, nie da się dziś oczywiście stanowczo rozstrzygnąć, jakkolwiek nasuwają się pewne przypuszczenia, o których krótko wspomnieć wypada. Niedawno wykazał Nowak, że w bardzo wielu przypadkach błonicy, wywołanej pierwotnie przez prątki błonicze, a kończących się zakażeniem ogólnem, przyczyną tego ogólnego zakażenia są paciorkowce; prątki błonicze stanowią tu tylko jakby straż przednią, pierwszą linię najezdników, torującą dopiero drogę paciorkowcom, które najczęściej same przenikają w głąb ustroju. Być może, że taką samą rolę

grały w danym przypadku paciorkowce i wobec prątków grypy, czem tłómaczyłyby się obecność pierwszych, brak drugich w narządach wewnętrznych Znaczenie mogło mieć również znane od lat kilku dopiero, a przez badania Wurtza i Hermana, Acharda i Phulpina, Beco i Chwostka stanowczo udowodnione zjawisko, że w chwilach przedzgonnych i po śmierci wnika w głąb ustroju bardzo wiele drobnoustrojów, szczególnie z przewodu pokarmowego, które za życia żadnej roli chorobotwórczej nie odgrywały i że te drobnoustroje szybko usuwają na drugi plan, albo zupełnie wypierają właściwych sprawców choroby. Stąd tłómaczy się tak częsta obecność prątka okrężniczego w zwłokach i przesadne wyobrażenie o jego roli chorobotwórczej; stąd też i w danym przypadku mogły znaleźć się w śledzionie po śmierci postacie, podobne do prątka okrężniczego i prątki, przypominające Friedländerowskie, których tam za życia nie było i które, nie mając żadnego znaczenia chorobotwórczego, były przyczyną ujemnych wyników doświadczeń na zwierzętach (być może zresztą, że użyte dotąd do doświadczeń gatunki zwierząt były właśnie odporne na te drobnoustroje, które w danym przypadku były przyczyną zakażenia i śmierci); przypuszczenie to zyskuje niejaką podstawę w tej okoliczności, że sekcyi dokonano stosunkowo późno po śmierci przy dość wysokiej ciepłocie powietrza.

W każdym razie, gdybyśmy nawet przyjęli grypę, jako pierwotną sprawę, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w dalszym rozwoju choroby decydującym czynnikiem było zakażenie mięszane, czy wtórne.

Prof. Bujwid w ściśle rzeczowem swojem sprawozdaniu tak trzymał się samych faktów, że niepodobna nie dorzucić do jego treściwych słów kilku mimowolnie nasuwających się uwag, choć sprawa była tak obszernie już omawiana, że uwagi te mogą robić wrażenie komunału. Zaznaczyć też konieczna, że nie mając własnego doświadczenia, jest się jedynie sprawozdawcą z cudzych badań i zapatrywań. *Przegląd lekarski* od lat kilku pomieścił sprawozdania ze wszystkich ważniejszych prac o dżumie; do nich odsyłając po szczegóły, wystarczy w kilku rysach przypomnieć, jak sprawa ta dzisiaj stoi?

Jest rzeczą niewątpliwą, że niebezpieczeństwo dżumy zbliża się do nas szybkimi krokami. Prawdziwem „memento“ były nie przypadki wiedeńskie, ale niedawna zagadkowa i urzędownie nieuznana epidemia nadwołżańska, jeszcze więcej zaraza w Oporto, a najwięcej świeżo wszystkim w pamięci tkwiący przypadek w Tryeście. Dziś, kiedy nietylko w pierwotnych swoich siedzibach — a jest ich, jak wiadomo. kilka (Himalaje, Chiny, Mandżurya, Mezopotamia, Afryka) — sroży się dżuma, ale kiedy po całym świecie rozsiały się liczne jej wtórne ogniska, prawdopodobieństwo powtórzenia się przypadku tryesteńskiego nie jest małe, ani też lekceważone. Dowodzi tego z ramienia rządu zwołana niedawno konferencya berlińska, złożona z najwybitniejszych bakteryologów niemieckich i zarządzone w Niemczech przez rząd kursa praktyczne, kształcące od kilku tygodni zastęp ludzi, obeznanych dokładnie z zarazkiem dżumy. B a d a n i a w t y m k i e r u n k u u w a ż a ć n a l e ż y n i e t y l k o z a w s k a z a n e, a l e z a n i e z b ę d n e i p i l n i e p o t r z e b n e, we wszystkich zakładach bakteryologicznych, po za którymi zresztą doświadczeń z zarazkiem dżumy robić się nie powinno. Natomiast w pracowniach naukowych nie powinno być żadnych ograniczeń, bo inaczej ani nie wykształci się dostatecznej liczby stósownie przygotowanych bakteryologów, ani nie wyjaśni się ciemnych jeszcze niektórych punktów w biologii zarazka i epidemiologii dżumy, ani nie zbada istotnej wartości surowicy i szczepionki, ani wreszcie nie przygotuje się wystarczającego zapasu tych bądźcobądź jedynych w walce z wybuchłą dżumą środków.

Przykładem, co znaczy rozrzucenie po całym kraju znawców bakteryologów, jest zarówno Oporto, jak Tryest. Wszak do Oporto dżuma zawleczoną została prawdopodobnie jeszcze z końcem zeszłej zimy, a wykryto ją dopiero w czerwcu i to jeszcze czas jakiś „urzędownie“ jej nie było. Odwrotnie w Tryeście powiodło się zatrzymać niebezpieczeństwo przy pierwszym zawleczonym przypadku. Doniosłość badania bakteryologicznego wskazuje fakt, że tryesteński zadżumiony przed badaniem bakteryologicznem dwukrotnie wysiadał z okrętu na ląd, radził się lekarzy w mieście, zanim wreszcie oddano go do szpitala epidemicznego i to nie z rozpoznaniem dżumy, lecz z przypuszczeniem duru osutkowego. Dopiero bakteryolog rzecz rozstrzygnął. Konieczność wykształcenia licznych bakteryologów widnieje z następujących okoliczności i możliwości: niebezpieczeństwo przesyłania materyału zakaźnego do badania, czas, potrzebny na przejazd badacza i przewiezienie przyrządów, możliwość wybuchu dżumy w kilku punktach kraju lub państwa.

Wyjaśnienie pewnych spornych zagadnień w biologii zarazka i epidemiologii dżumy jest konieczne ze względu na środki zapobiegawcze i zaradcze, a nastąpi tem prędzej i łatwiej, im liczniejsi badacze sprawą tą się zajmą, sprawdzając wzajemnie swoje wyniki. Jako takie sporne zagadnienia wymienić trzeba np.: dolna granica ciepłoty, w której prątek dżumy rozwijać się może (ze względu na dość jeszcze problematyczny wpływ naszego zimniejszego klimatu na trudniejsze szerzenie się zarazy), sprawa niewykrytych dotąd zarodników prątka dżumy, wytrzymałość jego poza ustrojem, podobno tylko kilkodniowa, i związane z tem zagadnienie odkażania t. zw. „domów zadżumionych“, w których zaraza uporczywie się utrzymuje. Dalej idą: wrażliwość pewnych zwierząt domowych na dżumę, mianowicie nierogacizny, co do której tylko Wilms utrzymuje, że samoistnie ulega dżumie, oraz kotów; zbadanie wrażliwości myszy polnych; zbadanie sposobów tępienia tak niesłychanie ważną rolę w epidemiologii odgrywających szczurów; ustalenie znaczenia owadów w przenoszeniu zarazy ze zwierząt na ludzi i t. p. Niemniej ważną i pilną jest rzeczą wyszukanie najszybszego i najbezpieczniejszego sposobu bakteryologicznego rozpoznawania dżumy wobec konieczności doświadczeń na zwierzętach i t. p., nie mówiąc już o takich zagadnieniach, które w pracowni rozwiązać się w całości nie dadzą, jak zagadnienie co do zakażenia się przez przewód pokarmowy, sprawa okresowych nawrotów epidemii i wiele, wiele innych. W badaniach tych zrobiono w ciągu lat 6, tj. od wykrycia prątka dżumy, istotnie zdumiewająco wiele; jednakże niemniej nie rozwiązano wielu zadań pierwszorzędnej praktycznej doniosłości.

Należy do tych ostatnich pod pewnym względem także sprawa szczepionki Haffkinea i surowicy Roux-Yersina. I o jednej i o drugiej pisano już nie mało, a jednak zesumowawszy dotychczasowe wyniki, okazuje się, że dalsze badania są piekącą potrzebą, i że sprawa jest zaledwo rozpoczętą. Co do szczepionki, to zdaje się, że istotnie w czasie panującej dżumy jest ona środkiem obosiecznym, bo wytwarza wprawdzie odporność długotrwałą, ale kosztem większej wrażliwości ustroju na zarazek w pierwszych dniach po szczepieniu. Badania, czy ta jej wada da się usunąć zapomocą równoczesnego użycia szczepionki i surowicy, są przecie ledwo w zaczątku, a na ich wyniki dopiero czekać należy. Surowica znowu wytwarzając odporność przelotną, wymaga także jako środek zapobiegawczy udoskonalenia.

Jako środek leczniczy surowica wcale nie ma tego wyrobionego stanowiska, co surowica przeciwbłonicza. Pomimo cudownych prawie wyników, zepchnięcia śmiertelności z 80 czy 90, a nawet 60%, na choćby 14, jeżeli już nie 7%, jest dwadzieścia kilka przypadków Yersina i 142 spostrzeżeń Calmettea i Salimbeniego liczbą bądź cobądź za małą do wydania ostatecznego sądu. Wszak wiadomo, że i niemiecka i austryacka wyprawa do Indyi traktuje surowicę, jako środek leczniczy, z wielkim sceptycyzmem. Francuzi twierdzą, że sceptycyzm ten jest uzasadniony tylko co do surowicy, wytwarzanej zapomocą zabitych hodowli dżumy, a nie może się odnosić do surowicy ze zwierząt, którym wstrzykiwano żyjące prątki, jadowite. Po-

mimo całego zaufania, jakie wzbudzają sumiennością swoją prace Francuzów o dżumie, nie można przyjąć ich bez zastrzeżeń, bez dopełnienia koniecznego postulatu nauki: sprawdzenia w różnych pracowniach przez licznych badaczy. A nawet przyjmując za pewność wszelkie zalety surowicy, pozostaje jeszcze określić dokładnie najskuteczniejszy sposób jej używania, zwłaszcza wobec zalecanych przez Calmettea i Salimbeniego dużych dawek do żył, powtarzanych nawet w razie potrzeby i popartych szeregiem wstrzykiwań podskórnych.

Już ten ostatni szczegół pozwala obliczyć, ile czasu i trudu wymagać będzie przygotowanie dostatecznego zapasu surowicy w Europie, a jeśli nie uda się wytworzyć skutecznej surowicy ze zwierząt, zatruwanych zabitemi hodowlami, ile ta praca wymagać będzie — poświęcenia. Przyzwyczaiwszy się do skromnych 10 cm. sześc. surowicy przeciwbłoniczej, z podziwieniem czyta się o 40—60 cm. sześć. na dawkę, a kilkaset cm. sześć. na chorego zużywanej surowicy przeciwdżumowej. Może uda się wytworzyć surowicę silniejszą, ale na to trzeba zarazków o bardzo wzmożonej jadowitości, trzeba wytwarzać wielkie ilości surowicy, której przy dużych dawkach, jak się okazało, nawet wielki instytut Pasteura stosunkowo bardzo mało potrafił w zapasie nagromadzić, bo po kilkoletniej pracy wystarczyło jej na niespełna 200 przypadków.

Wnioski z powyższego wysnuwają się same, zarówno co do zajmującej nas dzisiaj sprawy, jak i co do zadań na przyszłość.

Kol. Prof. Julian Nowak. Nikt z obecnych tutaj nie widział chorego na dżumę, nikt nie sekcyonował zmarłego na tę chorobę i nikt nie ma własnego doświadczenia w epidemiologii tejże choroby. Pewne własne doświadczenie w biologii i morfologii zarazka dżumowego może mieć tylko prof. Bujwid, który się tem w ostatnich czasach zajmował. Ja także przed trzema laty w Pasteurowskim Instytucie zajmowałem się hodowaniem dżumy, ale robiłem to w tak ciasnych granicach, że o doświadczeniu własnem mówić nie mogę. Wynika z tego, że to, co o dżumie powiedzieć tu możemy, to przeważnie nie będą własne nasze na doświadczeniu oparte zapatrywania, ale przekonania, nabyte z literatury, dotyczącej tego przedmiotu; a literatura ta jest już dziś pokaźną i jak z jednej strony wyjaśniła wiele rzeczy dotychczas zupełnie ciemnych, tak z drugiej strony wykazała, że jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia, że jeszcze bardzo dużo nie wiemy.

Przedewszystkiem prace i doświadczenia ostatnich kilku lat zniszczyły nasze optymistyczne złudzenia, że dżuma do Europy zawitać nie może, lub że zawitawszy, znajdzie tu warunki dla swojego rozwoju zgoła niekorzystne i szybko wyginie.

Przed trzema laty, podczas mojego pobytu w Instytucie Pasteura, rozeszła się po Paryżu pogłoska, że na jednem z przedmieść wybuchła dżuma, zawleczona z Indyi przez Marsylię; — dzienniki uderzyły na trwogę, — ludność ogarnęło zaniepokojenie. Wtedy Dr. Roux, w odczycie o dżumie, dał wyraz zapatrywaniu swemu, że Europa może być spokojną i dżumy się nie obawiać, bo nie sprzyjają jej rozwojowi warunki klimatyczne Europy i jej urządzenia sanitarne, a ludność Europy nie łatwo może uledz zakażeniu, bo mieszkania jej stosunkowo czyste i potrawy gotowane, co usuwa niebezpieczeństwo zarażenia się, które głównie przez przewód pokarmowy przychodzi do skutku.

Od tego czasu jakże zmieniły się zapatrywania. Dziś wiemy, że klimat przeważnej części Europy jest dla rozwoju zarazka dżumowego bardzo pomyślny, bo rośnie on zupełnie dobrze jeszcze przy + 4° C., a zaraza w Indyach do najwyższego dochodziła nasilenia podczas pory chłodniejszej, bo w miesiącach zimowych; tylko wielkie a suche upały są jej wrogie. Stałe odwieczne siedliska dżumy znajdują się u stoków Himalajów, w okolicach wysoko położonych, a więc w klimacie dość chłodnym. Historya wreszcie wykazuje, że dżuma w Europie również dobrze jak na wschodzie grasować może, bo zarazy, jakie przeciągały nad Europą w wiekach średnich, były stokroć groźniejsze, niż dzisiejsza w Indyach. Dziś zatem nie możemy się łudzić optymistyczną nadzieją, że dżuma nie znajdzie w Europie potrzebnych do swego rozwoju warunków, ale winniśmy przygotować się należycie na ewentualne przyjęcie groźnego gościa. W okolicach, gdzie dżuma panuje, ludność od dawna wie, że istnieje pewien związek między dżumą a szczurami, naukowo zaś zwrócili pierwsi uwagę na ten związek Roux i Yersin. Dziś nie ulega żadnej wątpliwości, że dżuma jest właśnie chorobą wspólną tym gryzoniom i ludziom, że przechodzi z jednych na drugich i w ten sposób się szerzy. Dziś wiemy już na pewno, że szczury są jednym z najważniejszych czynników, roznoszących dżumę, i że bez ich udziału epidemia jest niemożliwa. Ale badania np. Dra Simond wykazały, że istnieje między szczurami i ludźmi pewna luka i żeby zaraza ze szczurów zadżumionych mogła przenieść się na człowieka w tych rozmiarach, by wywołać epidemię, to na to potrzeba jeszcze jakiegoś pośrednictwa. Pośrednikiem tym są pchły, które przenoszą zarazę z padłych szczurów na ludzi, a i z ludzi na ludzi i na szczury przenieść ją, zdaje się, są w stanie.

Szczury, to czynnik bardzo nieuchwytny i trudno przedsiębrać przeciw nim radykalne środki sanitarne, a o doszczętnem ich wygubieniu nie ma zdaje się i mowy. O ileż jednakże jeszcze mniej uchwytnym czynnikiem są pchły. Tu nie wiele pomogą kordony sanitarne, choćby najostrzejsze, bo zaraza w bezpośredniej okolicy miejsc zadżumionych szerzy się głównie za pośrednictwem szczurów i ich owadzich pasorzytów — a tych kordon nie zatrzyma. Powietrze w przenoszeniu zarazy jak się zdaje małą odgrywa rolę i tylko o tyle jest niebezpieczne, o ile dostaną się do niego większe ciała np. kawałki plwociny z przylegającymi do nich mikrobami. Dlatego ważną w roznoszeniu dżumy odgrywają rolę wypadki dżumowego zapalenia płuc. Że zaś zapalenie płuc dżumowe pierwotne nie tylko w ten sposób przychodzi do skutku, że mikroby zawieszone w powietrzu z oddechem dostają się do płuc, o tem świadczą doświadczenia Batzarowa, który u gryzoniów prawie z reguły wywoływał w ten sposób dżumowe zapalenie płuc, że na nienaruszoną ich błonę śluzową nosa kładł kulturę prątków dżumowych. Jest to moment arcyważny dla epidemiologii dżumy. Przewód pokarmowy, zdaje się, że wcale nie jest furtką dla zakażenia morem. Woda i powierzchowne warstwy ziemi zdaje się, że także w epidemiologii dżumy ważniejszej nie odgrywają roli.

Jednakże po dokładnym przeglądzie odnośnej literatury nabiera się przekonania, że sprawa szerzenia się dżumy wcale nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśnioną, że nie wszystkie drogi jej pochodu odkryto i że bardzo, bardzo wiele jeszcze do zrobienia zostaje i jak najprędzej zrobione być musi, bo bez tego walka z zarazą bardzo trudna.

Że dalsze badania w tym kierunku są konieczne, to na to zgadzają się wszyscy autorzy, a wyraz temu zapatrywaniu dał kongres hygienistów i bakteryologów niemieckich, który się zebrał w Berlinie przy końcu zeszłego roku celem naradzenia się nad istotą dżumy i środkami do walki z nią na przypadek wtargnięcia jej do Niemiec.

Kongres ten bardzo dla nas godny uwagi. Podczas gdy u nas o kwestyi tej w sferach, które nią zająć się winny zupełnie głucho, nasi sąsiedzi naradzają się i zbroją celem przygotowania się do walki z zarazą.

Kongres przychodzi do przekonania, że nie tylko należy studyować dżumę w jej kolebce, w Indyach, ale że należy ją badać w warunkach klimatycznych Europy. Kongres uchwala, aby zbadać odporność i podatność względem dżumy krajowych ras szczurów i myszy, proponuje aby w dalszym ciągu prowadzić doświadczenia nad rolą pcheł i innych owadów pasorzytniczych w rozszerzaniu się epidemicznem dżumy. Podnosi, aby nie tracić z oczu zagadnienia, że zapewne są i inne jeszcze drogi, nam nie znane, którymi zaraza się szerzy i że należy usilnie pracować w tym kierunku.

Kongres więc oświadcza się nie za zaniechaniem doświadczeń z zarazkami dżumy, ale owszem za jak najintenzywniejszą pracą nad ich naturą, a to właśnie w interesie ludów Europy.

Rozpoznanie dżumy za życia bywa bardzo trudne, a często zupełnie niemożebne, rozpoznanie jej po śmierci łatwiejsze, ale bez badania bakteryologicznego często bardzo trudne lub zgoła również niemożliwe. Jedynie więc pewnem, a ztąd koniecznem, jest badanie bakteryologiczne przypadków podejrzanych o dżumę. Ile zaś zależy na jak najszybszem rozpoznaniu przypadków podejrzanych, szczególnie w początkach epidemii, to o tem pouczyła nas cholera. Ztąd wypływa konieczność, aby kraj rozporządzał na wszelki wypadek o ile możności jak największą ilością fachowych bakteryologów, specyalnie w biologii mikrobów dżumowych wykształconych, którzyby byli w stanie na przypadek epidemii odpowiednie badania w celach rozpoznawczych przeprowadzić. W celu wykształcenia takich sił postanawia kongres urządzenie w Berlinie kursów dżumowych dla fachowych bakteryologów i wypowiada zdanie, że wszystkie zakłady bakteryologiczne Niemiec winny się dżumą zajmować, aby nietylko ich szefowie z przedmiotem dokładnie się zapoznali, ale aby także każdy z nich mógł wykształcić w tym kierunku swoich asystentów. Wyrazem tego przekonania kongresu jest wniosek Gaffkyego, przyjęty przez kongres oklaskami: „Ausserhalb der Laboratorien keine Thierversuche, innerhalb desselben keine Beschränkung“.

A zapominać nie należy, że na kongresie tym byli zgromadzeni najtęższi i najpoważniejsi hygieniści i bakteryolodzy Niemiec.

Potrzeba wykształcenia większej ilości fachowych sił bakteryologicznych, z dżumą dokładnie obeznanych, leży w tem że przewożenie lub przesyłanie materyału, służącego do badania, z jednej strony opóźniałoby rozpoznanie, a z drugiej strony kryłoby w sobie bardzo poważne niebezpieczeństwo rozwlekania zarazy. Według zdania kongresu winny być urządzone tak zwane latające pracownie bakteryologiczne, rozmieszczone w różnych miejscowościach. Gdyby się w pewnej okolicy pojawił podejrzany przypadek, winno zostać na miejsce przypadku natychmiast wysłane takie laboratoryum i winien natychmiast udać się na miejsce to fachowy znawca i badania na miejscu przeprowadzić. Takich latających pracowni Prusy mają już 3.

Kongres podnosi, że baczną się winno zwrócić uwagę na zboże rosyjskie, z którem mogą się dostać do Niemiec zadżumione szczury. Nie zapominajmy, że znaczna część tego zboża przechodzi przez Galicyę.

Oprócz ochronnego szczepienia przeciw dżumie zabitymi hodowlami moru i surowicy przeciwdżumowej innych środków ani leczniczych, ani zapobiegających nie znamy. Skuteczność ich nie jest jeszcze dostatecznie wypróbowana, ale lekceważyć ich nie można choćby tylko dlatego, że to są wogóle jedyne środki, jakie mamy w ręku. Zresztą sceptycyzm, jaki względem nich okazywano, ustawicznie się zmniejsza i dziś w skuteczność ich przy odpowiedniem zastósowaniu nikt nie wątpi.

Wspomniany kongres też uchwalił jednogłośnie wezwać rząd:

1) do wybudowania instytutów, któreby się zajmowały wyrabianiem szczepionki przeciwdżumowej (zabitych hodowli) i wyrobem surowicy, służącej do stwierdzania identyczności hodowli dżumowych zapomocą fenomenu agglutynowania;

2) do wybudowania instytutu, którego zadaniem byłoby wyrabianie przeciwdżumowej surowicy dla ludzi. Ponieważ przy przyrządzaniu takiej surowicy szczepi się zwierzętom żywe hodowle, przeto niebezpieczeństwo jest znaczne i winien być na całe Niemcy jeden taki centralny zakład w miejscu ustronnem, lub może tak, jak we Włoszech i Rosyi, na wyspie.

Uchwały tego kongresu, podyktowane znajomością przedmiotu i przewidywaniem przyszłości, powinny być dla nas wskazówką, co robić należy. A i smutny wypadek śmierci naszego nieodżałowanego kolegi, który nas tu dziś zgromadził, nie powinien przejść bez korzyści w niepamięć. Pokazał on nam, że nie jesteśmy przygotowani na przyjęcie azyatyckiego gościa, nawet w sposób najprymitywniejszy, — że nie posiadamy żadnych środków obrony, że nie mamy nawet gdzie nie już wytwarzać środków leczniczych przeciwdżumowych, ale że nie mamy pracowni tak urządzonych, abyśmy w nich badania nad dżumą przeprowadzać mogli i że prowadzimy politykę strusią, zasadzającą się na chowaniu głowy pod własne skrzydła, a polityka ta może się na nas pomścić strasznie. Już trzy razy groźne widmo zarazy wynurzyło się w granicach państwa — w Wiedniu, Tryeście i teraz w Krakowie — i wywołało na obliczach naszego społeczeństwa tylko niegodny, blady strach.

Stanowczo z polityką tą zerwać trzeba; nie zakaz przechowywania hodowli dżumy w pracowniach wstrzyma jej pochód ze wschodu, ale mogą to zrobić dobrze urządzone pracownie i zastęp ludzi fachowo wykształconych i do poświęcenia gotowych.

Zdaje mi się, że przedewszystkiem naszym jest obowiązkiem domagać się od rządu, aby bezzwłocznie zajął się tą piekącą sprawą i zorganizował w obrębie monarchii przygotowania wojenne do ewentualnej walki z dżumą, aby na przyszłość akcya zapobiegawcza nie ograniczała się tylko do niszczenia hodowli dżumowych. Dlatego stawiam wniosek, aby Towarzystwo wybrało Komisyę, która zajęłaby się ułożeniem odpowiedniego memoryału w tej sprawie, który Towarzystwo przedłożyłoby Wysokim Władzom.

IV. Wyciągi.

S. Bernheim. **O zmianach położenia serca.** *(L'Indépendance médicale* Nr. 40, 1899). Röntgenografia przyczyniła się znacznie do poznania zmian położenia serca. Autor na podstawie swych badań dzieli przemieszczenie serca na wrodzone i nabyte. Te ostatnie mogą się zdarzać w rozmaitych kierunkach, mianowicie ku dołowi i ku górze, na stronę prawą lub lewą, lub też w kierunku osi serca. Ku dołowi przemieszcza się serce wskutek zwiększenia się ciężaru, lub wskutek ucisku, działającego w kierunku z góry ku dołowi. Gdy serce przerasta, zwiększa się jego ciężar, i ugniatając przeponę opuszcza się ku dołowi. Przy przeroście lewej komórki lewa połowa serca staje się cięższa i obniża się; komórka lewa wydłuża się, wierzchołek serca oddala się od linii środkowej ciała i uderza w 5 lub 6-tem międzyżebrzu, będąc odległym o 10—15 ctm. od linii środkowej mostka. Pochyłość górnego brzegu serca między kątem wątroby, a końcem serca wynosi wówczas 4—5 ctm., a więc dwa razy więcej, niż w warunkach prawidłowych. Przeciwnie, przy przeroście serca prawego, prawy kąt serca obniża się, a pochyłość dolnego brzegu zmniejsza się, ponieważ brzeg ten przyjmuje położenie więcej poziome.

Przy przeroście całkowitym serca brzeg dolny nie zmienia swej pochyłości, gdyż serce, nie zmieniając kierunku swego położenia, przemieszcza się ku dołowi.

Ku stronie lewej serce przemieszcza się zwykle przy przeroście, gdyż będąc zrośnięte z żyłą próżną dolną, trudniej może się w tym kierunku przesunąć. W warunkach prawidłowych spostrzegamy przemieszczenie się serca przy położeniu na bok lewy, w przypadkach chorobowych zmiana położenia może być tak znaczna, iż serce uderza w linii pachowej tylnej.

Przemieszczenia ku stronie prawej bywają najczęstsze. Zdarzają się u gruźliczych w postaci włóknistej gruźlicy, gdzie płuco, ściągając się, pociąga serce ku stronie prawej. Przemieszczenie serca na prawo częściej się zdarza wskutek ucisku, działającego z lewej strony ku prawej, niż wskutek pociągania serca przez zrosty prawostronne. Dość często zda-

rza się przemieszczenie serca ku górze wskutek guzów jamy brzusznej, przepukliny przeponowej, rozstrzeni żołądka, odęcia z niestrawności i t. p Do bardzo rzadkich należy przesunięcie się serca ku tyłowi i to tylko przy nowotworach śródpiersia przedniego, lub wskutek urazu.

Skręcenie serca naokoło jego osi prostopadłej *(Trochocardia)* zdarza się przy wylaniu się płynu w jamie opłucnowej lewej, który odpycha koniec serca ku przodowi, a uszko prawe przesuwa ku tyłowi, wskutek czego następuje skręcenie serca około osi prostopadłej i skrzyżowanie znaczniejsze obu tętnic. Drugi rodzaj skręcenia może nastać w przypadkach, gdzie płyn lub guz obniża prawy koniec brzegu dolnego serca, a podnosi wierzchołek jego ku górze. Wtedy serce jest skręcone około osi poziomej.

Najczęstszą przyczyną przemieszczenia serca bywają płyny, nagromadzone w workach opłucnowych. Płyn lewostronny wpływa dopiero wtedy na położenie serca, gdy ilość jego dochodzi do trzech litrów.

Oś serca przybiera wówczas kierunek coraz więcej prostopadły, koniec serca przybliża się do linii środkowej ciała i uderza w sąsiedztwie wyrostka mieczykowatego. Jeżeli płynu jest więcej nad trzy litry, serce jest przemieszczone na stronę prawą, oś jego jest prostopadłą, a uderzenie koniuszkowe przypada koło wyrostka mieczykowatego. Autor twierdzi, że nigdy niema skręcenia serca na prawą stronę, gdyż ani anatomicznie, ani Röntgenografią tego nigdy nie stwierdzono, a to, co klinicznie wysłuchujemy po stronie prawej, nie jest końcem serca, lecz uszkiem prawem lub przesuniętą tętnicą główną. Skręcenie takie byłoby wprost śmiertelnem wskutek zaciśnięcia się naczyń głównych, wychodzących z serca. Prawostronne płyny w ilości jednego litra przemieszczają koniec serca 2—4 ctm. na lewo; wynoszące około 1—3 litrów, przesuwają go o 3--8 ctm. na lewo; ponad trzy litry wynoszące wypociny nie są zdolne więcej przesunąć uderzenia końca serca nad 10 ctm. na lewą stronę.

Obustronne wypociny opłucnowe obniżają serce i skręcają jego oś. Przemieszczenie ma miejsce w kierunku mniej obfitej wypociny. Lewostronne mają wybitniejszy wpływ na czynność serca i powodują arytmie a nawet zatrzymanie się ruchów serca. Rokowanie w przypadkach przesunięcia się serca jest zależne od stopnia przemieszczenia.

Dr. Józef Latkowski.

Drasche Dr. Prof. **Odma piersiowa gruźlicza i leczenie jej operacyjne.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899. Nr. 45 i 46). Chirurgowie bardzo mało zajmują się odmą piersiową gruźliczą. Temu też przypisać należy, że i zabiegi operacyjne, używane w tej chorobie, dotąd mało udoskonalone. Chociaż odma piersiowa jest najczęściej początkiem końca chorych gruźliczych, przecież nie powinno się zaniedbywać usiłowań do zapewnienia znośnego stanu dotkniętym tą chorobą. Chirurgowie podejmują i tak wiele bardzo ciężkich zabiegów, po których nie mogą liczyć na zupełne wyleczenie chorego, a mimo to nie odstrasza ich ten wynik od pracy. Tak samo też należy się wziąć do udoskonalenia zabiegów operacyjnych, używanych w odmie piersiowej.

Autor rozporządza bardzo wielkim materyałem przypadków odmy piersiowej Dotychczas najwięcej doświadczenia w tym względzie wykazał West, który ogłosił 101 własnych przypadków i zajmuje pierwsze miejsce w statystyce odmy piersiowej (patrz *Lancet*, 1894). Autor podczas 40letniej czynności szpitalnej miał 230 przypadków odmy piersiowej, a gdy z nich odliczy 32 przypadki, w których przyczyną nie była gruźlica, pozostaje i tak ogromna liczba 198 przypadków gruźliczej odmy piersiowej. Ilość ta przypada na 11.000 chorych gruźliczych, jakich miał autor w szpitalu. Z tych 198 leczył wyczekująco 168 przypadków, a 30 operacyjnie. Z leczonych wyczekująco wyszło ze szpitala 10, czyli 5·5%, z operowanych 4, czyli 13·5%.

Z wypuszczonych 10 pierwszych (t. j. nieoperowanych) było 4 z wysiękiem, a 6 z wysiękiem i gazem. Z wypuszczonych 4 operowanych: jeden prawdopodobnie wyleczył się zupełnie, u drugiego następnie trzeba było wykonać wycięcie żebra, bo sprawa przebiegała bardzo wolno, poczem był zdrów i zdolny do pracy jeszcze po $1^1/_4$ roku; dwaj pozostali wyszli ze znacznem polepszeniem, jeden z wysiękiem, drugi z wysiękiem i gazem. Z porównania długości życia wypada korzyść na rzecz operowanych.

Zabieg operacyjny polegał na jedno- lub wielorazowem nakłóciu z aspiracyą lub bez niej (Dieulafoy) dla wypuszczenia gazu lub płynu, raz z pozostawieniem czasowem przetoki piersiowej, w jednym przypadku z wycięciem żeber, a w dwu przypadkach z torakocentezą podług Bülau i Unverrichta.

Mimo że autor oświadcza się za operacyjnem leczeniem piersiowej odmy gruźliczej, radzi w każdym przypadku dokładnie oznaczyć wskazania i nie za pośpiesznie przystępować do zabiegu. W przypadkach świeżych, jeżeli objawy uciążliwe dla chorego, jak bóle, duszność, kaszel są miernego nasilenia, należy raczej postępować wyczekująco. W razie powiększenia się objawów, jeżeli klatka piersiowa jest silnie napięta, narządy sąsiednie poprzemieszczane z nagromadzeniem się równoczesnem płynu, należy zastanowić się, czy nie przystąpić do nakłócia. Wówczas wypuścić trzeba tylko tyle płynu, ile wogóle wystarczy do ulgi w oddechaniu. Jeżeli objawy są groźne, a więc gdy wystąpi znaczna duszność, sinica, osłabienie serca, należy nie zwlekać z nakłóciem. Czy przetoka płucna jest otwarta, czy zamknięta, i jak się wówczas zachowuje cierpienie płuc, mniej nas to obchodzi. Nakłócie odpowiada wtedy nietylko wskazaniom chorobowym i życiowym, ale również może wpłynąć korzystnie na dalszy przebieg sprawy. Uciśnięte płuco może się rozszerzyć, siły chorego podniosą się, a to jest rzeczą bardzo ważną dla dalszego leczenia. Do nakłócia należy wybrać raczej cieńszy, niż grubszy trójgraniec, bo płyn odpływa powoli. Czasem atoli może się zatkać zbyt cienki trójgraniec ropą lub skrzępami włóknika i operacyę trzeba przerwać lub ponowić. W czasie zabiegu należy zachować jak najściślejszą aseptykę.

Jeżeli po nakłóciu odma przechodzi mimo to w sprawę więcej przewlekłą, jeżeli przybywa wysięku, a i inne objawy pogarszają się, domyślać się należy, że dołączył się otok ropny. Mimo, że wielu autorów sprzeciwia się operacyi w otoku, przecież jest to jedyny sposób leczenia. Nie można bowiem liczyć na wessanie zupełne wysięku ropnego. Płuco zaś długo uciśnione nie może się już następnie rozszerzyć. Przytem gorączka po wypuszczeniu wysięku ropnego zazwyczaj opada lub ustępuje. Ropa nietylko drażniąc płuco i opłucnę powoduje jeszcze większe ropienie, ale też drążąc w głąb, może doprowadzić do następowych przedziurawień opłucnej. Jeżeli już jest wskazanie do operacyi, należy się zgodzić szybko na sposób zabiegu. W razie zamknięcia organicznego przetoki płucnej najlepiej połączyć nakłócie z wypuszczeniem płynu przez aspiracyę. Jeżeli mimoto ropienie nie ustaje, a nawet kilkakrotne nakłócia i wypuszczania nie pomagają, można przystąpić do wycięcia żeber, jeżeli oczywiście pozwala na ten zabieg odżywienie chorego i stan płuc, to jest jeżeli sprawa w płucach nie postępuje.

Celem leczenia odmy piersiowej nie jest zupełne wyleczenie, bo do tego tylko wyjątkowo dojść można, ale uczynienie życia znośnem dla chorego, i to już powinno być dostateczną zachętą dla lekarza.

Dr. St. Ekjasz-Radzikowski.

Docent Dr. Lotheisen (Insbruck): **O transplantacyi moczowodów.** *(Wiener klinische Wochenschrift.* Nr. 36, 1899). Rozbierając krytycznie rozmaite zabiegi chirurgiczne, zalecane w przypadkach uszkodzenia moczowodów, zaleca autor, jako najodpowiedniejszy sposób, przeszczepienie moczowodu do pęcherza. Uszkodzenia moczowodów wydarzały się dawniej przy nieprawidłowych porodach; obecnie w przebiegu operacyj z powodu złośliwych nowotworów macicy, odbytnicy i pęcherza musimy często i kawałek moczowodu wyciąć, a niekiedy przypadkowo go przecinamy. Podłużne nad-

cięcia moczowodów możemy zeszyć kilku szwami Lamberta; te rany łatwo bez żadnych następstw się goją. Gdy moczowód przetniemy, lub gdy musimy dłuższy kawałek wyciąć, staramy się albo jego ciągłość utrzymać i zespalamy szwami oba końce, albo też moczowód przyszczepiamy bądź to do pęcherza, lub do odbytnicy, kiszki grubej wstępującej, zstępującej, do pochwy, do ścian brzucha, albo też koniec doprowadzający podwiązujemy w celu wywołania zaniku nerki, lub też ostatecznie przystępujemy do wyjęcia całej nerki.

Autor przychodzi do wniosku, że w przypadkach, w których oba końce moczowodów nie dadzą się połączyć, należy się zawsze starać o przeszczepienie końca doprowadzającego do pęcherza, gdyż inne wymienione sposoby dają zły wynik funkcyonalny i narażają chorego na następowe zapalenie ropne miedniczek i samej nerki. Wykonanie tej operacyi ułatwia ta okoliczność, że moczowód można bez niebezpieczeństwa obumarcia oddzielić na długość 12 do 13 ctm. i na dół ściągnąć. Jako wytłómaczenie tego podaje wyniki doświadczeń Margarucciego, który wykazał, że moczowód sam jest dostatecznie odżywiany przez tętnicę własną, odchodzącą od tętnicy nerkowej.

W swoim przypadku musiał autor wyciąć kawał moczowodu, gdyż rak macicy przechodził na tkanki otaczające. Operował sposobem Bülinger-Witzla, moczowód wszczepił do pęcherza nieco wyżej od dawnego ujścia. Wynik był pomyślny; w dalszym przebiegu utworzyła się przetoka do pochwy, wydzielina moczu tą drogą była nieznaczna. Przetoka ta po upływie dwóch tygodni bez żadnych zabiegów operacyjnych się wygoiła. Po upływie kilku miesięcy widział autor chorą powtórnie; wydzielanie moczu odbywało się prawidłowo, skład chemiczny jego był prawidłowy, ilość fizyologiczna, zmian w nerce odpowiedniej nie mógł wykazać. Badania cystoskopem chora nie dozwoliła. W ośm miesięcy po operacyi umarła z powodu przerzutów rakowych; sekcyi nie wykonano.

Nawiązując do tego przypadku, podaje autor wskazania, w których należy przystąpić do przeszczepienia moczowodu do pęcherza; zabieg ten uważa za typowy i prawidłowy. Do wskazań tych zalicza: 1. wady wrodzone, n. p. nieprawidłowe ujście moczowodu; 2. zwężenie w dolnej części moczowodu; 3. obrażenia moczowodu; 4. przetoka moczowodu. *Dr. Karchezy.*

Górnicki Maryan: **Przyczynek do odżywiania tyfusowych.** (*Gaz. lek.* 1899. Nr. 46, 47, 48). Autor był lekarzem baraku miejskiego dla chorych zakaźnych w Wilnie i tam, mając większą liczbę chorych na dur brzuszny i osutkowy, próbował żywić ich w okresie gorączkowym, nie, jak to dotąd się czyni, dyetą ścisłą, ale przeciwnie, pożywieniem obfitem i złożonem z pokarmów stałych. Poszedł w tym kierunku za przykładem niektórych lekarzy angielskich i rosyjskich, którzy w durze podawali dyetę mięsną i obfitą, upatrując w tem wpływ dobroczynny na przebieg duru. Tem bardziej, że niektórzy chorzy na dur już w okresie gorączkowym mają znaczne łaknienie, sam więc ustrój niejako domaga się obfitego pożywienia, jak rozumuje autor. Opiera się w tem dalej na wzorze, wziętym z innych chorób gorączkowych, jak np. gruźlicy, w której podawanie obfitej dyety białkowej przysparza sił ustrojowi w walce z gorączką i zakażeniem, która to walka wprawdzie kończy się prawie zawsze niepomyślnie, przecież przez obfite pożywienie przedłuża się życie choremu.

Następnie rozbiera autor rozmaite dane, jakie posiadamy o czynności żołądka i jelit razem z wszystkiemi gruczołami, biorącymi udział w trawieniu, w czasie chorób gorączkowych, a w szczególności w durze. Z danych tych wyprowadza autor wniosek, że teoretycznie nic nie stoi na przeszkodzie, aby nie można odżywiać obficie i posilnie chorych na dur. Przeciwnie nawet, wycieńczenie ustroju w durze, zgadzając się z obrazem zwyczajnego wycieńczenia z głodu, stanowi wskazanie do natężonego odżywiania takich chorych.

Dlaczegoż jednak mimo tego lekarze dotąd nie podają chorym pokarmów obfitych i stałych? Wstrzymuje ich od tego obawa przedziurawienia kiszek lub też krwotoku kiszkowego. Przeciw temu przekonaniu powstaje autor, twierdząc, że przecież zmiany w kiszkach powstają powoli, stopniowo, a nigdy nagle, że dalej zmiany te leżą daleko od żołądka, że więc pokarmy stałe, doszedłszy do kiszek już w postaci miazgi, nie mogą obrazić ściany tak bardzo, aby aż doszło do przedziurawienia.

Dyeta, którą podawał autor chorym durowym w okresie gorączkowym, była następująca: rano między 8—9 godz. herbata z mlekiem i bułką, o 10 godz. pół kwarty mleka, o 1 godz. obiad złożony z rosołu, sztuki mięsa, kotletów wołowych lub cielęcych z bułką lub chlebem, przed obiadem dla pobudzenia łaknienia czasem dzwonko śledzia, po obiedzie kawa czarna lub kawa z mlekiem; o godzinie 6 zupa mięsna lub z masłem, o 8 godz. herbata z bułką. Jeżeli bułka (5 kopiejkowa) nie wystarczała choremu, dostawał jeszcze oprócz tego od $^1/_4$—$^1/_2$ funta chleba. Dyetę tę stósował autor u 150 chorych na dur (brzuszny 80 chorych i osutkowy 70 chorych). Śmiertelność ogółem wynosiła 2·6% (4 chorych), z czego przypada, licząc osobno na dur brzuszny 2·5%, u na dur osutkowy 2·85%.

W przypadkach z zejściem śmiertelnem powodem śmierci było: 1) powikłanie duru brzusznego z zapaleniem nieżytowem obu płuc; 2) zapalenie opon mózgowych; 3) autor przyczyny nie podaje, tylko dodaje, że chory ten nie jadł; 4) tak samo nie podaje powodu śmierci, tylko że chora ta nie jadła.

Śmiertelność wogóle była więc bardzo nieznaczna, jeżeli się ją porówna nawet z najbardziej nizkiem obliczeniem Benedicta i Schwarza, którzy podają dla duru w ostatniem dziesięcioleciu, kiedy osłabł znacznie *genius epidemicus*, odsetek śmiertelności = 10.

Dyeta pożywna i obfita z pokarmami stałymi ma więc podług autora wiele zalet, a nie przedstawia powodu do obaw. Sześć szczegółowych opisów przypadków popiera wnioski autora, który kończy pracę swą tymi słowy:

„Ponieważ poruszona przezemnie kwestya dotychczas mało liczy zwolenników wśród lekarzy, a otrzymane przezemnie wyniki tak wyraźnie świadczą o dodatnim wpływie obfitej i urozmaiconej dyety, przeto uważam sobie za obowiązek podzielić się nimi z ogółem kolegów, aby wspólnemi siłami, jeżeli na daleko większym materyale sprawdzą się moje spostrzeżenia, zwalczać stare przekonanie o bezwarunkowej potrzebie ścisłej dyety w okresie gorączki tyfoidalnej".

Redakcya *Gazety lekarskiej* uznała jednak za stósowne dodać do pracy autora przypisek, że godząc się w zasadzie co do potrzeby odżywiania chorych gorączkujących wogóle, a durowych w szczególności, przecież nie pochwala sposobu odżywiania, zalecanego przez autora. Dyeta ta bowiem zarówno ze względu na ilość, jak i na jakość pokarmów nie jest odpowiednią w durze brzusznym, zaś pomyślne wyniki autora zachęcają wprawdzie do dalszych prób w tym kierunku, opierają się przecież jak dotąd na za małej liczbie przypadków, wysnuwanie więc wniosków śmiałych jest dziś przedwczesne. *Dr. St. Eljasz-Radzikowski.*

Prof. Dr. Küster. **Osteoplastyczne wydłutowanie wyrostka sutkowego.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1899. Nr. 43). Aby zapobiedz szpetnym zagłębieniom, jakie pozostają po trepanacyi wyrostka sutkowego, postępuje R. tak, że przed właściwą trepanacyą wycina z wyrostka sutkowego płat skórno-okostnowo-kostny, kształtu językowatego z podstawą u góry. Płat ten załamuje ku górze, a po skończonej operacyi zlekka tamponuje jamę w kości gazą jodoformową, ponad nią opuszcza z początku wycięty płat, ustala go szwami, a gazę wyprowadza przez otworek umyślnie wycięty w tym celu na wierzchołku płatka. Przez ten też otwór później wydobywa gazę i wkłada nową, póki cała jama nie wypełni się ziarniną.

Herman.

Mańkowski. **Szybki i prosty sposób rozróżnienia prątków durowych od prątków okrężnicowych** *(Russkij archiw patologii* Tom. 8. Zesz. 4. 1899). Badając wpływ rozmaitych drobnoustrojów na odbarwianie się pożywek barwnych, doszedł M. do wniosku, że wpływ ten zależy od oddziaływania pożywki i od własności redukujących hodowanej bakteryi. Pod tym względem prątek durowy zachowuje się inaczej, niż okrężnicowy, mianowicie pierwszy okazuje słabsze własności redukujące, niż drugi, na pożywkach obojętnych, wskutek czego zmiana barwy w hodowlach prątka okrężnicowego następuje szybciej i dokładniej, niż w hodowlach prątka durowego. M. udało się wytworzyć pożywkę barwy niebieskofioletowej, która pod wpływem prątka okrężnicowego przyjmuje w ciągu 36—72 godzin barwę zielonawą, a potem się odbarwia, pod wpływem zaś prątka durowego barwi się czerwono. Ten odczyn barwny można jednakże otrzymać także bardzo szybko, dodając do zwykłych, 2—3 dniowych hodowli obu prątków na agarze po parę kropli owej mięszaniny barwnej. Mięszanina ta składa się z dwóch płynów: A.) nasycony rozczyn wodny indygokarminu. B.) nasycony roztwór fuchsyny kwaśnej w 1% ługu potasowym. Do 1 ctm. sześć. płynu B. dodaje się 2 ctm. sześć. płynu A., w końcu 22 ctm. sześć. wody przekroplonej; mięszanina powinna mieć barwę ciemnobłękitną i oddziaływać słabo zasadowo. Dla otrzymania pożywek zabarwionych wystarczy dodać do zwykłej, (ale koniecznie obojętnej) pożywki parę kropli tej mięszaniny aż do zabarwienia błękitnofioletowego; do pożywki agarowej należy nadto dodać nieco ($^1/_3$—$^1/_2$%) glukozy.

Ciechanowski.

Curschmann (Lipsk). **Przyczynek do badania różyczki durowej na prątki durowe.** *(Münch. med. Wochenschft* No. 48. 1899) Autor, idąc za przykładem Neufelda, który używał do tych badań jedynie pożywki płynnej (bulion), a nigdy stałej, znalazł w różyczce durowej na 20 przypadków, 14 razy prątek durowy i dlatego twierdzi, że ten sposób badania daje najczęściej wynik dodatni.

Dr. Henryk Pisek.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 9-go stycznia 1900 r.

Przewodniczący kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 39.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia zabrał głos kol. prof. Trzebicky i oświadczył, że zgadza się na umieszczenie odczytanego protokółu w »Przeglądzie lekarskim, żąda jednak, żeby na najbliższem posiedzeniu odczytano obszerniejszy protokół dający zupełny obraz poprzedniego posiedzenia, a przedewszystkiem zawierający przemowę kol. Boczara i wszystkie głosy, które w głosowaniach padły na poszczególnych kolegów. Protokół ten ma być po przyjęciu złożony w aktach.

Kol. prezes zawiadamia, że dnia poprzedniego odbyła się uroczystość jubileuszowa prof. Korczyńskiego, w której uczestniczył w imieniu Tow. na mocy uchwały komitetu; — zawiadamia następnie, że komisya przemysłowa przybrała dwóch nowych członków do swego grona, mianowicie prof. Bronisława Kadera i aptekarza p. Konstantego Wiszniewskiego.

Kol. Józefa Bednarskiego z Alwernii przyjęto w poczet członków.

Kol. Gwiazdomorski, jako skarbnik, odczytuje sprawozdanie kasowe.

Kol. Łepkowski oświadcza imieniem komisyi kontrolującej, że komisya ta przeglądała wszystkie książki kasowe i znalazła je w porządku.

Kol. Kwaśnicki w sprawie funduszu dyżurów nocnych żąda, aby komitet zastanowił się, czy funduszu tego nie należy zwrócić do źródła tj. do kasy gminnej miasta Krakowa. Po przemówieniu kol. Śliwińskiego, który oświadczył, że wobec małej ilości medyków Tow. ratunkowe będzie musiało zorganizować dyżury lekarskie i utworzyć 4 posady lekarzy i który radził wstrzymać się z oddawaniem pieniędzy aż do tego czasu, wniosek odesłano do komitetu.

Kol. Śliwiński interpeluje, jak się ma sprawa funduszu wdów i sierot po zmarłych lekarzach, czy wdowy po członkach Tow. lek. krak. pobierają zapomogi, i czy Tow. to ma jaki regres do Tow. lek. galicyjskich.

Kol. Gwiazdomorski wyjaśniał, że według sprawozdania Tow. lek. galicyj. w r. 1898 przeznaczyło przeszło 4.000 złr. na wsparcia, nie wiadomo jednakże, ile z tego dostały wdowy po członkach Tow. lek. krak., gdyż naturalnie nie ogłasza się, kto pobiera wsparcie. Przemawiał jeszcze kol. Surzycki i Raczyński, wreszcie w sprawie tej postawiono następujące wnioski.

Kol. Trzebicky żąda wyjaśnienia: 1) czy wdowy po członkach Tow. lek. krak. żądały zapomóg ze Lwowa, czy nie, i jak wysokie w danym razie pobierają wsparcia; 2) żąda, żeby komitet rozpatrzył jaki jest stosunek naszych funduszów do funduszów Tow. lekar. galicyjskich.

Kol. Murdzieński żąda wezwania delegatów Tow. lek. krak. we Lwowie, żeby corocznie przed posiedzeniem administracyjnem nadsyłali sprawozdanie ze spraw omawianych na walnem zgromadzeniu Tow. lek. galicyjskiego, dotyczących naszego Tow., a w szczególności zaś, żeby nadsyłali rachunki z funduszów, będących wspólną własnością obu Towarzystw.

Kol. Słapa żąda: 1) żeby Tow. lek. galicyj. rozsyłało drukowane sprawozdania wszystkim członkom Tow. lek. krak.; 2) aby komitet wyznaczył osobne posiedzenie ogólne do rozpatrzenia tego sprawozdania.

Wnioski te odesłano do komitetu, poczem podskarbiemu udzielono absolutoryum.

Kol. Ciechanowski, jako bibliotekarz, odczytuje sprawozdanie ze stanu biblioteki i rachunków bibliotecznych.

Kol. Trzebicky stawia wniosek, żeby kol. Ciechanowskiemu wyrazić podziękowanie za wzorowe prowadzenie biblioteki. Wniosek przyjęto oklaskami.

Kol. Ciechanowski wnosi, żeby wyrazić podziękowanie współpracownikom bibliotecznym i ofiarodawcom, w szczególności kol. Ściborowskiemu. Przyjęto.

Wysłuchano następnie sprawozdania sekretarza stałego, kol. Sroczyńskiego, z ruchu naukowego w Towarzystwie.

Kol. Raczyński, jako administrator „Przeglądu lekarskiego« składa sprawozdanie administracyjne. Kol. Łepkowski imieniem komisyi kontrolującej oświadcza, że wszystkie książki znaleziono w porządku, wnosi udzielenie absolutoryum i wyrażenie uznania. Przyjęto.

Kol. Wachholz składa sprawozdanie z czynności komisyi do roczników Virchowa-Hirscha. Kol. prof. Jakubowski wnosi, żeby wyrazić Wachholzowi podziękowanie za jego pracę. Wniosek przyjęto oklaskami.

Kol. Śliwiński składa sprawozdanie z czynności komisyi przemysłowej, a kol. prof. Browicz z czynności komisyi słownikowej, która ukończyła pracę nad słownikiem do litery *M.* Przyjęto do wiadomości.

Kol. Surzycki interpeluje w sprawie budowy domu Towarzystwa. Kol. prezes wyjaśnia, że istnieje osobna komisya, która się tą sprawą zajmuje. Sprawa jednak nie postępuje naprzód, bo niema funduszów, gmina miasta Krakowa odmówiła zaś gruntu pod budowę. Istnieje jednak zobowiązanie Tow. lek. galicyj., mocą którego Tow. to ma przyjść z pomocą kredytem, gdyby Tow. krak. przystąpiło do budowy własnego domu.

Kol. prof. Jakubowski wnosi gorące podziękowanie ustępującemu prezesowi. Przyjęto oklaskami.

Wreszcie przemówił ustępujący prezes kol. prof. Pieniążek. Rok ubiegły rozpoczął się smutno. Mieliśmy ciężko chorego kol. Kwaśnickiego, straciliśmy kol. Wiszniewskiego i członka honorowego Tow. Majera. Koniec jest weselszy, bo mieliśmy uroczystość jubileuszową prof. Korczyńskiego, dawnego prezesa Tow. Z drugiej strony padły teraz przykre słowa o partyach w Tow. lek. Kol. prezes wzywa wszystkich członków, żeby bez względu na zapatrywania, które wyznają, pracowali wszyscy dla dobra Towarzystwa.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów:

A. Organizacya sekcyi naukowych i temata ogólne, postawione na porządku dziennym ich obrad*).

(Ciąg dalszy).

XIV. Sekcya chirurgiczna.

Złożona z 2 działów: *a)* chirurgia i ortopedya:

Gospodarz: Prof. Dr. Kader (*ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna*). — Sekretarze: Doc. Dr. Maksymilian Rutkowski (*Podwale 3*) i Dr. Jan Gawlik (*ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna*).

b) laryngologia i otyatrya:

Gospodarz: Prof. Dr. Przemysław Pieniążek (*Bracka 10*). — Sekretarz: Doc. Dr. Aleksander Baurowicz (*Rynek główny 16*).

Temata obrad:

W dziale *b*): „O leczeniu ropienia ucha średniego“ sprawozdawcy: Dr. Heiman i Dr. Guranowski (Warszawa).

Temata obrad na wspólne posiedzenie z Sekcyą medycyny wewnętrznej obacz wyżej pod XIII.

XV. Sekcya dentystyczna.

Gospodarz: Doc. Dr. Wincenty Łepkowski (*Straszewskiego 26*). — Sekretarz: Dr. K. Wernikowski (*Rynek 6*).

Temat obrad:

„O leczeniu chorób miazgi zębowej“ sprawozdawcy: Dr. B. Dziorżawski i Dr. Idzikowski (Warszawa).

XVI. Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Gospodarze: Prof. Dr. Władysław Reiss (*Basztowa 25*) i Prof. Dr. Aleksander Zarewicz (*Floryańska 40*). — Sekretarze: Dr. Fr. Krzyształowicz (*Plac Matejki 3*) i Dr. St. Boczar (*ul. Kopernika, Szpital św. Łazarza*).

Temat obrad:

„O leczeniu kiły rtęcią“ sprawozdawca Dr. Fr. Krzyształowicz (Kraków), drugi sprawozdawca na razie nieoznaczony.

XVII. Sekcya chorób nerwowych i umysłowych.

Gospodarz: Prof. Dr. Stanisław Domański (*Szczepańska 9*).

Temata obrad:

1) „O ostrych zapalnych cierpieniach mózgowia“, sprawozdawcy: Dr. Edward Flatau, Dr. Wł. Gajkiewicz i Dr. Wizel (Warszawa).
2) „O padaczce“, sprawozdawcy: Dr. E. Bregman, Dr. Luxenburg i Dr. Wisłocki (Warszawa).

XVIII. Sekcya okulistyczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz (*Wolska 11*). — Sekretarz: Dr. K. W. Majewski (*ul. Kopernika, Klinika okulistyczna*).

Temata obrad:

1) „Jaskra pod względem patogenezy i terapii“ sprawozdawca: Doc. Dr. Franciszek Sroczyński (Kraków).
2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
3) „Znaczenie lecznicze i technika syndesmoplastyki“ sprawozdawca Prof. Dr. Wicherkiewicz (Kraków).
4) „Patologia jaglicy“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
5) „Walka z jaglicą, jako klęską społeczną“, sprawozdawcy: Dr. Z. Kramsztyk, Dr. Cetnarowicz i Dr. J. Steinhaus (Warszawa).

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza.

Gospodarz: Prof. Dr. Henryk Jordan (*Wiślna 5*). — Sekretarz: Dr. Stanisław Dobrowolski (*Kopernika 12*), — Komisarz Sekcyi we Lwowie: Prof. Dr. Antoni Mars (*Kościuszki*).

Temata obrad:

1) „O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej“, sprawozdawcy: Prof. Dr. A. Mars (Lwów) i Prof. Dr. H. Jordan (Kraków).
2) „Przyczyny i leczenie niepłodności“ sprawozdawcy Dr. Stępkowski i Dr. Zweigbaum (Warszawa).

XX. Sekcya medycyny sądowej i toksykologii.

Gospodarze: Prof. Dr. Józef Łazarski (*ul. Dietla 97*) i Prof. Dr. Leon Wachholz (*Basztowa 25*). — Sekretarz: Dr. Stefan Horoszkiewicz (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Sekcya nie umieszcza żadnych ogólnych tematów na porządku dziennym swych obrad.

XXI. Sekcya medycyny publicznej

(higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych, sprawy zawodowe).

Gospodarz: Prof. Dr. Odo Bujwid (*Kolejowa 3*). — Sekretarz: Dr. Leonard Bier (*ul. Strzelecka, Zakład badania środków spożywczych*).

Temata obrad:

1) „Badanie wód gruntowych“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
2) „Zapobieganie szerzeniu się gruźlicy“ sprawozdawca: Prof. Dr. Bujwid (Kraków). — Referat ten wygłoszony zostanie na posiedzeniu, poświęconem sprawie gruźlicy.
3) „Środki ku powstrzymaniu alkoholizmu“ sprawozdawca: Dr. K. Rychliński (Warszawa).
4) „Sprawa tak zwanej kontroli rynkowej środków spożywczych“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.
5) „Postępy w szerzeniu u nas wiadomości z zakresu higieny w ostatnich latach dziesięciu; jak w tym kierunku działaćby należało?“ sprawozdawca: Dr. L. Bier (Kraków).

XXII. Sekcya weterynarska.

Gospodarz: Prof. Dr. Seifmann (*Bernardyńska 13*). — Sekretarz P. Maksymilian Pappée (*Plac Matejki 9*).

XXIII. Sekcya prasy lekarskiej.

Gospodarz: Dr. A. Kwaśnicki (*Basztowa 4*). — Sekretarz: Prof. Dr. St. Ciechanowski (*Wielopole 4*).

Temata obrad:

1) „Sprawa ujednostajnienia polskiego wyrazownictwa lekarskiego, oraz sprawa błędów językowych w naszem piśmiennictwie lekarskiem“ sprawozdawca: Dr. Stanisław Markiewicz (Warszawa).
2) „Sprawa polemik“ sprawozdawca: Dr. Heliodor Święcicki (Poznań).
3) „Zorganizowanie działu korespondencyi we wszystkich czasopismach lekarskich polskich“ sprawozdawcy: Dr. Święcicki (Poznań), Dr. Karol Rychliński (Warszawa).
4) „Organizacya sprawozdań dla prasy lekarskiej zagranicznej“ sprawozdawca: Dr. K. Rychliński (Warszawa).
5) „Czy i jakie reformy są potrzebne w polskich czasopismach lekarskich, aby je uczynić odpowiedniejszemi celowi?“ sprawozdawca Dr. S. Sterling (Łódź).

B. Samodzielne wykłady i demonstracye zgłoszone po dzień 1-go lutego 1900 r.

Ostateczny termin zgłaszania wykładów upływa z dniem 1-go czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być odrazu dołączone krótkie streszczenie wykładu dla »Dziennika Zjazdu«.

I. Sekcya matematyczno-fizyczna.

1) S. Dickstein (Warszawa). „O teoryi liczb“.
2) Prof. Dr. J. Puzyna. „Z teoryi całek algebraicznych“.
3) Prof. Zakrzewski (Lwów). „Obecny stan znajomości dynamicznego równoważnika ciepła“.
4) Dr. Smołuchowski, „O najnowszych postępach na polu cynetycznych teoryi materyi“.
5) Prof. Dr. M. Rudzki (Kraków). „O ruchu obrotowym ziemi“.

II. Sekcya chemiczna.

1) Dr. Ludwik Brunner (Kraków). „Nowsze postępy w dziedzinie chemii fizycznej“. (6)
2) Dr. Tadeusz Estreicher (Kraków). „Nowopoznane składniki atmosfery“. (7)
3) Dr. L. Marchlewski (Manchester), „Chemia chlorofilu“. (8)
4) Prof. Dr. Karol Olszewski (Kraków). „Przyrządy, służące do skraplania gazów“. (9)
5) Dr. Stanisław Tołłoczko (Kraków). „Nowe metody oznaczania ciężaru drobinowego“. (10)

---

*) Przypadkiem opuszczono w Nrze 5 »Przeglądu lekarskiego« w Sekcyi XIII w dziale *b* temat obrad:

3) „Wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą“ sprawozdawca Doc. Dr. Jan Raczyński (Kraków).

III. Sekcya mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

1) Prof. Dr. Dunikowski. „Flysz w Atlasie“. (11)
2) Dr. Józef Grzybowski. „Ostatnie rezultaty badań otwornicowych z galicyjskich piaskowców karpackich“. (12)
3) Prof. Maryan Łomnicki. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich“. (13)
4) Prof. Dr. Zuber. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich“. (14)
5) Prof. M. Łomnicki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“. (15)
6) Prof. Dr. Siemiradzki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“. (16)
7) Prof. Syroczyński. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“. (17)
8) Prof. Dr. Zuber. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“. (18)
9) Prof. Dr. Siemiradzki. „O perisfinktach“. (19)
10) Prof. Syroczyński. „O mapie zagłębia węglowego polskoszląskiego“. (20)
11) Prof. Dr. Szajnocha. „O stratygrafii galicyjskiego flyszu“. (21)

VI. Sekcya przyrodniczo-rolnicza.

1) Stanisław Chełchowski. „O potrzebie systematycznych badań geologiczno-rolniczych ziem polskich“. (22)
2) Karol Huppenthal. „O wpływie przesuszenia ziemi na przyswajalność związków azotowych w jej próchnicy“. (23)
3) Adam Karpiński. „O wpływie wilgotności na rozwój gorczycy i owsa i pobieranie przez nie azotu“. (24)
4) Dr. Rogoyski. „Badania geologiczno-rolnicze i chemiczne nad bielicami Królestwa Polskiego“. (25)
5) Dr. Sempołowski. „O przyrodzonych podstawach uszlachetniania roślin uprawnych“. (26)
6) Dr. Siomiątkowski. „O pobieraniu baru przez rośliny“. (27)

X. Sekcya psychologiczna.

1) Abramowski. „Psychologia syllogizmu“. (28)
2) Appel. „Poczucie językowe ze stanowiska psychologicznego“. (29)
3) Dawid. „O właściwem zastosowaniu prawa Webera do pojęć „fortune physique“ i „fortune morale“. (30)
4) Dawid. „O psychologicznej podstawie klasyfikacyi sądów“. (31)
5) Dawid. „O zasadzie odpowiedniości między procesami psychicznymi a mózgowymi“. (32)
6) Dr. E. Flatau. „Znaczenie anatomii i fizyologii mózgu dla wyjaśnienia zjawisk psychicznych“. (33)
7) Karpowicz. „Co w sprawie wychowania wspólnie zdziałać możemy?“ (34)
8) Dr. Korniłowicz. „Historyczne przedstawienie pojęcia woli“. (35)
9) W. M. Kozłowski. „Połączenie chemiczne jako problemat teoryi poznania“. (36)
10) Adam Mahrburg. „Krytyka intellektualizmu w psychologii spółczesnej“. (37)
11) Adam Mahrburg. „Co należy rozumieć przez syntezę psychiczną?“ (38)
12) Dr. Massonius. „Zasada przyczynowości w psychologii“. (39)
13) Dr. J. Ochorowicz. „Stosunek psychologii do pedagogii“. (40)
14) Dr. Radziwiłłowicz. „Terminologia psychologiczna“. (41)
15) Prof. H. Struve, (tytuł wykładu podany będzie póżniej) (42)
16) Dr. Wizel. „Stosunek psychologii do psychiatryi“. (43)
17) Dr. Wizel. „Mechanizm psychiczny powstawania urojeń“. (44)

XI. Sekcya anatomiczno-fizyologiczna.

1) Dr. Edward Flatau i Dr. Bronisław Sawicki (Warszawa) „Badania doświadczalne i drobnowidowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych“ (na posiedzeniu wspólnem Sekcyj medycyny teoretycznej z Sekcyą chirurgiczną). (45)
2) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „Zakończenie nerwów w sercu“. (46)
3) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „Zachowanie się terpenów w ustroju“. (47)

XII. Sekcya patologiczna.

1) Dr. Julian Steinhaus (Warszawa). „O mięsakach“. (48)
2) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „W sprawie dżumy. (Badania chemiczno-biologiczne)“. (49)
3) Dr. Jakowski (Warszawa). „Udział drobnoustrojów w powstawaniu zakrzepów“. (50)
4) Porównaj XI. 1. (45)

XIII. Sekcya medycyny wewnętrznej.

1) Dr. Witosław Dąbrowski (Warszawa). „Alkohol jako środek leczniczy ze stanowiska klinicznego“. (51)
2) Dr. J. Goldbaum (Warszawa). „O zastosowaniu elektryczności w leczeniu chorób przewodu pokarmowego“. (52)
3) Dr. Walenty Jeż (Wiedeń) „Pogląd na leczenie chorób ostrych“. (53)
4) Dr. Jekeles. „O zasadach termo-, mechano- i kinesiterapii, ich uprawnieniu i stosowaniu“. (54)
5) Dr. Wawrzyniec Kędzior (Kraków). „O leczeniu błednicy“. (55)
6) Doc. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków). „O rodzajach ciałek białych w plwocinie“. (56)
7) Dr. Stanisław Kwiatkowski (Kraków). »*Asthma bronchiale*«. (57)
8) Dr. Adam Lande (Warszawa). „O tak zwanej niedomodze nerek“. (58)
9) Dr. Ignacy Lemberger (Kraków). „Pogląd na najnowsze leki ze stanowiska chemicznego, farmakologicznego i leczniczego“. (59)
10) Dr. Józef Zawadzki (Warszawa). „Dyeta mleczna w cierpieniach żołądka i kiszek“. (60)

XIV. A. Sekcya chirurgiczna.

1) Dr. E. Flatau i Dr. Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pacierzowego ze specyalnem uwzględnieniem odruchów“ (na posiedzenie wspólne Sekcyi chirurgicznej z Sekcyą chorób nerwowych). (61)
2) Porównaj XI. 1. (45)

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 lutego.

* Na posiedzeniu nadzwyczajnem Towarzystwa lekar. krak., odbytem w d. 31 z. m., po odczycie kol. prof. Bujwida: »O epikryzie śmierci śp. Dr. N. Kostaneckiego, nastąpił szereg przemówień, które, wraz z odczytem kol. prof. Bujwida, jako wyjaśniające doniosłą sprawę bieżącą, a jednocześnie rzucające światło na kilka zagadnień zasadniczych, z odczytem kol. prof. Bujwida w związku będących, podajemy na innem miejscu, nie odkładając do sprawozdania z kolei, które w rubryce protokołów dopiero za parę tygodni okazać by się mogło.

Po wysłuchaniu tych przemówień Towarzystwo lek. krak. jednomyślnie przyjęło zasadniczą myśl wniosków kol. dra H. Hirscha, które w stylistycznem opracowaniu Komitetu Towarzystwa lekar. brzmią jak następuje: 1) Stanowisko profesora Uniwersytetu odnośnie do badań i doświadczeń naukowych było, jest i pozostać musi dla dobra i rozwoju nauki, a tem samem dla dobra społeczeństwa, samodzielnem i niezależnem. Stąd uważane być winny artykuły wspomnianych dzienników, przedstawiające doświadczenia kol. prof. Bujwida nad dżumą jako niepotrzebne, niebezpieczne. a nawet barbarzyńskie, za bezkrytyczne, bezcelowe, siejące niepotrzebnie popłoch wśród publiczności i wreszcie dające tejże publiczności sposobność do komentarzy, uwłaczających zupełnie niesłusznie powadze poszczególnych katedr naukowych, a tem samem naszemu Uniwersytetowi. — 2) Towarzystwo lekarskie wyraża przekonanie, że doświadczenia nad dżumą w ogólności, a dążność do otrzymania szczepionek i surowicy przeciwdżumowej w szczególności, są potrzebne, a nawet konieczne, wobec łatwej możliwości przedostania się tej strasznej choroby do kraju. — 3) Towarzystwo lekarskie wyraża uznanie i podziękowanie koledze prof. Bujwidowi za to, że nie chcąc wobec groźnego niebezpieczeństwa pozostawić społeczeństwa bezradnem i bez środków, podjął się z własnej inicyatywy z narażeniem swego życia doświadczeń dżumowych, zmierzających do tego, by w przyszłości zaopatrzyć społeczeństwo w środki potrzebne do zwalczania tego strasznego wroga, który jeżeli gdzie, to z pewnością u nas w kraju zrobiłby wielkie spustoszenie. — 4) Wreszcie uchwaliło Towarzystwo następujący wniosek kol. prof. Nowaka: Wobec możliwości dostania się dżumy do nas, Towarzystwo lekarskie postanowiło wybrać komisyę, którąby przedstawiła memoryał, określający kierunek, w jakim winny być porobione środki zaradcze dla zapobieżenia, a w razie potrzeby dla przygotowania środków obronnych przeciw tej zarazie w kraju.

* D. wczorajszego odbyło Towarz. lekar. krak. posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu spraw administracyjnych, miał wykład kol. prof. Browicz: „O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych włoskowatych.

* Na dwóch ostatnich posiedzeniach Tow. lekar. krak. wybrani zostali członkami czynnymi następujący koledzy: Doboszyński L., Dobrowolski S., Jaugustyn S., Miszewski S., Wąsowicz Z. i Wernikowski W.

* W jednej ze sal szpitala św. Ducha w Warszawie wmurowano popiersie bronzowe prof. J. Kosińskiego.

* Nagrodę 900 Mk. na międzynarodowym konkursie Unny w Hamburgu otrzymał za pracę »O elacynie« Dr. Franciszek Krzyształowicz, krakowianin, do niedawna sekundaryusz prof. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza, a obecnie bawiący w Paryżu.

— W. P. Dr. Julianowi Łuckiemu z Oświęcima składam serdeczne podziękowanie za ofiarowane Bibliotece Towarz. lek. krak. 4 skrzynie różnych pism lekarskich.

Dr. L. K. Gliński
Bibliotekarz Towarzystwa lekar. krak.

(*Z. D.*). Po śp. Dr. Wasylewskim, lekarzu powiatowym w Rohatynie, zostało bardzo wiele narzędzi chirurgicznych, położniczo-ginekologicznych i dentystycznych, wszystkie prawie nowe, świeżo odniklowane. Pozostała wdowa radaby te narzędzia sprzedać, choćby ze znacznym opustem. Pragnący skorzystać z tej okazyi powinien się zgłosić do wdowy, Pani Wandy Wasylewskiej, w Rohatynie.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniwer. Jagiell. otrzymał Samuel Hopfen.

* Dyrekcya berlińskiego szpitala »Charité« uchwaliła urządzić w końcu lutego i przez cały marzec bezpłatne odczyty dla lekarzy Kas chorych o wartości i metodach wczesnego rozpoznawania i leczenia gruźlicy. W kursach tych oświadczyli gotowość wzięcia udziału: Leyden, Gerhardt, Senator, Fränkel i b. wielu innych.

* Z inicyatywy międzynarodowej Rady sanitarnej w Aleksandryi postanowił zarząd kwarantanowy ustanowić 5 posad dla lekarzy, którzy mają być czynni od kwietnia do września, tj. podczas wędrówki pielgrzymów, w kwarantanowej miejscowości Tor. Wiadomość ta została jednak zapóźno przez dzienniki podana, gdyż termin zgłaszania się upłynął w d. ostatnim m. stycznia.

* Doroczny Zjazd niemieckich psychiatrów zbierze się we Frankfurcie n. M. d. 20 i 21 kwietnia b. r.

* Izba lekarska w Voralbergu, poparta przez kilka innych, wysłała umotywowane podanie do ministra spraw wewnętrznych, w celu uzyskania autentycznego objaśnienia zakresu działania Izby i kompetencyi sądów honorowych. Podanie to leżało półtora roku bez odpowiedzi, aż wreszcie, na kilkakrotnie powtórzone dopominanie się Izby Voralbergskiej odpowiedziało ministerstwo, że ponieważ podanie jest właściwie rekursem, a w tym względzie Izbie prawo to nie przysługuje, więc jako niedozwolone, zostało zwrócone.

„Wiener med. Presse«, z której tę wiadomość czerpiemy, czyni od siebie uwagę, że ponieważ zdanie o tym wyroku ministeryalnym jest „wolne od cła«, więc mogą sobie Izby austryackie nabrać należytego przekonania, w jakiej mierze mogą i powinny one liczyć na opiekę i poparcie rządu.

* Wskutek wojny z Boerami rząd angielski zakazał wywozu kwasu karbolowego z granic Anglii. Ponieważ przetworu tego wiele spotrzebowuje się dla wyrobu ciał wybuchowych, więc zagrożeni w swym bycie właściciele fabryk udali się do rządu z prośbą o odwołanie zakazu.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. Goldscheider z Berlina mianowany został prof. zwyczaj. medycyny wewn. w Gryfii. Dr. Luschau mian. prof. nadzwycz. antropologii w Berlinie. Doc. Nikolski mian. prof. nadzw. chorób skórnych i wenerycznych w Warszawie.

Nekrologia. Prof. patol. anatomii, Dr. Brunetti, zmarł w Padwie. Prof. ogólnej patologii, Dr. Valenti, zmarł w Rzymie. Prof. ginekologii, Dr. Mason, zmarł w Dublinie. Prof. ogólnej i doświadczalnej patologii, Dr. Filip Knoll, zmarł w Wiedniu, w 59 r. życia. Dr. Walery Dobrucki zmarł w Szarogrodzie, w 67 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Postępie okulistycznym* Nr. 1: Strzemińskiego I.: Przypadek nosacizny pierwotnej na spojówce powiekowej. Prof. Wicherkiewicza: O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci. W *Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego* Zeszyt IV: Neugebauera F.: Rzadkie spostrzeżenie torbieli macicznej, usuniętej na drodze amputacyi macicy przy pomocy cięcia brzusznego. Neugebauera F.: Czy całość worka owodnej jest niezbędną dla dalszego rozwoju płodu po pęknięciu kosmówki i ściany legowiska płodu lub nie? Dra Kohlbergera: O zasadniczych, tj. typowych postaciach chorób umysłowych, pojedyńczych, złożonych i powikłanych (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Nr. 2: Dra Miklaszewskiego W.: O nierówności zmiennej źrenic (dok.). Brunnera J.: Srebro rozpuszczalne i jego wartość lecznicza. W *Zdrowiu* Nr. 172: Dra Podolskiego K.: Szkoły ludowe. Dra Pełczyńskiego: Przyczynek do higieny szkół ludowych. Dra Sawickiego A.: Kąpiele dla robotników fabrycznych w cukrowni »Leonów". W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 1: Essigmana: O koronach złotych jednolitych. Doc. Dra Łepkowskiego: Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 2: Steinhausa J.: Nowotwory, ich przyczyny i klasyfikacya w świetle poglądów współczesnych. Strzemińskiego J.: Epidemia duru wysypkowego na Litwie w r. 1812—1813. Dra Stella-Sawickiego J.: Ś. p. Dr. Franciszek Hoszard. Dra Peszke: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem (c d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 5: Rzętkowskiego K.: O wpływie wyciągu mięsnego i ksantyny na wydzielanie kwasu moczowego. Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (c. d.). Dra Ciąglińskiego A.: Z patologii komórki nerwowej (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Landau Jan: Sarkom des Hodens bei einem Kinde. Metastase im Gehirn und Rückenmark (Odbitka z *klin.-therap. Wochenschrift*, Nr. 2, 1900).

— Doc. Dr. Barącz R.: O całkowitem wykluczeniu jelita (Odbitka z *Przegl. lekar.* Nr. 49 - 52, 1897).

— Tenże: Przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka (Odbitka z *Gaz. lek.*, 1899).

— Tenże: W sprawie etyologii niedrożności jelit po resekcyi i całkowitem wyłączeniu jelita grubego i *ileocoeci* (Odbitka z *Przeglądu chirurg.* T. III, Z. IV, 1897).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 13, 1897).

— Tenże: Przypadek rany kłótej klatki piersiowej w okolicy serca; wypadnięcie płuca, wybroczyna piersiowa, odma osierdzia, wyleczenie (Odbitka z *Przegl. lekar.* Nr. 46, 1899).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka z *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47, 1899).

— Tenże: Przyczynek doświadczalny do sprawy całkowitego wykluczenia jelita z całkowitem zamknięciem wykluczonej pętli, zarazem przyczynek do osiowego łączenia jelita (Odbitka z *Pamiętnika Towarz. lekar. warszawskiego*, 1899).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka z *Archiv f. klin. Chirurgie*, 58 Bd., Heft 1).

— Tenże: Przyczynek do techniki antroattikotomii (Odbitka z *Przegl. lekar.* Nr. 2, 1900).

— Tenże: Zwei Gastroenterostomien mittels Kohlrübenplatten (Odbitka z *Centr. f. Chirurgie* Nr. 51, 1899).

— W sprawie sanatoryów ludowych. Wydanie zbiorowe staraniem Dra S. Sterlinga Łódź, 1900.

— Dr. Nartowski M.: Choroba Thomsena, dilatatio ventriculi cum gastritide acida wyleczenie. Kraków, 1900.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 17 Lutego 1900. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Szpit. św. Łazarza pod kierunkiem Prym. Radcy Dra Krokiewicza.

O aspirynie.

Podał

Dr. Seweryn Piotrowski.

Kwas salicylowy i jego połączenie z sodem, jako salicylan sodowy, należą bezsprzecznie do najdzielniejszych środków przeciwgośćcowych. Doświadczenie jednak kliniczne poucza, iż o ile lecznicze te przetwory działają korzystnie na sprawę gośćcową, to znów z drugiej strony powodują częstokroć zaburzenia narządów, a zwłaszcza przewodu pokarmowego, wywołując objawy podrażnienia, a nawet nieżytu błony śluzowej żołądka i kiszek. To też starano się zastąpić kwas salicylowy i salicylan sodowy innymi przetworami leczniczymi i w tym celu zwrócono uwagę na salipirynę, połączenie kwasu salicylowego z antypiryną tudzież *salophen*, które to środki pod względem swoistego działania na sprawę gośćcową o wiele niższą posiadają wartość, ale nie działają tak drażniąco na błony śluzowe przewodu pokarmowego.

W ciągu ubiegłego roku fabryka farb Fryderyka Bayera i Spółki w Elberfeldzie przekazała do doświadczeń klinicznych nowy środek leczniczy, przeciwgośćcowy, mający okazywać działanie zastępcze dla połączeń kw. salicylowego, tak zwaną „aspirynę“, to jest acetyl kwasu salicylowego, w postaci proszku białego, krystalicznego, o punkcie topliwości 135^0, rozpuszczającego się w wodzie przy 37^0 w ilości 1%. Ponieważ aspiryna nie rozpuszcza się w rozcieńczonych kwasach, lecz w alkaliach, przeto w żołądku zachowuje się zupełnie obojętnie i rozpada się dopiero na działające czynniki pod wpływem rozcieńczonych alkaliów, a więc w jelitach, krwi, limfie, uwalniając chorego tem samem od wszelkich przypadłości żołądkowych.

Szczupłe do tej pory piśmiennictwo co do stósowania aspiryny w celach leczniczych ogranicza się do sporadycznie w ciągu roku zeszłego pojawiających się sprawozdań leczniczych w czasopismach lekarskich. Najwięcej stosunkowo przypadków spostrzegał klinicznie Dr. Witfhauer (*Heilkunde*, 1899) i Dr. Wohlgemuth (*Therap. Monatschrift* 1899); również odpowiednie sprawozdania podawali: Dr. Lengyel (*Heilkunde*, 1899), Dr. Wolftberg (*Wochenschrift für Therap. u. Hyg. des Auges*, 1899), Dr. Schmeichler (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1899) i Dr. Ketly (*Heilkunde*, 1899). Wszyscy ci autorowie zgodnie przyznają w niektórych przypadkach gośćca stawowego nawet wyższość aspiryny nad kwasem salicylowym.

Wobec tego postanowiłem za radą Prymaryusza Radcy Dra Krokiewicza przedsięwziąć na oddziale chorób wewn. szpit. św. Łazarza szereg doświadczeń co do działania leczniczego aspiryny w przypadkach gośćca stawowego i mięśniowego. Do doświadczeń używałem aspiryny, dostarczonej nam uprzejmie za pośrednictwem p. A. Brestowskiego z fabryki farb Fryder. Bayera i Spółki w Elberfeldzie. Spostrzeżenia moje ograniczają się na ogólnej ilości 22 przypadków chorobowych gośćca i to na 16, spostrzeganych w szpitalu św. Łazarza, i 6-ciu, udzielonych mi uprzejmie z praktyki prywatnej Radcy Dra Krokiewicza; a mianowicie stósowano aspiryną w 18 przypadkach gośćca ostrego stawowego i w 3 przypadkach gośćca mięśni lędźwiowych (*lumbago*), w 1 przypadku w przebiegu rwy kulszowej (*ischias*) na tle gośćcowem. Działanie aspiryny w 20 przypadkach było korzystne, a w 2 przypadkach wątpliwe.

Pomiędzy przypadkami uleczonymi zasługują na uwagę:

1) S. W. l. 14. Rozp. klin. *Polyarthritis rheum. ac. Endocar. acut. mitr. rec. Pericarditis fibrinosa. Resid. exs. pl. d. Albumin.* Zajęte stawy łokciowe, kolanowe, biodrowe i skokowe i tak są bolesne, że ucisk kołdry wywołuje ból dotkliwy. Gorączka przy podawaniu 4 gramów dziennie salicylanu sodowego dochodziła do 39·8^0; ciągła bezsenność. Po 7 dniach, z powodu przypadów żołądkowych, odstawiono salicylan sodowy, a zastąpiono go salipiryną w ilości 4 grm. na dzień. Gdy jednak po 3 dniach stan chorego nie uległ zmianie, zastósowano aspirynę w ilości 2 grm. dziennie. Po pierwszych dwóch proszkach chory doznał znacznej ulgi, a po dwóch dniach gorączka spadła do 38·5^0, przyczem poranne obniżenia dochodziły do 37·5^0. Chory przez 3 tygodnie zażywał aspirynę w ilości 2 grm. dziennie, przyczem obrzęki stawów znacznie się zmniejszyły i bolesność ustąpiła. Po 3 tygodniach ograniczono dawkę aspiryny do 1-go grama dziennie, w celu obniżenia stanu podgorączkowego, pod wieczór występującego. Chory przez cały ten czas znosił doskonale aspirynę, miał dobre łaknienie z chwilą zmniejszenia się gorączki. Badany po następnych 4 tygodniach okazuje dobre odżywienie, brak zmian w stawach, brak prawie zupełnie szmerów nad koniuszkiem serca i brak tarcia osierdziowego. Ciepłota ciała prawidłowa; skarży się tylko na uczucie tępego bólu w stawach przed zmianą pogody. Oprócz aspiryny otrzymywał chory przetwory kofeiny, *strophantus*, tudzież maść jodową do wcierania w okolicę serca.

2) S. M. l. 19. Rozp. klin. *Polyarthr. gonorrhoica. Emph. pulm. Bronch. Asthma emphys.* W moczu białka 0·06‰. W pierwszych 3 tygodniach podawano salipirynę (4 proszki à 0·50 grm. dziennie), pod działaniem której stan nieco się poprawił. Stwierdzić jednak można jeszcze było wśród stanu podgorączkowego bolesność przy dotyku w stawach kolanowych i mięśniach całych kończyn, jak również słabe trzeszczenie w stawie łokciowym i nadgarstkowym. Zginanie kończyny w stawie kolanowym było niemożliwe. Wśród półtora-tygodniowego podawania aspiryny gorączka i bóle stopniowo się zmniejszały, by wreszcie zupełnie ustąpić. Łaknienie chorego przez cały czas leczenia było doskonałe, a napady dusznicy płucnej, na które chory od 4-go roku życia cierpiał, znacznie się zmniejszyły.

3) J. B. l. 35. Rozp. *Polyarthr. rheum. acut.* W moczu ślad białka. Ból i obrzęk w stawach: kolanowym, barkowym, łokciowym prawym,

w innych stawach tylko bolesność. Po 2 dniach podawania aspiryny ciepłota z 39° spadła do 37·6°, by przy dalszem leczeniu już się nie podwyższyć. Po 9-ciu dniach chorą uleczoną wypuszczono ze szpitala.

4) R. k. l. 18. Rozp. klin. *Polyarthritis acut. Endocar. mitr. rec.* W moczu ślad białka. Ciepłota ciała w pierwszych dwóch dniach 40/38·6, 38/37·5, w następnych niepodwyższona. W 4 dni bóle w zajętych stawach i obrzęk zupełnie ustąpiły. Tętno regularne w granicach od 72—92. Szmery w sercu utrzymują się. Chory zażywał tylko aspirynę od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.

5) A. D. l. 22. Rozpozn. *Polyarthr. acut. Endocar. mitr. rec.* W moczu ślad białka. Ciepłota w pierwszych dniach 39·2/38·5, 38·7/38·6, 38/38·2, 36·6/39·3, 38/37, w następnych prawidłowa. Bóle w niespełna półtora tygodnia ustąpiły, w cztery dni potem ponowiły się, ale o nieznacznem nasileniu, w następnych występowały tylko napadowo. Szmer nad koniuszkiem utrzymywał się. Tętno w granicach 100 do 120, regularne, dobrze napięte. Choremu podawano tylko aspirynę.

6) M. S. l. 25. Rozpozn. *Polyarthr. subacuta. Endocar mitr.* Mocz prawidłowy. Ciepłota niepodwyższona. Bóle w stawie kolanowym i biodrowym lewym, ból mięśniowy całej kończyny lewej. Obrzęki stawów nieznaczne. Szmery nad koniuszkiem serca. W 6 dni po podaniu aspiryny chora narzeka już tylko na nieznaczny ból w stawie kolanowym lewym, który po 2 dniach następnych zupełnie ustąpił.

7) M. B. l. 26. Rozpozn. *Polyarthr. rheum. subac. Anaemia gravis.* Mocz prawidłowy. Ciepłota w pierwszym dniu 37·8/36·4, w następnych stan bezgorączkowy. Zajęte stawy łokciowe i barkowe. Szum w uszach z powodu zwapnienia błony bębenkowej, stwierdzonego na oddziale chorób usznych. W przeciągu niespełna dwóch tygodni bóle zniknęły zupełnie, przy stósowaniu tylko aspiryny.

8) M. M. l. 24. Rozp. *Endocar. aortica et mitralis. Hypertr. cordis. Rheumat. chron. art. et muscul. T. hepat. ac lienis.* Bóle w stawach i podżebrzach. Stan bezgorączkowy. Białka w moczu 0·02‰. Po 2 dniach bóle się zmniejszyły, a po 5-ciu ustąpiły, po użyciu aspiryny.

9) T. P. l. 33. Rozp. *Polyarthritis rheum.* Mocz prawidłowy. Stan bezgorączkowy. Po 8 dniach bóle i obrzęk w zajętych stawach prawie ustąpiły, ruchy swobodne. Tętno w granicach od 72 do 88, regularne. Stósowano tylko aspirynę.

10) J. K. l. 53. Rozp. *Ischias dex.* Mocz prawidłowy. Stan bezgorączkowy. Pierwsze dwa tygodnie przy podawaniu fenacetyny, antypiryny, jodku potasowego, kąpielach, wcierkach szaruchy etc. bóle trwały z jednakiem prawie nasileniem. Wobec aspiryny po 6-ciu dniach bóle stały się nieznaczne; ograniczały się tylko do stawu biodrowego, a chory na własne żądanie szpital opuścił.

11) H. L. l. 17. Rozp. *Lumbago.* Mocz prawidłowy. Ciepłota 37·3/37·3. Chora po 2 dniach bólów nie doznając, zupełnie opuściła szpital i t. d.

Przypadki, w których działanie lecznicze aspiryny było niekorzystne, przedstawiają się pokrótce następująco:

1) K. M. l. 26. Rozp. *Polyarthrit. ac., pericarditis sicca. Bronchopneum. tbc. Neuritis ischiad. bilat. Albumin.* W moczu ślad białka wyraźny. Stawy kolanowe obrzękłe, ciepłota ciała w granicach od 37·6 do 38·9; w pierwszych 2 dniach po aspirynie bóle się zmniejszyły, a obrzęki zapalne stawów po 4 dniach podawania aspiryny ustąpiły. W następnych dniach jednak bóle się wzmogły i okazywały większe nasilenie niż na początku, pomimo dalszego podawania aspiryny, przyczem na obniżenie ich nie wpływały jednak i inne leki przeciwgośccowe, jak salicylan sodowy, salipiryna, fenacet. z antypiryną. Chory po 4 tygodniach zmarł wskutek rozwiniętej ostrej sprawy gruźliczej, a oględziny pośmiertne nie wykazały zmian znaczniejszych zapalnych w stawach.

2) S. B. l. 30., strażnik skarbowy. Rozp. *Polyarthr. subac. rheum.* Mocz prawidłowy. Ciepłota nieco podwyższona. W 2 dni po aspirynie (2·00 dziennie) bóle większe, obrzęki natomiast zmniejszyły się. W 5 dni i bóle trochę się zmniejszyły. Podano 6 proszków aspiryny dziennie, po 0·50 na dawkę, które jednak wkrótce odstawiono z powodu silnego rozwolnienia i zastąpiono salipiryną. Bóle jednak trwały i przy tej ostatniej, a ustąpiły dopiero zupełnie po kilkudniowem podawaniu antypiryny z fenacetyną.

Z tych kilkunastu przytoczonych spostrzeżeń klinicznych wynika, iż aspiryna w przeważnej liczbie przypadków działa bardzo korzystnie na przebieg gośćca stawowego i mięśniowego ostrego, usuwając rychło objawy zapalne, zwłaszcza gorączkę i ból. Przy podawaniu aspiryny w ilości 4 proszków dziennie po 0·50 grama na dawkę w odstępach trzechgodzinnych, nie można było nigdy zauważyć jakichkolwiek objawów ubocznych ze strony narządu trawienia, krążenia lub układu nerwowego. Przypady bowiem uboczne wystąpiły tylko w jednym przypadku przy podaniu choremu 6 proszków aspiryny dziennie po 0·50 grm. na dawkę, a objawiły się wystąpieniem biegunki. Zresztą wszyscy chorzy cieszyli się dobrem łaknieniem. Czynność serca nigdy nie uległa zaburzeniu, w jednym nawet przypadku zapalenia ostrego śródsierdzia zastawki dwudzielnej i osierdzia, po 10 tygodniach zażywania aspiryny zauważyć można było ustąpienie tych zmian chorobowych. Nigdy w moczu nie stwierdzono białka, jako następstwa zadziałania aspiryny na nerki, przyczem nadmienić należy, iż już w 3 kwadranse po zużyciu aspiryny można było wykazać obecność kwasu salicylowego w moczu. Poty były nieznaczne i to przeważnie dopiero nad wieczorem.

Wogóle, na podstawie naszego doświadczenia klinicznego, dość nie rozległego, ale wystarczającego do wyrobienia sobie zdania o działaniu aspiryny, musimy ten lek uważać jako dzielny środek zastępczy dla przetworów kwasu salicylowego, a nawet poniekąd go przewyższający, ze względu na zupełny brak objawów ubocznych ze strony przewodu pokarmowego, przy stósowaniu dawek 2·00 gr. dziennie w postaci proszków [w płynie, podawany w wodzie ocukrzonej, może wywołać uczucie mdłości].

Za zachętę do niniejszej pracy i odstąpienie odnośnego materyału klinicznego uważam sobie za obowiązek złożyć swą podziękę Prymaryuszowi Radcy ces. Drowi Krokiewiczowi.

II. Przypadek odmy podskórnej w przebiegu porodu.

Podał

Dr Jan Walkowski

lekarz okręgowy w Krzeszowicach.

Rzadkość przypadków odmy podskórnej, powstałej w czasie i wskutek porodu, zdaje mi się usprawiedliwiać ogłoszenie następującego spostrzeżenia:

W listopadzie r. 1899 zawezwano mnie do Radwanowic, w celu udzielenia pomocy osobie rodzącej, — pierworódce. Przybywszy około godziny 1-ej w południe, zastałem kobietę lat około 30, wzrostu średniego o budowie wątłej. Ciepłota 36·7; tętno 100, reg. Bóle rozpoczęły się dnia poprzedniego, wieczorem o godz. 8-ej, wody dotąd nie odpłynęły.

Wymiary miednicy:

D. spinalis = $23^1/_2$
D. cristalis = 27
Conj. externa = 18
„ *diagonal.* = $10^1/_2$

Przy badaniu zewnętrznem można było nad wchodem dokładnie wyczuć główkę nie ustaloną, zbaczającą na talerz biodrowy lewy, przy dość znacznej ilości wód płodowych. — Ujście rozwarte na guldena srebrnego, pęcherz płodowy stojący, w ujściu żadnej części płodu wybadać nie można; natomiast grzbiet palca trąca o boczną część główki, zbaczającej na talerz biodrowy lewy. Rodzącą ułożyłem na boku

lewym, zakazałem gwałtownych ruchów i wstawania, w celu jak najdłuższego utrzymania pęcherza płodowego, a poleciwszy, aby mnie wezwano w razie odpłynięcia wód płodowych, powróciłem do domu. Dnia następnego o godz. 7 rano zawezwano mnie powtórnie. Przybywszy dowiedziałem się, że wody odeszły o godz. 2-ej w nocy, że bóle były początkowo silne, ale od jakich 2—3 godz. osłabły; natomiast rodząca bardzo silnie prze, bez najmniejszego postępu porodu. Zarazem oświadczono mi z niepokojem, że na pół godziny przed mojem przybyciem utworzyła się na szyi rodzącej „gruzła“, która się szybko powiększa i sprawia jej nawet duszność. Zbliżyłem się do łóżka i istotnie ujrzałem na prawej stronie szyi obrzęk znaczny, który wypełniał zupełnie dołek podobojczykowy prawy, okolicę nadobojczykową prawą, przechodził ku stronie lewej niewyraźną granicą poza mostek, a ku górze sięgał do szczęki dolnej, (unosząc małżowinę uszną w górę) i przechodził przez krtań, na lewą stronę szyi. Obrzęk ten był barwy na szyi: szaro-sinawej, na piersiach miał zabarwienie skóry prawidłowej, wszędzie w nim wyczuć się dawało bardzo wyraźne trzeszczenie baniek powietrza.

Wargi rodzącej nieco siwawe (tętno dobre l. 96), wyraz twarzy zaniepokojony, policzki czerwone, spojówki przekrwione. Uspokoiwszy rodzącą, zająłem się znowu samym aktem porodowym, który, jak badanie wykazało, bardzo postąpił. Główka zstąpiła już nizko, szew strzałkowy jeszcze ukośnie, dość duże przedgłowie. Tętno płodu wyraźne, chwilami mocno przyśpiesza. Bóle rzadkie i słabe, mimo to rodząca gwałtownie prze. Poród zakończyłem przy pomocy kleszczy nizkich.

W podręcznikach położnictwa spotykałem się z pobieżną wzmianką, że wśród nieprawidłowości porodu zdarza się czasami odma podskórna na szyi i twarzy, nie mająca zresztą dla rodzącej większego znaczenia. Rozglądnięcie się w odnośnej kazuistyce i literaturze nie było trudne, bo właśnie w XLI zeszycie *Zeitschrft f. Geburts hilfe u. Gyn.* z r. 1899 zestawił lekarz holenderski Scheffelaar-Klots wszystkie podobne praypadki, jakie wynaleźć w literaturze zdołał, a znalazło się ich od roku 1813 zaledwie 40. Z przypadków tych nieda się właściwie nic wywnioskować co do przyczyn, wywołujących to ciekawe zjawisko. Jeden przypadek jest w swych szczegółach niepodobny do drugiego, a to chyba mają wspólnego, że dotyczą przeważnie osób zdrowych, dobrze zbudowanych i odżywionych, a nieokazujących zmian chorobowych w płucach. (W moim przypadku najdokładniejsze badanie płuc dało wynik ujemny). Powstanie więc odmy tłómaczyć nam chyba tylko i jedynie wypada uszkodzeniem pęcherzyków płucnych, pod wpływem wzmożonego parcia powietrza *(emphysema interstitiale pulmonum)*, przedostaniem się powietrza pomiędzy płuco a opłucnę jego i przesuwaniem się takowego poped opłucną, ponad oskrzelami do śródpiersia — w okolicę dołka nadmostkowego i t. d., nie szukając nieprawdopodobieństw, jak n. p. przedarcie opłucnej: płucnej i ściennej w miejscu patologicznego ich zrostu, a więc w miejscu sztucznie wzmocnionem i opornem (Atthill).

Jako powody, wywołujące opisane zjawisko, wymienia Scheff. Klots trzy okoliczności, a mianowicie: 1) duże rozmiary dziecka, 2) ścieśnienie miednicy i 3) porność części miękich (*ridigitas*).

W przypadku przezemnie spostrzeganym były bezwątpienia: oporność części miękich i mierne ścieśnienie miednicy. Nie ulega wątpliwości, że siła parcia zastósowaną jest do wielkości oporu, ale zdaje mi się jednak, że wymienione trzy warunki są nieco za szczegółowe. Silniejsze lub słabsze parcie jest rzeczą bardzo indywidualną. I tak są osoby, które mimo dobrych bólów, mimo bardzo już nizkiego ustawienia główki, wcale a wcale nie prą, albo prą tak niedołężnie i słabo, iż uczyć je trzeba i upominać ciągle, aby zamiast krzyczeć i rzucać się, tłocznią brzuszną trochę bólom porodowym pomogły. Inne znów rodzące, mimo braku bólów, prą nadzwyczaj silnie, gwałtownie, niemal bez przerwy tak, że znowu upominać i powstrzymywać je trzeba, aby niepotrzebne się nie męczyły. Chodzi tu poprostu o większą lub mniejszą pobudliwość, większą lub mniejszą cierpliwość w znoszeniu ucisku nizko stojącej główki. Ścieśnienie miednicy też n. p. nie daje nam samo przez się wytłómaczenia dla wzmożenia parcia tłoczni brzusznej, bo parcie właściwie wtedy dopiero występuje, gdy już przeszkody ze strony miednicy są pokonane. W obec tego chyba tylko ogólnie powiedzieć można, że przyczyną powstania odmy podskórnej jest nadzwyczaj silne parcie, bez względu na powody, które je wywołują; a i jakaś wrodzona mała elastyczność tkanek.

Przypadki przytoczone przez Scheff.-Klotsa zakończyły się bez wyjątku pomyślnie; u mojej położnicy już po upływie półtora tygodnia nie mogłem znaleźć ani śladu obrzęku w miejscach, pierwotnie nim zajętych. W każdym razie nagłe powstanie podobnego zjawiska może w pierwszej chwili zaniepokoić lekarza i otoczenie. Samo przez się się rozumie, że pierwszem i jedynem wskazaniem jest jak najszybsze ukończenie porodu, a zostawienie obrzęku tak podczas porodu, jak i nadal, jego własnym losom.

Nie wiem, czy dzisiaj zdecydowałby się kto na szerokie nacięcie obrzęku, jak to uczyniono w r. 1813 (Jules Cloquet).

III. Z c. k. Szkoły położnych i oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dr. A. Czyżewicza we Lwowie.

O ciąży i porodzie powikłanym guzami jajników i macicy

podał

Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galic. w d. 15 grudnia 1899).

(Dokończenie).

2. *O. M.* z Jamnicy w Galicyi, l. 40, żona nauczyciela. Nigdy nie rodziła; przed 13 laty poronila w drugim miesiącu ciąży. Prócz dość silnych upławów była zawsze zdrowa. Miesiączkowała zawsze regularnie; ostatnia miesiączka w m. maju r. b. Od dwóch miesięcy cierpi na silne bóle w brzuchu i równocześnie spostrzegła, że po stronie lewej brzucha, nad spojeniem łonowem, rozwija się guz twardy.

Dnia 22-go września stwierdzono, co następuje: Stan odżywienia dość dobry, skóra o skąpej podściółce tłuszczowej, błony śluzowe żywo zabarwione. W dolnej połowie brzucha znajduje się twardy guz, sięgający dwa palce poniżej pępka. O ile napięcie powłok brzusznych i bolesność dolnej okolicy brzucha dozwala, dają się odróżnić na tym guzie dwa mniejsze guzki, mianowicie jeden tuż nad spojeniem łonowem, a drugi na górnej lewej krawędzi dużego guza. Część pochwowa smukła, leżąca wysoko za spojeniem łonowem, przechodzi w cienką szyję, która gubi się w guzie twardym, wypełniającym nietylko całą jamę Douglasa, ale niemal całą miednicę małą i sięgającym ku górze do granic przedtem określonych. Twardość tego guza, jako też dwóch mniejszych, przedtem opisanych, może odpowiadać tylko mięśniakowłó-

kniakom, a ponieważ próba wysunięcia guza ku górze wykazuje zupełną jego nieruchomość, zachodzi obawa, czy mięśniakowłókniaki nie wychodzą z szyi macicy i nie rozwinęły się w tkance łącznej podotrzewnowo, tem bardziej, że tylne sklepienie pochwy jest bardzo silnie ku dołowi wyparte. Badanie wziernikiem nie wykazuje żadnej zmiany zabarwienia pochwy ani części pochwowej, skutkiem czego nie przypuszczano obecności ciąży, tem bardziej, że chora jest już w 40-tym roku życia. — Dolegliwości z powodu zaklinowania guza w miednicy małej i szybki wzrost zniewalały do rychłej operacyi.

Dnia 25-go września wykonano laparotomię. Przez cięcie prawie od pępka aż ponad spojenie łonowe udało się nie bez pewnej trudności wytoczyć guz wielkości dwóch dużych pięści, który rozwinął się w tylnej ścianie macicy i zaklinowany leżał w małej miednicy. Od tyłu jest na nim podsurowiczo usadowiony guzek wielkości kurzego jaja, opatrzony cienką szypułą. Od przodu leży znacznie powiększona macica, w jej lewym rogu jest guz wielkości małego jabłka, a w przedniej ścianie szyi macicy guz wielkości małej pomarańczy. Typowa amputacya macicy według metody zaotrzewnowej Olshausena. Wśród amputacyi wysunął się z macicy mały płód męski, odpowiadający początkowi czwartego miesiąca ciąży. Znacznie wydłużony wyrostek robaczkowy został wycięty. Założono szew warstwowy powłok brzusznych.

Przebieg po operacyi prawidłowy. Dnia 5/10 wyjęto szwy, rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost; 12/10 chora wstaje, 14/10 uleczona opuszcza zakład.

Nie chcę przeczyć, że w pierwszym przypadku narażałem może torbiel na pęknięcie, gdyby wydobycie główki przez tak zwężoną pochwę sprawiało trudności. Ponieważ jednak udało mi się szczęśliwie ocenić wielkość płodu w stosunku do zwężonej średnicy pochwy, więc mogę nazwać sposób, w jaki poród ukończyłem, najszczęśliwszym. Przypuszczając z góry, że treść torbiela może być ropną, tem mniej myślałem o nakłóciu przez pochwę, gdyż jestem wogóle stanowczym jej przeciwnikiem. Nikt nie zaprzeczy, że otworzywszy podczas porodu torbiel do pochwy, byłbym wywołał z pewnością zakażenie ropne części rodnych. Położenie utrudniała i ta okoliczność, że cięcie cesarskie nie wchodziło całkiem w rachubę, z powodu niezdolności do życia płodu zaledwie siedmiomiesięcznego. Przeciwnikowi nakłócia nie pozostawało zatem w danych warunkach nic innego do zrobienia, jak myśleć o ukończeniu porodu drogą naturalną, zapomocą obrotu na nóżkę; a gdyby wydobycie płodu sprawiało trudności, wykonać wymóżdżenie, względnie i wypaproszenie.

W drugim przypadku była ciąża całkiem nierozpoznana. Wobec tego, że była to dopiero trzymiesięczna ciąża, nie może mnie spotkać żaden zarzut, gdyż mięśniakowłókniaki, wychodzące z tylnej ściany macicy, były większe niż dwie pięści i tak silnie w jamie Douglasa zaklinowane, że nie dozwalały dokładnie oznaczyć granic guza, tem bardziej, że od przodu w szyi macicy był usadowiony odrębny guz wielkości pomarańczy, wobec którego trzon miękiej macicy był tylko bardzo podrzędną częścią całego guza. Ciąża zatem nie wchodziła wcale w rachubę w tym przypadku. A jednak mogę twierdzić, że wskazanie do rychłej radykalnej operacyi nie uległoby było żadnej zmianie, gdyby ciąża była rozpoznaną przed operacyą, ponieważ mięśniakowłókniaki macicy zaklinowane w miednicy małej wywoływały bardzo znaczne dolegliwości, a niebawem musiałyby były sprowadzić niebezpieczne następstwa uwięznięcia. Olshausen (l. c.), który się zajmuje najobszerniej wpływem mięśniakowłókniaków na ciążę podnosi, że właśnie mięśniakowłókniaki macicy śródmiąższowe i podsurowicze, wychodzące z tylnej ściany macicy, przeginają ją ku tyłowi i w ten sposób przygotowują uwięznięcie macicy. Wskazanie zatem do rychłej i radykalnej operacyi mięśniakowłókniaków macicy było w naszym przypadku bezwzględne, a co się tyczy sposobu operowania nie miałem wątpliwości, że amputacya, względnie całkowite wycięcie macicy zapomocą laparotomii, przedstawia najracyonalniejszy i najmniej niebezpieczny sposób operowania.

Przytaczając tedy te dwa nietylko szczęśliwie, ale, jak mi się zdaje, także racyonalnie i odpowiednio do danych warunków operowane przypadki i powołując się na moje dawniejsze doświadczenie, przychodzę do następujących zasad, jako myśli przewodnich dla naszego postępowania przy guzach jajnika i macicy, wikłających ciążę i poród:

Podczas ciąży:

1. Przy torbielach jajnika wskazaną jest bezzwłoczna laparotomia, tak, jakgdyby chora nie była w ciąży.

2. Przy mięśniakowłókniakach macicy czekamy zawsze do końca ciąży, chyba że występują groźne objawy, zniewalające do rychłej operacyi.

Podczas porodu.

1. Przedsięwzięcie jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego powinna poprzedzać próba ostrożnego odprowadzenia uwięźniętego guza z miednicy małej ponad jej wchód w ułożeniu kolankowołokciowem rodzącej.

2. Przy torbielach jajnika zaklinowanych w miednicy małej, gdzie z góry możemy wykluczyć możność wydobycia płodu drogą naturalną, wskazaną jest zawsze laparotomia. Jeżeli torbiel jest łatwo dostępny, wycinamy go, zeszywamy powłoki brzuszne i możemy zostawić ukończenie porodu siłom natury. Jeżeli torbiel nie jest dostępny bez poprzedniego wypróżnienia macicy, wykonujemy przed owariotomią cięcie cesarskie zachowawcze.

Jeżeli torbiel zawiera ropę i z powodu zrostów lub wielkich rozmiarów nie daje się w całości wyjąć, najlepiej zaniechać jego wycięcia i zadowolnić się ukończeniem porodu zapomocą cięcia cesarkiego zachowawczego, a odłożyć otwarcie torbiela przez pochwę do późniejszego czasu po porodzie, gdy niebezpieczeństwo zakażenia części rodnych jest już o wiele mniejsze. Pod tym względem muszę być innego zdania niż Fritsch (6), który radzi otworzyć torbiel, bez względu na treść, przez pochwę podczas porodu i przyszyć ścianę torbiela do ściany pochwy.

3. Przy mięśniakowłókniakach macicy, zaklinowanych w miednicy małej, a nie nadających się do wyłuszczenia przez pochwę, gdzie możność wydobycia płodu drogą naturalną wręcz jest wykluczoną, wykonujemy cięcie cesarskie i amputacyę macicy, jeżeli kikut da się utworzyć, lub całkowite wycięcie macicy, jeżeli mięśniakowłókniaki są usadowione nizko w szyi macicy.

Podobnie zatem, jak prawie wszędzie, powinniśmy i tutaj indywidualizować, tj. obieramy tę drogę, która w danym przypadku wydaje nam się dla matki najmniej niebezpieczną, a zarazem uwzględnia utrzymanie życia płodu, a więc dozwala ukończyć poród szczęśliwie dla matki i płodu i równocześnie, gdzie to możliwe i gdzie tego potrzeba, wykonać radykalną operacyę guza.

Z zasad tych wyłuszczonych bliżej dla torbielów jajnika i mięśniakowłókniaków macicy, nietrudno wyciągnąć od-

powiednie wnioski, jak należy postępować, jeżeli mamy do czynienia z jakimkolwiek innym guzem, wikłającym ciążę lub poród.

Piśmiennictwo.

1 Brünings. *Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie. Bd. VII Hft 5.* 2. Olshausen. *Handbuch der Gynaekologie von J. Veit 2 Bd.* 3. Fritsch. *Bericht über die gynaekologischen Operationen 1891/92.* 4. R. v. Braun Fernwald. *Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie Bd. IX. Hft. 4.* 5. Pfannenstiel. *Handbuch der Gynaekologie von J. Veit. 3 Bd. 1 Hft.* 6. Fritsch. *Klinik der geburtshilflichen Operationen IV Auflage.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Leser. **Operations-Vademecum für den praktischen Arzt.** Ze 144 rycinami. Berlin 1900. Nakładem S. Kargera.

Niewielka książka o 190 stronnicach druku ma na względzie, jak mówi autor w przedmowie, potrzeby lekarzy praktyków w małych miastach i po wsiach, którzy często mają do czynienia z przypadkami chirugicznymi, rzadko zaś mogą uciekać się do pomocy specyalistów chirurgów. Treściwie i jasno opisuje autor sposoby wykonania kilkudziesięciu zabiegów operacyjnych, ilustrując opis licznemi rycinami, bardzo odpowiednio wybranemi z różnych dzieł i podręczników chirurgicznych, co nadwyczajnie ułatwia zrozumienie samego zabiegu i najszybciej uprzytamnia w umyśle czytającego szczegóły postępowania. Operacye przedstawione są w porządku topograficznym, a więc: 1. operacye na czaszce i twarzy; 2. operacye na szyi i klatce piersiowej; 3. operacye na brzuchu i przewodzie pokarmowym: 4. operacye na narządzie moczowym i płciowym; 5. operacye na kończynach. Tę część szczegółową, stanowiącą właściwą treść książki, poprzedza krótka część ogólna, w której omawia autor niektóre działy chirurgii ogólnej, a mianowicie szczegóły, dotyczące znieczulania ogólnego i miejscowego, dalej zasady leczenia ran czystych i zakażonych, wreszcie złamań kości.

Zarówno obie części cechuje nadzwyczajna treściwość wykładu, nie przeszkadzająca bynajmniej jego jasności, w czem przebija się duże doświadczenie kliniczne i umysł praktyczny autora. Podnieść należy z uznaniem dążność autora do rozpowszechnienia znieczulania miejscowego metodą infiltracyjną, zapomocą której można wykonywać „ogromną większość zabiegów operacyjnych, jakie zmuszony jest przedsiębrać lekarz praktyczny, pozbawiony licznej i dobrze wyszkolonej pomocy“. Zarówno słusznem bardzo jest zdanie autora co do przestrzegania zasad postępowania bezgnilnego, mianowicie, że nawet w niepomyślnych warunkach zewnętrznych lekarz, trzymający się ściśle i dokładnie tych zasad, może być prawie pewien dodatniego wyniku swej działalności, i że wynik pod tym względem ujemny daleko częściej należy kłaść na karb niedokładności owego postępowania, aniżeli tych niepomyślnych warunków zewnętrznych.

Zarzut tylko zrobiłbym autorowi co do wyboru operacyj przedstawionych w książce, których szereg należałoby powiększyć nieco w podręczniku. Dotyczy to operacyj, wykonywanych ze wskazań nagłych, które lekarz praktyczny na prowincyi wykonywać umieć powinien i często wykonywać musi. Tak naprzykład w dziale 1-szym operacyj na czaszce dodałbym należało trepanacyę wyrostka sutkowego; w dziale 2-gim brak opisu postępowania w przypadkach ciał obcych w przełyku; w dziale 3-im dodałbym operacyę cięcia nadłonowego pęcherza moczowego, tak potrzebną chociażby w przypadkach silnych krwotoków pęcherzowych, wreszcie w rozdziale o operacyach na kończynach przydałby się opis postępowania operacyjnego w wrzodach podudzia i podwiązania żyły podskórnej odgoleniowej (*v. saphena major*). Natomiast skróciłby można rozdział o resekcyach stawów, z czem rzadziej daleko lekarz miewa do czynienia.

Zarzuty te czynię w myśl życzenia, wyrażonego w przedmowie przez autora, który pragnie wyrażone zdania i zaznaczone wady uwzględnić w przyszłych wydaniach. Nie osłabiają one zresztą dodatniego wrażenia z całości książki, mającej niezaprzeczoną wartość, jako jeden z najlepiej ułożonych krótkich podręczników niemieckich chirurgii operacyjnej. Doc. *Kryński.*

V. Wyciągi.

M. H. Vallée. **Badania nad własnością żółci zobojętniania jadu wścieklizny.** (*Annales de l'Institut Pasteur* r. 1899, Nr. 6, str. 506). Z pośród prac wielu badaczy nad wykryciem w sokach lub tkankach ustroju antytoksyny przeciw wściekliźnie zwraca autor uwagę na pracę Franziusa; „Żółć zwierząt wściekłych, jako antytoksyna przeciw wściekliźnie“. (*Centralblatt für Bakteriologie*, t. XXIII p. 782). Podług pracy tej żółć zwierząt, padłych na wściekliznę, ma posiadać przeciw niej własności antytoksyczne. W celu zbadania tych własności V. przedsięwziął szereg doświadczeń na 60 królikach. W doświadczeniach tych używał żółci króliczej jałowej, uważając za taką tę, z której wysiewy na zwykłych pożywkach nie dawały hodowli w przeciągu 24 godzin. Wyniki otrzymał następujące: 1) Króliki, którym przed zaszczepieniem do przedniej komórki oka lub na oponę twardą jadu wścieklizny (świeża zawiesina mózgu królika padłego na wściekliznę) podawano przez kilka dni podskórnie żółć królików, padłych na wściekliznę, w ilości 1—4 ctm³, jakoteż te króliki, którym ją podawano w większej ilości równocześnie z zaszczepieniem jadu, również i te, którym ją podawano i po zaszczepieniu jadu, padły na wściekliznę z wyjątkiem jednego wszystkie, tak samo, jak króliki, którym dla kontroli żółci nie podawano. Zatem żółć zwierząt padłych na wściekliznę, odnośnie do zakażenia tym jadem, zapobiegawczo, jak antytoksyna, nie działa. 2) Mieszanka równych objętości zawiesiny mózgu królika wściekłego z żółcią zarówno królików wściekłych, jak zdrowych, wstrzyknięta pod oponę twardą lub do przedniej komórki oka, wywoływała wściekliznę, jeżeli wstrzyknięcie to miało miejsce bezpośrednio po sporządzeniu mieszanki; już jednak po kilkunastu minutach od sporządzenia mięszanka była zobojętnioną i wścieklizny nie wywoływała. 3) Ogrzewanie żółci królików wściekłych przez 10 minut przy 110° C. nie niszczyło jej własności zobojętniania jadu wścieklizny, coby zapewne miało miejsce, gdyby żółć zawierała w sobie antytoksynę. 4) Wszystkie króliki, które przeżyły wstrzyknięcie mięszanki, nie stały się przez to odpornymi na działanie czystego jadu wścieklizny, gdyż zaszczepione nim padły bez wyjątku na wściekliznę.

Na podstawie powyższych wyników V. wyprowadza następujące wnioski: żółć królików padłych na wściekliznę nie zawiera antytoksyny wścieklizny, natomiast jest ona zarówno, jak żółć królików zdrowych, nadzwyczaj silnym antyseptykiem na wściekliznę. *Dr. S. K. Miszewski.*

Prof. Wysokowicz i prof. Czystowicz. **Charakter epidemii w Kołobówce.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina Nr. 3. 1900).* W lipcu r. 1899 we wsi Kołobówce (gub. Astrachańskiej) wybuchła nagminnie jakaś choroba zakaźna, która w ciągu 3 tygodni zabrała 23 ofiary z pośród 24 osób, które uległy zakażeniu. Wszystkie te przypadki miały mniej więcej jednakowy przebieg, a mianowicie cechowały się: podwyższeniem ciepłoty do 40° i wyżej, bólami głowy i w klatce piersiowej, często kaszlem z plwociną krwawą, wreszcie, w początkach choroby, często bywały prócz tego wymioty. W przypadkach dokładniej badanych spostrzegano: obłożenie języka, trzeszczenie, suche i wilgotne rzężenia bez objawów przytłumienia (w przypadkach kaszlu z krwawą

plwocina); w niektórych przypadkach występowały wynaczynionki w skórze, oraz obrzęk gruczołów chłonnych; przytomność bywała utrzymana przez cały czas choroby, przyczem niejednokrotnie zwracało uwagę lekarzy, iż chorzy jeszcze na krótki czas przed śmiercią (na 2—3 godziny) nie musieli leżeć w łóżku i umierali szybko bez dłuższego konania. Tożsamość, a przynajmniej wielkie podobieństwo objawów we wszystkich wyżej wymienionych przypadkach, nagły początek choroby, przebieg kliniczny, wreszcie wielka zaraźliwość (zakażeniu ulegali wyłącznie ludzie, którzy mieli styczność z chorymi), wzbudzały podejrzenie moru. W 5 z powyżej wymienionych przypadkach wykonano sekcye, w 2 z nich znaleziono zapalenie płuc, przypominające obraz zapalenia płuc morowego: płuco nieco zbitsze, powierzchnia przekroju szaro-czerwona bez ziarnistości, liczne zlewające się ze sobą drobne i większe nacieki galaretowate, krwawe; w 2 przypadkach znaleziono zapalenie opłucnej z wypociną surowiczo-krwawą, w 2 znaczne powiększenie gruczołów chłonnych; w jednym przypadku nie znaleziono ani zmian zapalnych w płucach, ani zapalenia opłucnej, ani też zmian w gruczołach chłonnych. Poza tem wszystkie przypadki przedstawiały obraz ostrej choroby zakaźnej. Na wezwanie przewodniczącego Komisyi do walki z dżumą przeprowadzili profesorowie Wysokowicz i Czystowicz ścisłe badania bakteryologiczne na dostarczonym im materyale, który składał się: 1) z gotowych preparatów drobnowidowych, 2) z hodowli; 3) z zachowanych kawałków narządów. Badanie drobnowidowe gotowych preparatów (z 4 przypadków) wykazało wszędzie (zarówno w plwocinie, we krwi, jak również w soku z śledziony, płuc i powiększonych gruczołów chłonnych) obecność prątków, kształtem i zabarwieniem odpowiadających zupełnie prątkom morowym (obok innych zwykle spotykanych w plwocinie drobnoustrojów). Nadesłane hodowle były otrzymane 1) z płuca jednej osoby zmarłej; 2) z wątroby myszy, którą padła po zaszczepieniu jej hodowlą z śledziony tejże zmarłej; 3) z śledziony innej zmarłej. Hodowle te były przeszczepione na 2 tygodnie przed nadesłaniem ich autorom; 1-szą i 2-gą hodowlę zaszczepiono każdą 2 myszom i jednej śwince morskiej, 3-ą jednej myszy; prócz tego każdą z tych hodowli zaszczepiono po jednym gołębiu. Przed upływem 2 dni padła jedna z myszy, zaszczepionych hodowlą Nr. 2, u której znaleziono w miejscu zaszczepienia pod skórą na rozległej przestrzeni wypocinę surowiczo-krwawą, a w dolnej części brzucha zbitszy, brudnoszary naciek, obrzęk ostry śledziony, niedodęte miejsca w płucach; badanie krwi, śledziony i wypociny z miejsca zaszczepienia wykazało obecność licznych prątków, które swym kształtem, sposobami barwienia się, oraz częściowo zachowaniem w hodowlach przypominały bardzo prątki morowe, różniąc się jednakże od nich następującemi własnościami: bulion pod ich wpływem mącił się, w agarze cukrowym tworzyły się pęcherzyki gazów, na agarze zwykłym prątki te rozrastały się nadzwyczaj szybko i bujnie; 3-go dnia padła mysz, zaszczepiona hodowlą Nr. 3; badanie krwi i soku śledzionowego wykazało obecność typowych prątków morowych; 6-go dnia padła świnka, zaszczepiona hodowlą 1-szą; sekcya wykazała obecność surowiczo-krwawej wypociny w miejscu zaszczepienia, powiększenie jednego z gruczołów pachwinowych, oraz powiększenie z rozmiękczeniem i zropieniem jednego z gruczołów na szyi, w płucach i w śledzionie obecność drobnych białych guzków, otoczonych różową zapalną obwódką; badanie krwi, soku z narządów, oraz wypociny z miejsca zaszczepienia, wykazało obecność typowych prątków morowych, których najwięcej znaleziono w białych guzkach z płuc i śledziony; prócz tego w rozmiękłym gruczole na szyi wykazano liczne łańcuszkowce. Inne zwierzęta zaszczepione okazywały w tym czasie tylko naciek w miejscu zaszczepienia i nieżyt spojówek; gołębie pozostały zupełnie zdrowe. Z powodu wyjazdu autorów z Astrachania wszystkie te zwierzęta nie mogły być dłużej obserwowane i zostały zabite. Badania drobnowidowe skrawków i narządów wewnętrznych (z tegoż przypadku co i hodowla Nr. 3) wykazało również obecność prątków morowych, obok łańcuszkowców i diplokoków, nie odbarwiających się metodą Gramma. Wykonane jednocześnie badania hodowli i narządów innych chorych w forcie Aleksandra I dały takie same wyniki, wobec czego autorowie z całą stanowczością oświadczają się za tem, iż podejrzana choroba w Kołobówce była morem i to występującym w najbardziej złośliwej postaci, mianowicie pod postacią zapalenia płuc, lub zakażenia mięszanego. Od innych epidemij epidemia w Kołobówce różni się: 1) podczas gdy zwykle najwięcej prątków morowych znajdowano tylko w zajętych narządach (przy postaci płucnej — w płucach i gruczołach oskrzelowych, przy postaci dymieniczej — w zajętych gruczołach), w Kołobówce stale znajdowano i to w znacznej ilości prątki morowe zarówno w narządach zajętych, jakoteż w śledzionie i we krwi; 2) postać moru w Kołobówce była nadzwyczaj złośliwą; nim zdołały wystąpić zmiany miejscowe, chorzy umierali skutkiem ogólnego zakażenia już po 1—2 dniach choroby, co tłómaczyć można jedynie znaczną jadowitością działających tutaj prątków. W całej tej sprawie uderza jeszcze jedna okoliczność: w hodowli Nr. 1 (z płuca) wykazano obecność typowych prątków morowych; badanie zaś hodowli, otrzymanych z trupa myszy (Nr. 2) zakażonej sokiem śledzionowym tejże chorej wykazało, jak wyżej podano, obecność prątków bardzo podobnych do morowych, jednak pod wielu względami różniących się od nich (szybki i bujny rozrost, mącenie bulionu, kiśnienie agaru cukrowego); autor sądzi, że miał tutaj do czynienia albo z pewną odmianą prątka dżumowego, lub też z prątkiem moru wrzekomego; rozstrzygnięcie zaś tej sprawy jest nadzwyczaj ważne ze względu na możliwość pomyłek rozpoznawczych.

Dr. Gliński.

Zabołotny. **Pomór dymieniczy (dżuma) w Mongolii wschodniej** (*Annales de l'Institut Pasteur* 1899. No. 11). Badania Zabołotnego wykryły obok już znanych ognisk w Afryce u źródeł Nilu, w Assyryi, Mezopotamii, Tybecie i południowych Chinach, gdzie pomór zdaje się być chorobą endemiczną, jeszcze jedno nowe ognisko w Mongolii wschodniej, skąd z powodu sąsiedztwa wielkich dróg handlowych zagraża zawleczenie zarazy z jednej strony Chinom i Mandżuryi, z drugiej zaś Syberyi i Rosyi. W ognisku tem, na razie dość ograniczonem i dającem się może jeszcze stłumić, trwa pomór już od lat dwunastu, znikając w zimniejszej, a pojawiając się na nowo w cieplejszej porze roku. W ciągu tego czasu zmarło z pomoru około 400 osób. Z., który musiał badania prowadzić w warunkach bardzo niekorzystnych, spostrzegał ogółem 16 przypadków, z których 8 w znanej postaci pomoru dymieniczego, 7 w postaci pomorowego zapalenia płuc, kończącego się zawsze po kilku dniach śmiercią, a 1 w postaci posoczniczej. Z liczby tej zginęło 12 chorych, wyzdrowiało zaś 4, co Z. przypisuje działaniu zastosowanej surowicy; wogóle zaś leczył Z. surowicą 10 przypadków, zaczynając od silnej dawki (60 — 100 cm. sz.), i powtatarzając kilkakrotnie jeszcze zastrzykiwania, stósownie do dalszego przebiegu choroby. Po każdem wstrzyknięciu ciepłota ciała opada i tętno się poprawia. Jeżeli ilość surowicy była wystarczającą, następuje wkrótce wyzdrowienie: w przeciwnym razie udaje się bądźcobądź przedłużyć życie i opóźnić przebieg choroby, przeciągającej się wtedy do 3 nawet tygodni. Z. na tej podstawie przypuszcza, że byłby zdołał ocalić nawet jednego chorego, dotkniętego formą płucną pomoru, gdyby mu surowicy nie zabrakło. Pod względem klinicznym zasługuje w przypadkach Z. na uwagę wielka częstość formy płucnej; plwociny takich chorych zawierają zazwyczaj same tylko prątki pomorowe, niekiedy tylko inne jeszcze drobnoustroje; w chwili zaś, gdy plwocina staje się krwawą, zawiera ona obok prątków pomorowych często gronkowce i dwoinki lancetowate. Badanie fizyczne wykrywa tylko ogniskowe zaostrzenie oddechów i rzężenia. Gorączka wy-

soka, oddech bardzo przyspieszony (50 — 60), tętno słabe, częste (120 — 140).

Sposób powstania wykrytego przez siebie endemicznego ogniska tłómaczy Z. przeniesieniem się na ludzi zarazy, panującej między rozmaitemi gatunkami gryzoniów (głównie *Arctomis Bobac*), których mięso spożywają krajowcy na surowo, a które zaraza ta stale dziesiątkuje. Pomór ludzki następuje zawsze po pomorze tych gryzoniów. Dalsze szerzenie się pomoru ułatwia ogromna niechlujność mieszkańców, sypiających we wspólnych łóżkach, w ciasnych namiotach, pełnych robactwa, nie myjących nigdy rąk po opatrzeniu chorych itp. O przenoszenie zarazy obwinia zresztą Z. głównie owady (pchły, pluskwy i t. d.) — i plwociny chorych.

Ciechanowski.

Karol Everche. **Leczenie drgawek porodowych.** *(Münch. med. Wochenschrift,* 1899. Nr. 47). Autor wychodząc z założenia, że w 90% przypadków drgawek porodowych ustaje schorzenie po rozwiązaniu, stawia niczem niepopartą teoryę, że drgawki porodowe biorą swój początek z zakażenia, przechodzącego drogą łożyska do matki od dziecka. Uważa przeto szybkie rozwiązanie matki za jedynie racyonalną drogę leczenia matki; stósowanie zaś wszelkich narkotycznych środków za przeciwwskazane, a nawet szkodliwe, jest bowiem zdania, że właśnie te leki mogą wywołać, a w każdym razie przyczynić się do zejścia śmiertelnego matki. W przypadkach leczonych przez szybkie ukończenie porodu drogą pochwy przy nacięciach szyi według Dührsena otrzymał autor dwadzieścia przypadków uleczenia na dwadzieścia ośm chorych, w 3 przypadkach drgawek zrobił autor cięcie cesarskie, z tego dwie matki stracił wśród zapadu mimo ustania napadów drgawek. Nie uważa jednak tej drogi rozwiązania za przeciwwskazaną i sądzi, że nie miałby tak złych wyników, gdyby te cięcia był robił wcześniej.

St. D.

Mańkowski. **Nowa pożywka dla odosabniania i odrożniania prątków durowych i prątków okrężnicowych** (*Russkij archiw patologii* 1899. Tom. 8 zesz. 4). Pożywka ta składa się z odwaru grzybów z dodatkiem $1^1/_2$% agaru, 1% peptonu i $1^1/_2$% chlorku sodowego. Powstaje przez to pożywka stała, ciemnobrunatnej barwy, oddziaływająca obojętnie, na której prątek okrężnicowy rośnie szybciej w postaci suchego nalotu, barwy srebrzystej, natomiast prątek durowy rośnie wolniej, w postaci smugi błyszczącej, przeźroczystej, wilgotnej. Po 24 godzinach różnica staje się jeszcze wybitniejsza, ponieważ w hodowli prątka okrężnicowego pojawia się wówczas fermentacya z powstawaniem baniek gazu, czego w hodowli durowej niema ani śladu. Zabarwiwszy takie hodowle mięszaniną barwików, podaną przez M. (1cm^3. nasyconego roztworu fuchsyny kwaśnej w 1% ługu potasowym + 2 ctm.^{3}. nasyconego rozczynu wodnego indygokarminu, + 22 ctm.^{3}. wody przekroplonej), otrzymuje się natychmiast odczyn barwny, mianowicie hodowla durowa zmienia niebieską barwę mięszaniny na czerwoną, a hodowla prątka okrężnicowego na zieloną z następowem odbarwieniem.

Pożywka Mańkowskiego ma przedstawiać zatem następujące zalety: 1) hodowle prątka durowego i prątka okrężnicowego rosną na niej w sposób odmienny, łatwy do rozróżnienia, 2) hodowle te rosną na niej z różną szybkością, mianowicie prątek durowy wolniej, 3) prątek okrężnicowy wytwarza w niej fermentacyę, 4) odczyn barwny, obmyślony przez M., jest na tej pożywce wybitniejszy, niż na innych, 5) pożywka ta nie sprzyja rozwojowi innych bakteryi i przez to nadaje się także do odosabniania prątków durowych i okrężnicowych od innych drobnoustrojów.

Ciechanowski.

Prof. R. Jaksch (Praga). **O pokarmowej pentozie u chorych, cierpiących na moczówkę cukrową.** *(Deutsch. Archiv. f. kl. Med.* 1899, T. 63). Autor, prowadząc dalej badania Lindemanna i Maya, wykonał szereg doświadczeń nad arabinozą, ksylozą i ramnozą, chcąc się przekonać, o ile chorzy na cukrzycę zużywają te pentozy. Mocze, zawierające pentozę, oznaczał przez miareczkowanie metodą Fehlinga-Soxhleta i zapomocą polaryzacyi. Badania te wykazały, że arabinoza bywa z moczem napowrót wydzielaną (aż do 82%), że powoduje rozkład białka w ustroju i znaczną biegunkę, ksyloza wzmaga bardzo diurezę i powoduje całkiem niezwykły rozpad białka w ustroju, jaki spotykamy tylko po zażyciu trujących dawek fosforu. Ramnoza wreszcie wywołuje i biegunkę i wzmożoną diurezę, jakoteż i rozkład białka.

Z tych wszystkich prób widzimy więc, że ustrój chorych na cukrzycę zużywa pentozy w małej bardzo ilości, a mały odsetek ich, pozostały w ustroju, wywołuje niekorzystne dla niego następstwa. Dlatego nie nadają się te węglowodany w zupełności, jako pokarmy, dla chorych na cukrzycę.

A. Blumenfeld.

Dr. Józef Schnürer: **Ścinanie się mleka w ludzkim ustroju.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde B. L.* 4 Hft. 1899). Wedle obecnego stanu nauki odróżniamy dwie postacie ścinania się mleka: 1. ścinanie się kwasowe, t. zw. wedle Arthusa i Pagesa „präcipitatia“: tu strąca się sernik nie jako taki, lecz w połączeniu z wapnem; 2. ścinanie się mleka przez strącenie podpuszczką t. zw. wedle Arthusa i Pagesa *caseificatia.* Tu sernik rozpada się na dwie istoty białkowate: parakazeinę i laktoserum proteozę. Teoretycznie wydawać by się mogło, że w żołądku osesków odbywają się oba rodzaje ścinania się mleka, gdyż obecność kwasu solnego u noworodków nie ulega wątpliwości; lecz niemniej stwierdzoną została obecność „labfermentu“, względnie „labzymogenu“. Uwzględniwszy jednak, że już w pół godziny po przyjęciu pokarmu (mleka krowiego) mleko to jest zupełnie ścięte, a ilość kwasu w tym czasie jest bardzo skąpa, a za to „labferment“ w dostatecznej ilości i wśród odpowiednich warunków się znajduje, to przychodzimy do wniosku, że ścinanie się mleka kwasowe w żołądku w odpowiednim stopniu jest niemożebne.

Doświadczenia, dokonywane przez autora nad ścinaniem się mleka u dzieci w szpitalu Karoliny w Wiedniu, doprowadziły do następujących wyników: 1. treść żołądka zdrowych i chorych osesków zawiera w pół godziny po spożyciu mleka krowiego działający zaczyn (ferment) podpuszczkowy; 2. już w pół godziny po przyjęciu mleka krowiego sernik przechodzi w stan nierozpuszczalny; 3. ścinanie się mleka krowiego odbywa się w próżnym żołądku przez „labferment“.

Dr. Bolesław Komorowski.

Schiller. *(Berlin. klin. Wochenschrift.* 1899. Nr. 41), sprawdzając twierdzenie Neissera, że u kobiet zdarzają się dwoinki rzeżączkowe na błonie śluzowej części rodnych, pomimo braku jakichkolwiek objawów rzeżączki, doszedł do wniosku, że twierdzenie to jest błędne i że poszukiwanie obecności gonokoków wcale nie jest ostatecznym probierzem rozpoznawczym. S. badał bez wyboru 300 chorych w klinice prywatnej Broesego w Berlinie; *gnc.* znaleziono w 57 przypadkach. We wszystkich tych przypadkach istniały zupełnie wyraźne objawy rzeżączki, nadto było kilka przypadków, w których objawy rzeżączki były, a *gnc.* nie znaleziono. W tych przypadkach, w których pomimo obecności *gnc.* zdają się nie istnieć objawy rzeżączki, można je zawsze i napewno wykazać, byleby badanie kliniczne przeprowadzone było dokładnie z zachowaniem wszelkich przepisów (nieoddawanie moczu przez 2—3 godzin przed badaniem, nieprzepłókiwanie; badanie przed i po regularności, endoskop i t. d.). — W ten sposób badanie drobnowidowe w kierunku *gnc.* przestaje być koniecznością u każdej chorej, — a pozostaje tylko środkiem pomocniczym w przypadkach stwierdzonych klinicznie nieżytów błon śluzowych narządu rodnego niewieściego.

Z.

Dr. F. Franke. **O kilku chirurgicznie ważnych powikłaniach i chorobach następowych po grypie.** *(Mittheil. a. d. Grenzgeb.* T. V. Z. II.). Przedewszystkiem zwraca F. uwagę na to, że istnieje wiele cierpień, polegających na zapaleniu nerwu *(neuritis)*, mogących dać powód do omyłek rozpoznawczych, a w następstwie i leczniczych. Dawniej już

przezeń opisywane schorzenie przodkowych łuków podniebieniowych powoduje często trwożliwe napady duszenia się, a pewne, na tem właśnie tle polegające choroby języka, były już nieraz, naturalnie bez skutku, leczone chirurgicznie. Zapalenie nerwów międzyżebrowych i lędźwiowych naśladowało zapalenie otrzewnej lub przebicie wyrostka robaczkowego; zapalenie nerwu pachowego naśladuje zapalenie stawu barkowego, a zapalenie nerwu zatykowego *(obturatorii)* może być wzięte za chorobę kolana.

Sześć razy widział F. wrzód przeszywający nosa, cztery razy w przebiegu grypy, dwa razy po jej przebyciu.

Do częstych i znanych powikłań grypy należy ropny otok uszny i piersiowy.

Choroby kości mają przebieg łagodny, rzadko przychodzi do zropienia i wydzielenia się odszczepów. Najczęściej zajęte bywają kości stopy i kość piszczelowa. Przebieg zapalenia grypowego kości naśladuje czasami gruźlicę. Szczególniejszą postać stanowi zapalenie okostnej węzłowate (*periostitis nodosa)*, widziane na czaszce, i zapalenie miąższu kości członków palców, naśladujące już to zgrubienia przy dnie, już to rozdęcie kości *(spina ventosa)*. Zapalenia stawów biorą zawsze swój początek od kości.

Bóle podeszwy i pięty u chorych na grypę polegają po części na zapaleniu powięzi *(fasciitis plantaris)*, po części na zapaleniu nn. podeszwowych *(neuritis plantaris)*, a w części na zapaleniu okostnej kości piętowej *(periostitis calcanei)*.

T. z. „*Fussgeschwulst*" polega na zapaleniu kości stępu lub śródstopia.

W kilku przypadkach wskutek grypy wystąpiły: zapalenie mięśni, torebek i pochewek ścięgien *(myositis, bursitis, tendovaginitis)*.

W przypadkach, w których przyszło do zropienia, w niektórych tylko przypadkach znaleziono gronkowca. Chodziło tu prawdopodobnie o zakażenie mięszane.

W leczeniu zaleca F. głównie spokój dla części schorzałej. W przypadku bólu podeszwy stopy, bardzo dobre usługi oddają podeszwy gumowe, przyszyte (nie przybite!) do buta. *Herman.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1900.

Przewodniczący: kol. prof. Wachholz.

Odczytanie protokółu odłożono do następnego posiedzenia.

Kol. Przewodniczący udziela głosu Drowi Gałęzowskiemu, okuliście z Paryża, który przechodzi pokrótce niektóre choroby oka, uwzględniając głównie swe zapatrywania na etyologię i leczenie tych chorób.

1. Zanik nerwu wzrokowego występuje, według prelegenta, w 99% przypadków na tle kiły. Bardzo wczesnym objawem tej choroby ma być zanik naczyniówki, występujący na samym jej obwodzie. Do stwierdzenia tej zmiany kazał sobie prelegent sporządzić soczewkę pryzmatyczną. Zapomocą niej udaje mu się rozpoznać wspomnianą chorobę w samych jej początkach. (Prelegent demonstruje soczewkę). Leczenie tej choroby przeprowadza zapomocą wcierań maści rtęciowej po 2 grm. dziennie przez całe dwa lata. Odradza gorąco stosowania rtęci wewnętrznie, a ta-że stosowania jodku potasowego.

2. Zapalenie nerwu wzrokowego. W etyologii tego cierpienia odgrywa bardzo często rolę zimnica. Tło to spotykał u swych chorych, przebywających w okolicach zimniczych. Radzi zwracać baczną uwagę w tym kierunku, gdyż zmiana miejsca pobytu i chinina dają wtedy zupełnie dobre wyniki.

3. Zanik nerwu wzrokowego jaskrowy bez jaskry (*Atrophia nervi optici glaucomatosa sine glaucomate*). Przyczynę tego cierpienia upatruje prelegent w zarośnięciu przewodu Schlemma, wyschnięciu i ściągnięciu się *lamina cribrosa*. Ściągnięcie się to powoduje ucisk i zanik włókien nerwowych. Cierpienie to leczy prelegent zapomocą zabiegu »Sclerotomia«, stósowanego według potrzeby kilka razy w różnych miejscach. Prelegent ma kilka pomyślnych przypadków, leczonych w powyższy sposób.

4. Oderwanie siatkówki. Przyczyną choroby bywa, według prelegenta, zawsze uraz. Leczenie przeprowadza w ten sposób, że wypuszcza zbierający się pod siatkówką płyn surowiczy zapomocą podanej przez siebie igiełki i zaszywa rankę, powstającą po nakłóciu. Prelegent ma mieć bardzo dobre wyniki po tej metodzie.

5. Zapalenie spojówek rzeżączkowe u noworodków leczy zapomocą stósowania (2 razy dziennie) rozczynu azotanu srebrowego (0·25 : 10) i następowego przemywania spojówek rozczynem fizyologicznym soli kuchennej.

6. Jaglicę (Trachoma) leczy, wycinając sklepienie spojówek, gdzie bywa najwięcej ziarniny i zeszywając brzegi powstałej rany. Radzi zwracać zawsze uwagę na przewód łzowy.

Po odczycie dziękuje prelegent za gościnność, z jaką go rodacy przyjęli. Kol. Przewodniczący składa mu imieniem obecnych podziękowanie za odczyt, a dyskusyi, z powodu spóźnionej pory, nie otwiera.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. Korespondencye.

Lwów, 11 lutego 1900.

Czcigodny Redaktorze!

Wyczytawszy w Nrze 6 „*Przeglądu Lekarskiego*" z 10 lutego b. r. sprawozdanie z rozpraw w Towarzystwie lek. krak., tyczących się choroby i śmierci śp. Dra Napoleona Kostaneckiego, jestem zniewolony za pośrednictwem „*Przeglądu*" zabrać także głos w tej sprawie:

Prof. Bujwid w przemówieniu swem podał, iż ja zniszczyłem mu nietylko wszystkie hodowle bakteryj dżumowych, jakie posiadał, ale nadto „wszystkie doświadczalne zwierzęta". Otóż wyjaśnić muszę, że żądałem zniszczenia tylko zwierząt tych, które były do doświadczeń z bakteryami dżumy używane i te tylko zniszczono, tj. jedną świnkę morską, kilka (2—3) szczurów i kilka (5—6) myszy. Zostało jeszcze w Zakładzie do trzystu świnek morskich, kilkanaście szczurów i myszy, których niszczyć nie było powodu.

Nie podał też prof. Bujwid w swem przemówieniu powodów, które mnie do tego zarządzenia skłoniły. Otóż podałem wówczas jako powód, że według mego zdania tego rodzaju doświadczenia na zwierzętach żywych mogą być wykonywane tylko w Zakładach dobrze urządzonych. Kto zna Zakład higieny Wszechnicy krakowskiej, nie będzie utrzymywał, że to dobrze urządzony Zakład. Doświadczenia z wszelkiemi bakteryami jadowitemi wykonywa się tam w gabinecie profesora, przepełnionym sprzętami, gdzie ściany nie dadzą się należycie oczyścić, podłoga z miękkiego drzewa (pokostowana) z szerokiemi szparami, stół operacyjny drewniany, ceratą okryty, przyrządy ustalające zwierzęta podczas doświadczeń — drewniane. A na domiar, brak w Zakładzie pomieszczenia dla zwierząt zaszczepionych tak, iż musiały być przenoszone przez podwórze, przez ulicę Strzelecką do sąsiedniej kamienicy. Wzgląd tedy na dobro publiczne, a w szczególności na higieniczne stosunki i ekonomiczne interesa miasta Krakowa jest powodem, iż jak długo tamtejszy Zakład higieniczny nie będzie należycie urządzony, państwowa administracya sanitarna w interesie ogółu nie może dozwolić na tego rodzaju doświadczenia.

W sprawozdaniu też mojem z d. 22 stycz. br., które z powodu śmierci śp. Dra Nap. Kostaneckiego mej władzy przełożonej przedłożyłem, podniosłem jako rzecz konieczne potrzebną, aby Zakład higieny był pomieszczony w budynku umyślnie na ten cel wybudowanym, a zanim to nastąpić będzie mogło, aby przynajmniej niektóre ubikacye tego Zakładu tak były urządzone, by dezinfekcya ich była łatwą i gruntowną a tem samém niebezpieczeństwo wykluczone. Jeżeli władze naukowe dostarczą środków do wypełnienia niezbędnych dla bezpieczeństwa publicznego warunków, administracya sanitarna nie będzie się sprzeciwiać, aby kierownik Zakładu dalej prowadził swe doświadczenia nad bakteryami dżumy.

Zgodnie z zapatrywaniami, wyrażonemi w przemówieniach prof. Ciechanowskiego i Nowaka i ja także uważam badania nad bakteryami dżumy za niezbędne i pilnie potrzebne. Prof. Nowak powołał się przytem na słowa prof. Gaffkyego, wyrzeczone na kongresie higienistów i bakteryologów niemieckich w Berlinie, zwołanym przez niemiecki urząd zdrowotny w końcu ubiegłego roku dla naradzenia się nad istotą dżumy i nad środkami zwalczania jej na wypadek wtargnięcia jej do Niemiec. Prof. Gaffky wyrzekł:

„Ausserhalb der Laboratorien keine Thierversuche innerhalb derselben keine Beschränkung“. Pominął jednak prof. Nowak jeden szczegół, który się wydarzył na tym samym kongresie. Oto dwóch dyrektorów zakładów higienicznych, uczestników kongresu, domagało się, aby im udzielono hodowli bakteryj dżumy, a odpowiedziano im, że mogą je uzyskać jedynie za pośrednictwem kanclerza państwa. Z tego wynika, że rząd niemiecki nie uważa każdego dyrektora Zakładu higienicznego *eo ipso* za uprawnionego do wykonywania doświadczeń z bakteryami dżumy, że są jeszcze inne względy, które mogą wpłynąć na odmowę. Wyobrażam sobie, że nie są to względy osobiste, lecz względy na warunki miejscowe, w jakich kierownik zakładu pracować może. Jeżeli zatem ma dobrze urządzony zakład, otrzymuje pozwolenie, w przeciwnym razie odmawiają mu tego zezwolenia. Jabym też uzupełnił słowa prof. Gaffkyego w ten sposób: „Ausserhalb der Laboratoien keine Thierversuche, innerhalb g u t e i n g e r i c h t e t e r Laboratorien keine Beschränkung“.

Inaczej rzecz się ma z zakładami do produkcyi na większą skalę surowicy przeciwdżumowej dla ludzi. Wszyscy się na to zgadzają, że zakłady takie są wielkiem niebezpieczeństwem dla otoczenia i wspomniany Kongres uchwalił, że na całe Niemcy winien być jeden taki centralny zakład, najlepiej na wyspie.

Gdy w dniu 20-go listopada 1899 r. był prof. Bujwid w biurze sanitarnem Namiestnictwa i domagał się, abym popierał jego starania o utworzenie pod jego kierunkiem takiego zakładu w miejscu ustronnem w kraju, wręcz odmówiłem mego poparcia, byłem bowiem zdania, że wystarczy jeden zakład centralny państwowy, byle nie był w naszym kraju i tak już przez wszelkie choroby zakaźne nawiedzanym.

I na tem stanowisku i obecnie pozostaję.

Dr. Józef Merunowicz.

...

VIII.

† Oskar Widmann.

Wśród zastępu ludzi naszego narodu, który trzymając wysoko sztandar nauki i świadomi celu, jaki raz obrany zawód im wytknął, powstał nowy trudno wypełnić się dający wyłom. W dniu 30-go stycznia b. r. bowiem odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki śp. Oskara Widmanna, doktora medycyny, nadzwyczajnego Profesora tutejszego Wydziału lekarskiego, długoletniego członka c. k. krajowej Rady zdrowia i prymaryusza szpitala krajowego.

Śp. Oskar Widmann urodził się dnia 18-go marca 1839 roku we Lwowie. Ojciec jego był starostą w Brzeżanach, a następnie około r. 1852 w Preszburgu, gdzie śp. Oskar uczęszczał do gimnazyum, po ukończeniu którego zapisał się na wydział prawniczy uniwersytetu wiedeńskiego. Spostrzegłszy jednak, że zawód ten nie odpowiada jego skłonnościom i usposobieniu, przeniósł się na wydział lekarski początkowo w Wiedniu, a po roku w Krakowie, gdzie też w roku 1866 uzyskał dyplom doktora medycyny.

W roku 1864, jeszcze jako student, został śp. Oskar asystentem przy katedrze fizyologii u śp. Profesora Piotrowskiego, którą to posadę piastował po koniec roku szkolnego 1865/6. W roku 1866 wstąpił umarły do służby przy szpitalu powszechnym we Lwowie, gdzie w roku 1867 został asystentem przy klinice chorób wewnętrznych ówczesnej szkoły chirurgicznej, a w roku 1870 prymaryuszem oddziału wewnętrznego. W roku 1889 został powołany na członka c. k. krajowej Rady zdrowia, w roku zaś 1897 mianowany bez poprzedniej habilitacyi przez wydział lekarski uniwersytetu lwowskiego docentem dla szczegółowej patologii i terapii chorób wewnętrznych, a w dniu 6-go grudnia 1899 otrzymał od Najjaśniejszego Pana tytuł i charakter nadzwyczajnego profesora dla tego przedmiotu.

W roku 1891 obchodził śp. Widmann 25-letni jubileusz pracy lekarskiej.

W literaturze lekarskiej zajmował zmarły poważne stanowisko. Prócz licznych prac naukowych, drukowanych w czasopismach polskich i niemieckich, tudzież licznych broszur, traktujących o chorobach wewnętrznych, napisał on rozprawę „O influenzy we Lwowie“ i „O zapaleniu płuc włóknikowem“, oraz obszerne dzieło „O chorobach serca i naczyń krwionośnych“, wydane przez „Wydawnictwo dzieł lekarskich“ w Krakowie w roku 1879. Dzieło to, przerobione następnie przez autora i znacznie rozszerzone stosownie do nowszych poglądów i zdobyczy naukowych, zostało w roku 1884 ponownie wydane staraniem wydawnictwa „Gazety lekarskiej“ w Warszawie. Śp. Widmann był z powodu swych nadzwyczajnych zasług i zalet charakteru bardzo popularną i wysoko cenioną osobistością. Umysł nadzwyczaj bystry, pogląd jasny, niezwykle szerokie wykształcenie ogólne, gruntowne opanowanie nauk, którym swe życie poświęcił, charakter nieskazitelnie czysty i serce dla każdego otwarte i do największych ofiar zdolne, oto cechy jego charakteru, które czyniły, że każdy, kto się do niego zbliżył, musiał w nim uwielbiać niezwykłej miary człowieka, lekarza i męża nauki. Od młodości nawiedzony nieuleczalną chorobą serca, jakby dla zgłębienia własnej choroby, zmarły w pracach swych doświadczalnych i klinicznych głównie pracował w kierunku chorób tego narządu. Wskutek tego doprowadził w rozpoznawaniu chorób sercowych do mistrzowstwa, a wspomniane wyżej dzieło jego „O chorobach serca i naczyń krwionośnych“ zjednało mu ogólny, nawet po za granice Polski wychodzący rozgłos. Dla każdego przystępny, gromadził on zawsze w około siebie zastępy młodych lekarzy, z których każdy czuł się szczęśliwym, jeśli się mógł dostać na jego oddział szpitalny. Tak samo jako docent cieszył się śp. Widmann niezwykłem zaufaniem i przywiązaniem swych słuchaczy, którzy garnęli się naokoło niego, jako przejrzystego źródła, z którego przystępnie czerpać mogli skarby wiedzy i doświadczenia na przyszłość.

Jako lekarz niezwykle doświadczony i humanitarny cieszył się zmarły ogromnem zaufaniem publiczności, dla której stał się wyrocznią, pomimo, że przy łóżku chorego nie słodkich słówek, ale obok dowcipów, często używał i przykrych, lecz zbawiennie na chorego działających słów. Jako człowiek zaś zdolny do największych ofiar, gdzie chodziło o sprawę dobrą i godziwą, zasłużył sobie śp. Widmann na długotrwałą pamięć.

Cześć tej pamięci!

Dr. Kalikst Krzyżanowski.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

PROTOKÓL

z posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej z dnia 3-go lutego 1900 r.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, Członkowie Izby: Dr. Piaskiewicz, Dr. Lechowski, Dr. Lutyński, Dr. Wysocki, Dr. Żukowski, Dr. Muszkiet, Dr. Sobierański, Dr. Pisek, Dr. Papeé i zastępca członka Izby: Dr. Ruczka. Jako komisarz rządowy c. k. Radca Namiestnictwa: Józef Merunowicz.

I. Prezydent zdaje pokrótce sprawę z czynności Wydziału za czas od 9-go września 1899 r. do końca stycznia 1900 r. Sprawozdanie przyjęto bez dyskusyi.

II. Sprawa utworzenia instytucyi zaopatrzenia. Jako referent Wydziału przedstawia Dr. Lechowski główne zasady projektu przez Wydział proponowanego. W dyskusyi ogólnej Dr. Ruczka imieniem lekarzy ze swego okręgu przemawia przeciw utworzeniu instytucyi w tej formie, jaką statut przedstawia, tj. w formie kasy pożyczkowo-zapomogowej. W każdym razie uważa sprawę za jeszcze niezupełnie dojrzałą do konkretnej uchwały i stawia wniosek odrzucenia projektu w podanej formie. Dr. Piaskiewicz imieniem lekarzy swego okręgu, którzy żądają, aby instytucya taka nie była przymusową, bo gdyby nawet taką była przy małej liczbie członków nie mogłaby się należycie rozwijać stawia wniosek odroczenia sprawy do następnego posiedzenia. Dr. Muszkiet zapytuje, czy projekt taki leży w granicach ustawy o Izbach i czy w razie uchwalenia przymusu, Izba będzie miała potrzebną egzekutywę. W tym kierunku daje wyjaśnienie Radca Dr. Merunowicz. Dr. Festenburg przedstawia wyniki swych informacyj, zasięgniętych u odnośnego referenta w c. k. Namiestnictwie, z których wypada, że na razie projekt powyższy trzeba odroczyć, gdyż niema nadziei zatwierdzenia go przez rząd. Dr. Lechowski stawia wniosek do uchwalenia: 1) Czy taka instytucya w zasadzie ma być utworzoną? 2) Czy należenie do niej ma być przymusowe? 3) Czy instytucya ma być ściśle związaną z Izbą? — W głosowaniu przyjęto wniosek Dra Piaskiewicza odroczenia do następnego posiedzenia. Wnioski Dra Lechowskiego pod 1), 2) w głosowaniu przyjęto; ad 3) pozostawiono do ocenienia Wydziałowi.

III. Sprawozdanie skarbnika odczytał Dr. Pisek i przedstawił wniosek naznaczenia opłaty na r. 1900 w kwocie 6 zł. Wniosek przyjęto. Do komisyi wybrano: Drów Muszkieta i Wysockiego.

IV. Wnioski członków:

1) Dr. Piaskiewicz stawia propozycyę, aby przy obradach nad instytucyą zapomogową uwzględniono projekt udzielania jednorazowych zapomóg wdowom po lekarzach.

2) Dr. Piaskiewicz stawia wniosek, aby Izba lekarska wywarła pewien wpływ na unormowanie płac i honoraryów lekarskich. W wyjaśnieniu tej sprawy zabrał głos Dr. Festenburg, zaznaczając, że dotąd w tym kierunku opinii Izby nie zasięgała żadna instytucya, ani gmina; porusza kwestyę, że często są winni sami lekarze, deprecyonując swoją pracę. Zapewnia w końcu, że Izba ilekroć będzie miała sposobność wystąpić przeciw obniżaniu płac lekarskich, z pewnością to uczyni.

3) Dr. Lechowski porusza sprawę kumulacyi posad lekarskich i wnosi, aby Wydział się zajął tą sprawą. W obu powyższych sprawach dał stósowne wyjaśnienia komisarz rządowy, Radca Dr. Merunowicz.

4) Dr. Papeé stawia wniosek polecenia Wydziałowi, aby się zajął zmianą regulaminu i rozszerzaniem etyki lekarskiej. Wnioski pod 3) i 4) przyjęto.

Dr. Festenburg.
Prezyd. Izby.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 30-go grudnia 1899 r.

Obecni: Przewodniczący prof. Dr. Łazarski i koledzy: Ponikło, Walczyński, Bossowski, Dietzius, Gawlik, Kijas, Trzebicky, Wain.

Nieobecność usprawiedliwił Dr. Jabłoński.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia zdał Przewodniczący sprawę z działalności Izby i Rady honorowej w r. 1899, jak również i z wiecu Izb lekarskich, który się odbył w październiku w Baden.

Sprawozdanie kasowe za rok ubiegły przyjęto do wiadomości i uchwalono udzielić urzędnikowi Izby remuneracyę jednorazową w kwocie 100 koron.

PROTOKOL

z posiedzenia nowo wybranej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 30-go grudnia 1899.

Komisarzem rządowym przy ukonstytuowaniu się nowej Izby wydelegowanym przez c. k. Namiestnictwo był c. k. starszy lekarz powiatowy, Dr. Gustaw Bielański.

Obecni: Przewodniczący dawnej Izby Dr. Łazarski i członkowie Izby: Cwiklicer, Dietzius, Gawlik, Kijas, Kohn, Ponikło, Trzebicky, Walczyński; oprócz tego zastępcy członków Izby: Dr. Olszewski i Zarewicz. Przewodniczący odczytuje wynik wyborów, jak nie mniej i protest przez 18 kolegów do c. k. Namiestnictwa przeciw wyborom wniesiony, poczem Izba się ukonstytuowała, wybierając prezesem Dra Lazarskiego, wiceprezesem Dra Ponikłę, a członkami Wydziału Drów Kohna, Trzebickyego i Walczyńskiego. Delegatem do krajowej Rady zdrowia wybrano Dra Dietziusa, a jego zastępcą Dra Jabłońskiego. Wszyscy wybrani bez wyjątku otrzymali po 9 głosów na 10 głosujących. Obowiązki sekretarza i skarbnika Izby poruczono kol. Trzebickyemu.

Ponieważ Rada zdrowia dotychczas ani razu nie wezwała delegata Izby na posiedzenie, uchwalono udać się w tej sprawie do c. k. Namiestnictwa.

Budżet na rok przyszły uchwalono i postanowiono pobierać nadal od członków Izby jak dotąd roczną wkładkę 12 koron.

W końcu wybrano komisyę weryfikacyjną, złożoną z kol. Cwiklicera i Dietziusa i oddano jej wszystkie akta wyborcze z poleceniem przedstawienia wniosków na następnem posiedzeniu.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów:

A. Organizacya sekcyi naukowych i temata ogólne, postawione na porządku dziennym ich obrad.

(Dokończenie).

XV. Sekcya dentystyczna.

1) Władysław Zieliński i Kobyliński (Warszawa). „O mechanicznem leczeniu braków podniebienia“. (62)
2) Stanisław Essigmann (Warszawa). „Demonstracya złotych koron systemu Wintera“. (63)
3) Dr. Leszczyński (Warszawa). „O znieczulaniu ogólnem dla celów dentystycznych“. (64)
4) Pani Marya Linda (Warszawa). „O wypełnianiu ubytków próchnicowych szkłem“. (65)
5) Dr. Kułakowski (Warszawa). „Gingiwokaustyka i ocena środków przyżegających“. (66)

XVI. Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

1) Dr. Franciszek Krzyształowicz (Kraków). „O leczeniu liszaja żrącego sposobem Unny“. (67)
2) Prof. Dr. Władysław Reiss (Kraków). „O rozwoju naskórka ze szczególnem uwzględnieniem warstwy Malpighiego w pierwszych miesiącach życia płodowego“ (z demonstracyą preparatów drobnowidowych). (68)

3) Prof. Dr. Reiss. „O prawdziwych keloidach“ (z demonstracyą preparatów drobnowidowych). (69)
4) Prof. Dr. Aleksander Zarewicz (Kraków). „O kile złośliwej“. (70)
5) Prof. Dr. Zarewicz. „O wrzodach wenerycznych części pochwowej macicy“. (71)
6) Prof. Dr. Zarewicz wspólnie z prof. Dr. Julianem Nowakiem (Kraków). „O zmianach w tętnicach włosowatych, w przebiegu kiły wtórorzędnej występujących“ (z demonstracyami). (72)

XVII. Sekcya chorób nerwowych i umysłowych

por. XIV. A. 1. (61)

XVIII. Sekcya okulistyczna.

1) Dr. J. Steinhaus (Warszawa). „Zmiany anatomiczne w oderwanej siatkówce“. (73)

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza.

1) Docent Dr. Stanisław Braun (Kraków). „O rozpoznawaniu i leczeniu ciąży zamacicznej w pierwszej połowie ciąży“. (74)
2) Dr. Stanisław Dobrowolski (Kraków). „Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścieśnionych“. (75)
3) Dr. St. Dobrowolski. „Spostrzeżenia nad etyologią drgawek porodowych“ (76)
4) Dr. G. Grzybowski (Kraków). „Przypadek ciąży zamacicznej“. (77)
5) Dr. G. Grzybowski. „Przypadek raka trzonu macicy“. (78)
6) Dr. Tymoteusz Piotrowski (Kraków). „W sprawie cucenia noworodków“. (79)
7) Dr. Tym. Piotrowski. „O zakraplaniu protargolu u noworodków“. (80)
8) Dr. Tym. Piotrowski. „O porodach po wentrofiksacyi względnie waginofiksacyi“. (81)
9) Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków). »*Ileus in gravida*«. (82)
10) Prof. Dr. A. Rosner. „W sprawie opatrywania szypuły guzów brzusznych“. (83)
11) Prof. Dr. A. Rosner. „O pęcherzykach Graafa w mnogich jajkach“ (84)
12) Doc. Dr. Ludwik Świtalski (Kraków) »*Deciduoma malignum*«. (85)
13) Doc. Dr. Świtalski. „Twór ektodermalny pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego“. (86)
14) Doc. Dr. Switalski. »*Vaginitis granulosa*«. (87)
15) Dr. Czesław Stankiewicz (Łódź). „O tyłozgięciu macicy“. (88)
16) Dr. Wiktor Stankiewicz (Kraków). »*Atmokausis i zestokausis*«. (89)
17) Dr. W. Stankiewicz. „O nowszych sposobach leczenia konserwatywnego zmian zapalnych chronicznych przydatków i tkanek okołomacicznych“. (90)
18) Dr. Bruno Wojciechowski. „Leczenie zmian zapalnych błony śluzowej macicy“. (91)

XX. Sekcya sądowo-lekarska.

(wraz z toksykologią).

1) Niezabitowski (Kraków). „Krajowa fauna zwłok i jej znaczenie dla oznaczenia chwili i miejsca śmierci“. (92)
2) E. Klęsk (Kraków). „O samobójstwach“. (93)
3) Dr. Horoszkiewicz (Kraków). „O wpływie otruć alkaloidami roślinnymi na przebieg stężenia pośmiertnego w mięśniu sercowym“. (94)
4) Dr. Horoszkiewicz. „Z kazuistyki rzadszych pośmiertnych obrażeń zwłok przez pasorzyty zwierzęce“. (95)
5) Dr. Horoszkiewicz i Dr. Jankowski. „Doświadczalne badania nad przyrodą śmierci osób dotkniętych przez *Status thymicus*“. (96)
6) Dr. H. Kowalski (Tarnów). „Rzadki przypadek złamania podstawy czaszki“. (97)
7) Prof. Dr. Wachholz (Kraków). „O rozpoznawaniu śmierci z uduszenia; wartość i znaczenie rozpoznawcze obecności płynnej krwi“. (98)
8) Prof. Dr. Wachholz i Dr. Lemberger. „Jak długo daje się wykazać tlenek węgla w krwi zaczadzonych po śmierci“. (99)
9) Prof. Dr. Wachholz i Dr. Lemberger. „O otruciu acetylenem“. (100)

XXI. Sekcya medycyny publicznej.

1) Dr. L. Bier (Kraków). „Usterki higieniczne mąki w Galicyi“. (101)
2) J. Buraczewski (Kraków). „O miodzie“, (102)
3) Dr. Franc. E. Fronczak (Buffalo N. Y. Ameryka). „Obecny stan medycyny w Stanach Zjednoczonych“. (103)
4) A. A. Wróblewski (Kraków). „W sprawie metod, stósowanych przy badaniu środków spożywczych“. (104)
5) Porównaj XII. 2. (49)

Uwaga. Jedno posiedzenie odbędzie się wspólnie z Sekcyą techniczną ze względu na zapowiedziane w niej wykłady, dotyczące higieny.

XXII. Sekcya weterynarska.

1) Prof. Dr. M. Grabowski (Lwów). „Pogląd na pomór trzody chlewnej“. (105)
2) Prof. Stanisław Królikowski (Lwów). „Wpływ kastracyi krów na mleczność“. (106)
3) Prof. J. Kubicki (Dublany). „Znaczenie umiejętności weterynaryjnych dla gospodarstwa krajowego i stosunek nauk weterynaryjnych do innych umiejętności“. (107)
4) Prof. Dr. Julian Nowak (Kraków). „Badania doświadczalne nad hemoglobinemią u koni“. (108)
5) Prof. Dr. Piotr Seifman (Kraków). „Pogląd na gruźlicę u bydła ze stanowiska policyi weterynarskiej“. (109)
6) Rektor Prof. Dr. Szpilman (Lwów). „Pogląd krytyczny na szczepienia ochronne, stosowane w weterynaryi“. (110)
7) Rektor Prof. Dr. Szpilman. „Wartość szczepień rozpoznawczych, stósowanych w weterynaryi“. (111)

Dopełnienie.

VII. Sekcya techniczna.

Zgłoszone wykłady:

1) Inżynier Ludwik Bagiński (Warszawa). „Teorya filtracyi wody“. (112)
2) Inżynier Roman Ingarden (Kraków). „Poszukiwania za wodą do wodociągów“. (113)
3) Inżynier Roman Ingarden. „Objaśnienie projektu wodociągu krakowskiego“. (114)
4) Inżynier Z. Kremer c. k. inspektor przemysł. (Kraków). „Przyrządy służące do ochrony robotników w zakładach przemysłowych i ich demonstracya“. (115)
5) Prof. G. Steingraber (Kraków). „O zapalności nafty“. (116)
6) Prof. G. Steingraber. „O zużytkowaniu odpadków nafty“. (117)
7) Inżynier Edward Szymański (Warszawa). „Oczyszczanie ścieków kanałowych“. (118)
8) Prof. W. Ekielski (Kraków). „Z dziedziny higieny“ (dokładny tytuł podany będzie później). (119)

Proponowane temata obrad w Sekcyi VII.:

1) „Usunięcie dymów fabrycznych z miast“.
2) „Jak zapobiedz zanieczyszczaniu wód płynących odpadkami fabrycznymi i ściekami kanałowymi“.
3) „Jak sytuować budynki mieszkalne ze względu na higienę“.
4) „Jak ograniczyć *minimum* wymiarów ubikacyj, przeznaczonych na mieszkania“.
5) „Z jakich materyałów najodpowiedniej budować budynki mieszkalne ze względu na higienę“.
6) „Urządzenia ochronne przy sortowaniu szmat“.
7) „O zastósowaniu drożdży czystych w browarnictwie i gorzelnictwie, hodowla drożdży, przeróbka niedogonów“.
8) „Wentylacya, ogrzewanie i oświetlanie mieszkań“.

Nazwiska sprawozdawców podane będą później.

Odnośnie do posiedzenia wspólnego z Sekcyą medycyny publicznej porównaj uwagę pod XXI.

Kraków dnia 1-go lutego 1900 r.

Prof. Dr. Kostanecki, Prof. Dr. Witkowski,
przewodniczący.

Prof. Dr. Ciechanowski,
sekretarz Komitetu (Wielopole 4).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 lutego.

* Walne zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się d. 28-go lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w domu Towarzystwa przy ulicy Dominikańskiej, l. 11. *Dr. Józef Merunowicz.*

* W sobotę, dnia 17 b. m., o godzinie 9 rano, w kościele św. Anny, nastąpi odsłonięcie pamiątkowej tablicy dla ś. p. prof. A. Obalińskiego.

* Dnia wczorajszego odbył się w Uniw. Jagiell. wykład habilitacyjny z zakresu farmakognozyi Dra Józefa Lembergera. Prelegent mówił „O sposobach badania surowych środków lekarskich, oraz roślinnych środków spożywczych“.

* Dr. Józefa Joteyko, sprawozdawczyni z polskich prac do rocznika »L'année chirurgicale«, uprasza o nadsyłanie jej odbitek z artykułów treści chirurgicznej, począwszy od roku 1900, pod adresem: *Bruxelles, r. de l'Arbre Bénit, 51.*

* Dr. Julian Łucki z Oświęcimia, który na dłuższy pobyt wyjechał na południe, żegna na tej drodze kolegów zawodu, zwłaszcza krakowskich, od których doznawał, jak twierdzi, zawsze stałej życzliwości.

* »Medycyna« w Nrze 5. donosi: »Ponieważ gubernator nie zatwierdził urzędników Towarzystwa lekar. wileńskiego, wybranych na posiedzeniu dnia 13-go grudnia 1899 r., zostało zwołane dla dopełnienia nowych wyborów posiedzenie nadzwyczajne d. 31-go grudnia, na którem jednak postanowiono odłożyć wybory do następnego posiedzenia zwyczajnego, które odbyło się dnia 12-go stycznia b. r. Większością głosów wybrani zostali: prezesem dr. Strauss, wiceprezesem dr. Strzemiński, I-szym sekretarzem dr. Orłowski, II-gim Dr. Gerszun, bibliotekarzem dr. Sumorok, skarbnikiem Dr. Fieodosiew, kustoszem prowizor Syrwid.

* *Otrzymujemy następujące pismo*:

„W zeszłym tygodniu odbyło się w Krakowie koleżeńskie zebranie, w którem wzięło udział blizko 100 lekarzy praktycznych, między tymi kilku profesorów i docentów Uniwersytetu Jagiellońskiego. Na zebraniu tem przedstawiła komisya, wybrana w listopadzie z. r. do opracowania statutu organizacyi lekarzy galicyjskich, szczegółowy plan tej organizacyi. Ponieważ w dyskusyi ogólnikowej wniosło trzech kolegów zasadnicze zmiany i poprawki, przeto komisya, na mocy przysługującego jej prawa, kooptowała do swego grona tych trzech kolegów, aby wspólnie z nimi jeszcze raz przestudyować cały projekt i przedłożyć go ponownie na najbliższem zebraniu, które odbędzie się z początkiem marca. Zebrani koledzy spędzili bardzo mile kilka godzin na wspólnej pogawędce przy dźwiękach orkiestry Harmonii i postanowili odbywać co miesiąc podobne zebrania dla utrzymania koleżeńskiej łączności i wzajemnej wymiany myśli. Jest to bardzo szczęśliwy projekt, gdyż dotychczas dawał się dotkliwie czuć brak wszelkiego porozumienia między lekarzami praktycznymi, którzy, o ile nie stykają się z sobą w szpitalu lub klinice, wzajemnie się nawet nie znają, nie mając wskutek tego sposobności przedyskutowania i naradzenia się nad wielu sprawami, gorąco ogół lekarski obchodzącemi«. *Dr. X.*

* Towarzystwo drezdeńskie amatorów fotografii zamierza w m. maju urządzić wystawę, któraby dała należyte wyobrażenie o zastósowaniu fotografii do celów naukowych, a w tej liczbie i do medycyny. Wystawa ta obiecuje być nader zajmującą, pouczającą i obfitą w okazy.

* Międzynarodowy Zjazd dentystyczny odbędzie się w Paryżu od 8-go do 14-go sierpnia t. r.

* Ministeryum spraw wewn. w Austryi wydało rozkaz do władz politycznych, ażeby zarządzone zostały wszystkie środki przygotowawcze, na wypadek wystąpienia w Austryi, grypy (influenza) która tak liczne zabiera ofiary w niektórych krajach sąsiednich.

* Na wniosek dyrektora »Assistance publique« francuzki prezydent ministrów i minister spraw wewnętrznych powołali komisyę, która ma obmyśleć najskuteczniejsze środki do zwalczania gruźlicy i następnie złożyć sprawozdanie ze swej działalności. Członkami tej komisyi zostali mianowani: dyrektor Instytutu Pasteura Dr. Calmette, deputowany aptekarz Astier, prezydent sekcyi w Radzie stanu Dislère, senator Dr. Goujon, członek Akademii Dr. Kelsch, Prof. Letulle, Prof. Marfan, Dr. Thoinot i sekretarz komisyi gruźliczej w »Assistance publique« Prof. Brouardel.

* W Niemczech b. wiele robi się dla chorych piersiowych. Do tej pory istnieje 33 zakłady dla chorych na płuca, a oprócz tego jest 13 zakładów prywatnych z oddziałami dla ubogich. Pod tym względem żaden kraj nie może się mierzyć z Niemcami.

* *The Lancet* przytacza wyjątek z powieści japońskiej, wydanej w roku 1835, w której wyraźnie powiedziano, że ukłócie komarów sprowadza zimnicę: zatem w Japonii wiedziano przed 65 laty o tem, o czem w Europie, od czasu badań Laverana, mówi się jako o nowem odkryciu. Niema wątpliwości, że dziś niełatwo powiedzieć coś nowego.

* W sprawie zakładania instytutów dla radiografii wydało dolnoaustryackie Namiestnictwo następujące rozporządzenie: na założenie instytutu potrzebnem jest upoważnienie władzy, zatem udowodnienie specyalnych studyów i praktycznego uzdolnienia; dalej — przyrząd ma być ustawiony i puszczony w ruch przez zawodowca; lokal ma odpowiadać wymaganiom higieny; zastósowanie zaś radiografii w celach leczniczych może odbywać się tylko pod kierunkiem lekarza. Instytut ma prowadzić ewidencyę osób, na których odbyło się leczenie radiograficzne i zdawać w pewnych okresach sprawę odpowiednim władzom. Lekarze, nieposiadający dla swych zakładów tytułu »Instytutu« mają się o niego postarać, jeśli nie zamierzają go się zrzec.

* Istnieje blizki już do urzeczywistnienia projekt założenia w Hamburgu Uniwersytetu, co nie będzie trudnem, wobec znajdujących się już w tem mieście licznych zakładów naukowych.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Chrostowski mianowany został starszym ordynatorem warszawskiego szpitala Dzieciątka Jezus, a Dr. Pruszyński ordynatorem szpitala św. Rocha. Doc. Kazimierz Mondino mianow. został prof. psychiatryi w Pawii. Prof. Knorr powołany został na prof. do Fryburgu w Badeńskiem. Prof. Krehl otrzymał wezwanie do objęcia posady dyrektora kliniki lekar. w Gryfii. Prof. nadzw. Dr. Mehring powołany został na posadę dyrektora kliniki lekar. w Hali.

Nekrologia. Dr. Teodor Dembiński, znany i ceniony lekarz, zmarł w Inowrocławiu. Dr. Jan Bronikowski, starszy lekarz szpitalny wojska Dońskiego, zmarł w 49 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Medycynie* Nr. 5: Kozickiego L.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej. (c. d.). Wizela A.: Metoda »leczenia« w łóżku chorych umysłowych (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 6.: Dr. Bernhardta R.: Lasecznik zielonej ropy w drogach moczowych. Oppenheima S.: Kilka słów o szkodliwości przestrzykiwań ucha. Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (c. d.). W *Nowinach lekarskich Z. 3*: Cetnarowicza S.: Kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie. Dr. Jerzykowskiego S.: O moczówce prostej (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Vorzimmer H.: Aussergewöhnlicher Verlauf eines Ileotyphus. (Odbitka z *Prager mediz. Woch.* Nr. 3 i 4, 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 21 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: Prof. Kostanecki, Prof. Cybulski, Dr. S. Dobrowolski i Dr. Tymoteusz Piotrowski mówić będą: O krwotokach w trzecim okresie porodowym i tuż po porodzie.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 24 Lutego 1900. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z pracowni histologiczno-embryologicznej c. k. Uniwersytetu lwowskiego pod dyrekcyą prof. Dra Szymonowicza.**

O konjugacyjnej teoryi Morgensterna.

Napisał

Dr. A. Gońka.

Histogeneza tkanek, wchodzących w skład i budowę zęba u zwierząt ssących, przedstawia jeszcze dotąd bardzo wiele wątpliwości i sprzeczności, pomimo że skrzętnych i dokładnych badań w tym kierunku piśmiennictwo dostarcza niepomierną ilość. Różnorodność zapatrywań daje się tem wytłómaczyć, że pierwiastkom, z których owe tkanki powstają, przypisują badacze coraz to inne i odmienne znaczenie, stawiając hipotezy i tworząc teorye, nieraz na to tylko, by je w danej chwili porzuciwszy, po pewnym czasie znowu do nich powrócić. Tym sposobem sprawę niewiele naprzód posuwając, pozostawia się ciągle jeszcze otwarte pole do nowych badań, sprawdzających dawne spostrzeżenia, lub wydobywając na jaw nowe, a co zatem idzie, w ślad za niemi powołując do bytu coraz to nowsze teorye. Jak dalece twierdzenie to odpowiada rzeczywistości, dość powiedzieć, że sposób, w jaki z odontoblastów wytwarza się zębina, znalazł swój wyraz aż w pięciu teoryach, z których jak dotąd, żadna nie cieszy się ogólnem uznaniem na dowód, że każda z nich na tym lub owym punkcie niewytrzymuje krytyki, lub że nie jest zgodną z spostrzeżeniami innych badaczy. Odpowiednio do zasadniczej sprawy, o której wytłómaczenie i wszechstronne wyświetlenie idzie, teorye te podzielić można na dwie gromady. Według pierwszej zębina jest produktem wydzielniczym odontoblastów; gromada druga obejmuje te teorye, których przewodnią myślą jest, iż odontoblasty zatracają samoistny byt, aby w całości lub częściowo przemienić się w istotę podstawową zębiny.

Na tem miejscu nie od rzeczy, sądzę, będzie streścić pokrótce wszystkie te dotąd istniejące teorye.

Nestor i twórca histologii, Kölliker, zaznaczył, że istota podstawowa zębiny nie powstaje z ciała komórkowego odontoblastów, lecz jest tylko ich wydzieliną. Zapatrywanie to przetrwało całe szeregi lat, opierając się dzielnie późniejszym badaniom, co więcej zostało potwierdzone przez tak znakomitego histologa, jak Ebner, który teoryę Köllikera nieco tylko pogłębił i uzupełnił.

Według Ebnera tworzenie zębiny trzeba sobie przedstawić w sposób następujący: Odontoblasty na swej powierzchni wytwarzają istotę jednolitą, która zlewa się w wspólną masę, tworzącą warstwę jednolitą, niewłóknistą, zwaną „membrana praeformativa" (Raschkow). Ta ostatnia jest właśnie pierwszym zawiązkiem tworzącej się zębiny. Wśród tej warstwy zjawia się dopiero z czasem włóknistość, właściwa już podstawowej istocie zębiny, która następnie wapnieje [1]).

Niemal dyametralnie przeciwne zapatrywanie ogłosił już w r. 1864 Waldeyer [2]) (od którego atoli w ostatnich latach odstąpił). Według niego obwodowe partye odontoblastów przemieniają się w klejodajną podstawową substancyę, która następnie ulega zwapnieniu przy równoczesnym zaniku jąder w odontoblastach. Część odontoblastów osiowa, jako mniej lub więcej cienka nitka, tkwi w stwardniałej masie i przedstawia zawiązek włókna zębowego. Przez wypustkę idącą ku miazdze zębowej (*Pulpafortsatz*) każdy odontoblast pozostaje w związku z komórkami miazgi, głębiej położonemi i zwiększającemi się następowo tak, że gdy odontoblast skostnieje aż do włókna, na jego miejsce wstępuje inny, i w ten sposób ciągłość włókna zostaje nieprzerwaną. W ten więc sposób każde włókno zębinowe musi być uważane jako szczątek kilku odontoblastów zespolonych ze sobą. Tak zatem zębina ze wszystkiemi swemi częściami składowemi powstaje tylko z odontoblastów, zmienionych chemicznie i postaciowo.

Powyżej przytoczeni badacze, jak widzimy, przypisują wszystkim odontoblastom wspólną i równorzędną rolę w sprawie wytwarzania się zębiny.

Dopiero Andrew [3]) w r. 1894 opiera teoryę swoją na podziale odontoblastów na dwie gromady, mianowicie jedne z szeroką podstawą, które przeistaczają się w podstawową istotę, drugie są kształtu gruszkowatego i wrzecionowatego z długiemi wypustkami, które przemieniają się we włókna zębinowe.

Bödecker [4]) stworzył wreszcie wielce sztuczną, najbardziej zawikłaną i hipotetyczną teoryę, która opiewa: Odontoblasty powstały przez zlanie się pewnej liczby komórek tkanki łącznej zarodkowej, zwanych „Markkörperchen" i znachodzą się one tam, gdzie tworzenie się zębiny niepostępuje naprzód. Gdzie się to wytwarzanie zębiny odbywa, odontoblasty rozpadają się na „Markkörperchen", które bezpośrednio przetwarzają się w istotę podstawową zębiny. Odontoblasty nie są więc bezpośrednimi wytwórcami zębiny, ale tymczasowemi formacyami — tworami, że tak nazwać można, prowizorycznemi.

[1]) Scheff: Handbuch des Zahnheilkunde 1891. Bd. I. pag. 242 i Kölliker: Handbuch der Gewebelehre 1899 str. 113.

[2]) Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben T. I. str. 350 rok 1871.

[3]) Andrew: The origin of the Dental-Fibers, *Archiv of Dentistry*, 1887.

[4]) C. F. W. Bodecker: Die Anatomie und Pathologie der Zähne 1896.

Cały ten szereg teoryj niezadowolnił atoli niektórych badaczy, między innymi i Morgensterna, odznaczającego się niezmierną bujnością pomysłów. Wypowiedział on w roku 1891 [1]) nową teoryę, którą z natury rzeczy musimy przedstawić w całej rozciągłości.

Teorya Morgensterna przedstawia się tak: Jak wiadomo, miazga zęba ludzkiego płodu, z początkiem jeszcze czwartego miesiąca przedstawia jednolite wejrzenie, składa się bowiem tylko z okrągłych komórek o wielkich jądrach, ale niewielką za to ilością protoplazmy. Te okrągłe komórki, zwłaszcza ich warstwa obwodowo położona, stając się z czasem bogatemi w protoplazmę, dostają wypustki, które się łączą z wypustkami innych komórek sąsiednich, przyczem zmieniają swój kształt okrągły na wieloboczny. To różne upostaciowanie przybrzeżnych komórek, które się już należycie wyróżnicowały, ogranicza się mniej więcej do postaci gruszkowatej, marchwiowatej, okrągłej i poligonalnej. Morgenstern pierwszy zakwestyonował, jakoby te wszystkie twory opisywane jako komórki, były rzeczywiście komórkami i mówi w ten sposób: „Tylko twory okrągłe, gruszkowate i marchwiowate są prawdziwemi komórkami, wszystkie inne są narządami z nich powstałymi przez proces konjugacyi.“ Pierwsze zwie on komórkami elementarnemi, drugie dopiero odontoblastami, w przeciwstawieniu do innych autorów, którzy wszystkie komórki już wyróżnicowane, położone przy brzegu miazgi, nazywali odontoblastami i jako takie opisywali. Zapuszczając się w szczegółowy opis jednych i drugich, tj. komórek elementarnych i właściwych, według niego, odontoblastów, to odróżnienie jednych od drugich motywuje w ten sposób: Komórki elementarne są rzeczywistemi komórkami, bo posiadają ściśle odgraniczone, bezosłonkowe ciało komórkowe z wyraźnem jądrem, posiadają nadto wypustkę zębinową, powstałą skutkiem wydłużenia się ciała komórki, zwróconą zawsze ku brzegowi miazgi. Wypustki wychodzą zawsze z ciała komórki, nie siedzą atoli nigdy na jej brzegu. W miejscach, gdzie zębina już została wytworzona, leżą te elementarne komórki na oko tylko w bezpośredniem z zetknięciu z tąż zębiną, ale są od niej oddzielone warstwą utworów walcowatych lub stożkowatych. Według Morgensterna odontoblasty mogą nieposiadać żadnego jądra, jedno lub więcej jąder; w tym ostatnim przypadku tylko to jądro jest wyraźnie zaznaczone, które jest od zębiny najwięcej oddalone. Odontoblast tem się różni od komórek elementarnych, z których powstał, że posiada osłonkę komórkową w kształcie powłoczki (*cuticula*) na przednim szerokim końcu, i z tej to powłoczki wychodzą wypustki odontoblastów. Proces stapiania się komórek elementarnych w jeden odontoblast Morgensterna poznać można, po całym szeregu przejściowych kształtów, między którymi kształt biszkoptu lub klepsydry najczęściej się spotyka. W tym właściwym okresie konjugacyi, każda połowa klepsydry lub biszkopta wykazuje osobne jądro, z tą atoli różnicą, że jądro, należące do połowy obwodowej (zwróconej ku zębinie) mniej jest czułe na barwiki, niż jądro połówki zwróconej ku środkowi miazgi zęba. W każdym odontoblaście odbywać się mają ustawiczne przemiany, polegające na ubytku substancyi na obwodowym, do zębiny zwróconym końcu, przy równoczesnym przybytku tej substancyi na końcu dośrodkowym, zwróconym do miazgi zębowej. Ubytek warunkowany jest przez zużycie substancyi przy tworzeniu się zębiny, — przybytek — przez przyjęcie nowych komórek elementarnych z miazgi.

Stawiając sprawę prościej i jaśniej, powiedzmy tak: konjugacya Morgensterna polega na tem, że dwie komórki elementarne stapiają się w jedną w ten sposób, iż protoplasma ich tak się ze sobą zespala, że granica między jedną a drugą komórką się zaciera, jądro komórki położonej na obwodzie zanika, przyczem wypustki elementarnych komórek, składających się na jeden odontoblast, łączą się ze sobą w jedną wspólną wypustkę, jeśli stoją prostopadle do brzegu zębiny. Naturalnie, że i świeżo powstałe wypustki odontoblastów stoją również prostopadle do brzegu zębiny i przedstawiają jakoby preformowane włókna zębinowe, które dla jej budowy mają znaczenie włókien kierunkowych.

To, co tylko pośrednio z powyższą teoryą się wiąże, tj. w jaki sposób z odontoblastów, powstałych przez proces konjugacyi, wytwarza się zębina, dałoby się streścić mniej więcej w tych słowach: Na obwodowym końcu odontoblasta, w miejsce protoplasmy, zjawia się tkanina włóknista, jasno żółtawa, silnie światło łamiąca, która z czasem nietylko zajmuje miejsce zanikłej plazmy komórkowej, ale przekraczając granice tejże właśnie zanikłej protoplazmy, wypełnia przestwory między odontoblastami. Ta substancya, już jako substancya zębinotwórcza, wytworzona jest w samych odontoblastach, wytworzenie się jej atoli nie jest produktem wydzielniczym samychże odontoblastów, ale jest jakby przemianą ich pierwotnej substancyi, w tę zębinotwórczą tkaninę, po której dopiero zjawia się istota podstawowa zębiny.

Jak więc widzimy, wszystkie te teorye wychodzą z tego samego założenia, uznanego i przyjętego dziś za pewnik, że dla zębiny punktem wyjścia są odontoblasty, ale też tylko ten pewnik teorye te łączy. Od tego momentu rozchodzą się one w kierunku pytań, czy wytwarzanie się jest pośrednie, czy bezpośrednie, czy odontoblasty całe, jako takie, czy też ich obwodowe części składają się na wytwórczość zębiny, czy jedna warstwa tychże komórek jest zębinowotwórczą, czy też dopiero twory, powstałe z konjugacyi dwóch lub więcej komórek, dają zaczątek wytwarzania się zębiny.

Ten ostatni właśnie szczegół stanowi główny moment i oś rzekomo oryginalnej teoryi Morgensterna, teoryi, która od chwili zapoznania się z nią dawała mi wiele do myślenia, przedewszystkiem dlatego, bo jako podstawę przyjmowała stwierdzony niby fakt łączenia się ścisłego komórek w jedną, fakt bądź co bądź dotąd w histologii (prócz momentu zapładniania) w normalnych warunkach niespostrzegany. Nieufność do tej teoryi podtrzymywał u mnie i ten pewnik, że Morgenstern należy do owych niezbyt szczęśliwych badaczy, którzy nie mogą się doczekać potwierdzenia swych spostrzeżeń przez innych pracowników, co gorsza nawet, — spotykają się prawie z reguły z ich zaprzeczeniem.

Wszakżeż tak poważny badacz, jak Otto Walkhof [1]), wprost i bez ogródek oświadcza, że zjawisk spostrzeganych i opisywanych przez Morgensterna, a nazwanych przez niego konjugacyą odontoblastów, nigdzie nie znalazł, pomimo skrzętnych poszukiwań i posługiwania się

[1]) Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde Bd. I. pag. 277.

[1]) Beiträge zum feineren Bau des Schmelzes und zur Entwickelung des Zahnbeins. *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, 1898.

tą samą mniej więcej metodą badania. Niemniej sceptyczny sąd o tej teoryi wygłasza Ebner, twierdząc, że obrazy, rysowane przez Morgensterna, są optycznem złudzeniem, wywołanem przez ukośne cięcie preparatów. Jeśli wreszcie dodam, że cała teorya ta na wielu punktach, zwłaszcza gdy twórca jej podaje reguły, jak elementarnych komórek wypustki łączą się w jedną wspólną wypustkę, jest tak geometrycznie sztucznie zrobioną, że ledwo po głębokim wysiłku można zrozumieć o co autorowi chodzi, to trudno nieprzyznać, że moje powątpiewania w prawdziwość tej teoryi znajdowały dostateczne uzasadnienie. Z tem wszystkiem jednak musiałem się liczyć z faktem, że bodaj jeden badacz — badaniami swemi stwierdził Morgensternowską teoryą. Proces ten niezwykle ciekawy znalazł poparcie w pracy Erwina Höhla [1]), prowadzonej pod kierunkiem Spalteholza i ta właśnie okoliczność zachęciła mnie do dokładnego i najnowszemi metodami przeprowadzonego badania, w tej nadziei, że uda mi się wyświetlić istnienie i znaczenie procesu, zwanego konjugacya i z przeświadczeniem, że proces, tak w świecie zwierzęcym wyjątkowy, musi się dokonywać bardziej zawile, niż ci obaj badacze opisali.

Zanim atoli przystąpię do szczegółowego opisu, w jaki sposób badania moje własne przeprowadziłem, i jaki wynik z nich osiągnąłem, w pierwszym rzędzie rozpatrzeć muszę, jaki jest stosunek teoryi Morgensterna do poprzednio już istniejących; o ile myśli w niej zawarte mogą być zaczerpnięte z dawniejszych badań; co w tej teoryi jest ściśle oryginalnego, wreszcie uwydatnić, pewne niejasności jej z punktu widzenia histologicznego. Nadmieniłem co dopiero, że jedynym, jak dotąd, i jak się zdaje gorącym zwolennikiem teoryi Morgensterna jest Höhl, atoli zaraz na wstępie musimy zaznaczyć, że i on w niejednym kierunku z twierdzeniami Morgensterna się nie zgadza, jak to w dalszym ciągu niniejszej pracy zobaczymy. Czytając z uwagą pracę Höhla, odnosi się mimowolnie wrażenie, że jego zapał do tej teoryi, w miarę drobiazgowego rozpatrywania szczegółów, stygnie. Aczkolwiek bowiem mówi on wyraźnie, że zjawiska przez Morgensterna opisywane potwierdzić musi w całości, przecież, jak wspomniałem, zaznacza on dość wybitną różnicę swoich zapatrywań od Morgensternowskich.

W pierwszym rzędzie czas, w którym proces konjugacyi się zjawia, przekłada on do późniejszych okresów w rozwoju miazgi zęba i zębiny, następnie podział przybrzeżnych a zróżnicowanych komórek miazgi uskutecznia nie na podstawie ich kształtu, ale według ugrupowania się w pierwsze lub następne rzędy, nazywając najbardziej obwodowo leżące komórki odontoblantami pierwszorzędnymi, komórki zaś od nich głębiej leżące nazywa on komórkami, mającemi się dopiero zkonjugować *(Conjugationszellen)*. Według Höhla komórki tych obu rzędów ulegają w nieco późniejszych okresach konjugacyi, a jako wynik jej powstają twory, nazwane przez niego odontoblastami drugorzędnymi.

Tworom tym, będącym wynikiem konjugacyi, odmawia Morgenstern, jak sobie przypominamy, cechy komórek; Höhl przeciwnie, nie widzi do tego żadnej zupełnie racyi; wreszcie, zaznaczając dalsze różnice, podnieść trzeba i ten fakt, że Höhl niemoże się zgodzić na sposób zachowania się i powstawania wypustek podczas procesów konjugacyjnych. Proces samejże konjugacyi skreśla Höhl w taki sam sposób, jak jej pierwotny autor, co więcej, powołuje się na rysunki Waldeyera i Köllikera, twierdząc wyraźnie, że pierwszy odtwarza warstwę komórek konjugujących się, jak również zkonjugowane odontoblasty; w rysunkach drugiego, chce widzieć odtworzonym ten okres, gdy elementarne komórki po złączeniu się przyjmują kształt klepsydry. W takiem twierdzeniu Höbla niema atoli żadnej słuszności. Gdyby się bowiem nawet przyjęło proces konjugacyjny nieco zmodyfikowany, jak go określa Höhl, tj. „że pod pierwotnymi odontoblastami konjugacyjne komórki coraz więcej zbliżają się ku obwodowi, następnie swoje wypustki w przestrzenie między odontoblastami wysyłają i wreszcie łączą się z ich plazmą w jedno ciało komórkowe o formie klepsydrowej lub bisquitowej, to na żaden sposób niemożna się zgodzić, aby to odpowiadało rysunkom Waldeyera. Tym ostatnim bowiem dokładnie się przypatrzywszy dostrzedz można bez wysiłku granicę, w której się dwie wypustki komórkowe tylko stykają, a nie łączą. W rysunku tym zresztą jądro komórki górnej jest równie wyraźnie zaznaczone, jak dolnej, nieznać na niem ani śladu jakichkolwiek zmian. Waldeyer odtwarza więc komórki, leżące tuż obok lub pod sobą, stykające się ze sobą wypustkami, a nie ciałem komórkowem, a taki fakt łączenia się wypustkami był już i w innych tkankach opisywany. Tak więc powoływanie się na rysunki Waldeyera celem stwierdzenia konjugacyjnej teoryi, nazwać trzeba w tym przypadku niefortunnem i bezkrytycznem. Niefortunnem, bo oryginalność tej teoryi znacznie redukuje, bezkrytycznem, bo argumentami chce zwać fakta wcale nieistniejące.

Pewną wspólność z Waldeyerem ma tylko zasadnicza myśl łączenia się, ale u tegoż komórki, biorące udział w wytwarzaniu zębiny, łączą się pomiędzy sobą tylko zapomocą wypustek. Sama więc idea i obserwacya łączenia się komórek była już przez niego wyrażona, ale to łączenie się ogranicza się tylko do wypustek odontoblastów; co więcej, ma ono miejsce pod ten czas, gdy zębina jest już w toku wytwarzania się, gdy tymczasem Morgenstern i Höhl chcą widzieć łączenie się (konjugacyę) całego ciała komórkowego i to jeszcze przed zaczęciem wytwarzania się zębiny.

Porównywując dalsze okresy przemian, jakim ulegają odontoblasty u Waldeyera a u Morgensterna, widzimy, że według pierwszego cały szereg przemian odbywa się tylko w jednej komórce, z niej jednej wszystko wytwarza się, u Morgensterna przemiany te odbywają się dopiero w tworze złożonym, powstałym przez konjugacyę. Bezwątpienia przyjąć można za pewnik, że teorya konjugacyjna ułożoną została z zasad Waldeyerowskich pomysłów, — w następstwach tylko daleko odbiegła od niej. Z tego więc punktu widzenia, oryginalność jej blednie.

Jeszcze więcej zmniejszyć się ona musi, gdy przypomnimy sobie, że już Andrews klasyfikuje odontoblasty w podobny sposób jak Morgenstern, że więc ten drugi w opisie tych tworów niemal dosłownie słowa swego poprzednika Andrewsa powtarza.

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) Beitrag zur Histologie der Pulpa und des Dentins. *Archiv für Anat. und Physiol.*, 1896.

II. O ile silne bodźce, działające na skórę, wpływają na rdzeń?

Podał

Dr. M. Switalski.

Chcąc odpowiedzieć na powyższe pytanie, wykonałem w pracowni prof. Oppenheima w Berlinie szereg doświadczeń na królikach, — a to w ten sposób, że jednę z kończyn tylnych, dokładnie ogoloną, drażniłem u rozmaitych zwierząt rozmaitymi bodźcami.

Do doświadczeń użyłem 13 królików. U 2 drażniłem 1 godzinę kończynę tylną lewą prądem przerywanym, pochodzącym ze zwykłego przyrządu saneczkowego, połączonego z 1 stosem Grovego. Cewki były w ciągu całego doświadczenia zesunięte, wskutek czego prąd był bardzo silny. Elektrodę działającą stanowił pędzel druciany zwykłych rozmiarów; elektroda zaś obojętna, o powierzchni 2·5 ctm.², umieszczoną była na pośladku tej samej kończyny. U trzech królików przedłużyłem doświadczenie w tych samych warunkach do trzech godzin. U 2 królików nasmarowałem kończynę tylną lewą rozczynem 20% olejku gorczycznego i pozostawiłem je przy życiu 24 godzin. Po upływie tego czasu skóra, a szczególnie tkanka podskórna, okazywały znaczny obrzęk; skóra była zaczerwiona, bez pęcherzy.

Troje zwierząt po nasmarowaniu kończyny wspomnianym płynem żyło 48 godzin, a po zabiciu ich przekonałem się, że obrzęk tkanki podskórnej nie był tak wybitny, jak u zwierząt poprzednich; natomiast ciecz, przenikająca tkankę podskórną, była mętnawa, tu i owdzie znajdowały się małe wynaczynionki, na skórze zaś kilka drobnych krostek.

Jeden królik żył po nasmarowaniu $2^1/_2$ godzin, 2 królikom oparzyłem kończynę płomieniem lampki Bunsenowskiej i jednego pozostawiłem przy życiu 24 — drugiego 48 godzin. Oparzenie było w obydwu razach stopnia I-go, a tylko w jednem miejscu u królika pierwszego, a mianowicie w okolicy kolana, znachodził się pęcherz wielkości 20 halerzy.

Zwierzęta zabijałem przez odcięcie głowy. Rdzeń świeżo wyjęty wkładałem w części do wyskoku, w części zaś do płynu Müllera, a następnie badałem go sposobem Marchiego, komórki zaś sposobem Lenhosseka, który od sposobu Nissla różni się tem, że kawałki rdzenia zatapia się w parafinie, a skrawki barwi się na szkiełku nasyconem rozczynem wodnym błękitu toluidyny. Sposób ten jest o tyle dogodnym, że mniej czasu zajmuje, obrazy komórek, co do swej wyrazistości, nie ustępują obrazom, jakie otrzymujemy trzymając się ściśle przepisu Nissla, a trwałością swoją przewyższają preparaty, barwione błękitem metylowym. Jeszcze jedna dogodność, jaką mamy, zatapiając rdzeń w parafinie, jest ta, że skrawki w tej postaci przechowywać można bardzo długo bez obawy, by w komórkach powstały jakieś zmiany przypadkowe.

Wynik badania komórek w części lędźwiowej rdzenia, jakoteż i części wyższych, był we wszystkich przypadkach ujemny, z wyjątkiem w 2, a to u tych zwierząt, u których kończyna wystawioną była na działanie prądu przerywanego przez trzy godziny. Komórki w części lędźwiowej rdzenia po stronie drażnionej przedstawiały zmiany w postaci rozpadu jednostajnego ciałek Nissla (chromatolysis), a tu i owdzie nagromadzenia się chromatyny około jądra. Zmiany te nie dotyczyły wszystkich komórek, a można je było widzieć w komórkach rogów przednich, szczególnie w grupach przednio-bocznych. Przeważna zaś część komórek zachowywała się zupełnie prawidłowo, komórki na granicy rogów, w rogach tylnych i w grupach około przewodu środkowego nie przedstawiały najmniejszych zboczeń. Nie mniej ujemny wynik dało badanie rdzenia sposobem Marchiego. Nigdzie nie napotykamy włókien, któreby sprawiały pewne wątpliwości co do swego prawidłowego zachowania się.

Jakież znaczenie i pochodzenie przypisać należy powyższym zmianom? Sądzę, że prawie z wszelką pewnością wykluczyć możemy, by one były następstwem podrażnienia skóry, a względnie zakończeń nerwowych i nerwów czuciowych. Drażniąc kończynę prądem o znacznej sile, drażnimy nietylko samą skórę, jako bezpośrednio będącą w zetknieniu z elektrodą, ale odnogi prądu działają także i na części głębiej położone, — jak mięśnie i nerwy. To działanie prądu na nerwy ruchowe stanowi dla nich podnietę, która przenosi się dośrodkowo, wprawia komórki rogów przednich w stan czynny, a następnie w stan znużenia, który objawia się powyżej wspomnionemi zmianami. Podobne, ale znaczniejsze zmiany w komórkach rogów przednich wykazał Luxenburg*), drażniąc prądem przerywanym odsłonięty nerw udowy. Przyczyny tego, że zmiany, które wykazał wspomniany autor, były liczniejsze i dalej idące, upatrywać należy po części w silnym urazie, jakim była operacya wstępna (przecięcie rdzenia podłużnie i poprzecznie), a powtóre, że na działanie prądu wystawiony był nerw bezpośrednio. Za słusznością tego twierdzenia przemawia ta okoliczność, że nie znachodzimy żadnych zmian w komórkach rogów przednich tych zwierząt, których skóra wystawioną była na działanie silnych bodźców chemicznych i termicznych.

Tutaj działanie było tylko ograniczone do samej skóry — tak, że nerwy ruchowe nie były niemi zadrażnione, to też i brak zmian w komórkach ruchowych.

Streszczając wynik powyższych doświadczeń, przyjdziemy do następujących wniosków: 1) bodźce, działające na ograniczoną część skóry, nie pociągają za sobą zmian w rdzeniu, którebyśmy wykazać mogli, 2) zmiany w komórkach ruchowych rogów przednich przy drażnieniu skóry prądem elektrycznym są następstwem równoczesnego działania prądu na nerwy ruchowe.

III. Wyciągi.

Schütze: **Przypadek błonicy, powikłany rumieniem węzłowatym** *(erythema nodosum)* **i obrzękiem stawów, a nieleczony surowicą.** *(Deutsche mediz. Woch).* Pomiędzy następstwami leczenia błonicy surowicą wymienia się na pierwszem miejscu osutki, spostrzegane w rozmaitym odsetku leczonych przypadków. (Unruh 2·22% — Monti 52%). S. opisuje przypadek stwierdzonej badaniem bakteryologicznem błonicy u 25-letniej kobiety, w którym nie użyto zastrzykiwań surowicy, stósowano tylko płókania. Przebieg był pomyślny, jednak w 3 dni po ustąpieniu gorączki po-

---

*) Luksenburg: *Neurol. Centbl. 1899, Nr. 14. Ref. Przegl. lek. 1900, Nr. 3.*

jawił się obrzęk i bolesność w prawym, później w lewym stawie skokowym, równocześnie zauważono podniesienie się ciepłoty do 38·8 i na przedniej powierzchni podudzi objawy rumienia. Wszystkie te objawy ustąpiły w ciągu kilku dni. Podobieństwo powikłań błonicy w tym przypadku do powikłań, opisywanych po zastrzykiwaniach surowicy, nasuwa wątpliwości, czy wszystkie przypadki, w których po zastósowaniu surowicy wystąpiły powikłania, należy uważać za wywołane surowicą. Wątpliwości te podniósł już poprzednio Bagińsky, który przypadki podobne jeszcze w czasach przedsurowiczych spostrzegał i opisał. Zapewne, że ten przypadek, gdyby był leczony surowicą, jak i wiele innych, policzony byłby na karb ujemnego działania surowicy.

Doc. Raczyński.

Schmid A.: **O epidemiach różyczki** *(rubeola)* **i rumienia** *(erythema)*. *(Wiener klinische Woch.* Nr. 47, 1899). W Gradcu panowała z końcem r. 1898 i początkiem r. 1899 epidemia różyczki; zapadło na nią 723 dzieci, w tem 90% poniżej lat 14. Osutka, główny objaw tej choroby, występowała albo pod postacią drobnych, małych, niewyniosłych punkcików, a więc była wejrzeniem zbliżona do płonicy, lub też pod postacią dużych, wyniosłych plam, podobnych do wysypki odrowej. Podobieństwo z odrą było nieraz tak rażące, że o rozpoznaniu rozstrzygała dopiero obecność, względnie brak objawów, stale towarzyszących odrze. Dla różyczki znamienną jest ta okoliczność, że niema objawów zwiastunowych, a i gorączka w chwili pojawienia się osutki nie należy do stałych objawów. Niektórzy autorowie przypisują wielkie znaczenie spostrzeganemu przez nich w różyczce obrzękowi gruczołów chłonnych karkowych i szyjnych; S. nie zauważył, aby objaw ten przydarzał się często, nie można go więc też uważać za charakterystyczny dla tej choroby. Czas wylęgania różyczki oznacza S. na podstawie własnych spostrzeżeń na 13—19 dni. Rozpoznanie różyczki, a zwłaszcza odróżnienie jej od odry, napotyka w pewnych przypadkach na trudności; ułatwia wtedy sprawę tak zwany objaw Koplika, gdyż stale spotykane w odrze plamki na błonie śluzowej jamy ust nie przydarzają się w różyczce. Do odróżnienia tych dwu chorób posłużyła autorowi w niektórych przypadkach próba moczu na diazoreakcyę, gdyż dodatni wynik tej próby przemawia za odrą.

Bliższe zapoznanie się z różyczką dało możność S. odróżnienia tej choroby od innej choroby, również epidemicznej, osutkowej, tj. od t. zw. rumienia zakaźnego *(erythema infectiosum)*. Rumień odznacza się osutką plamistą, trochę nad powierzchnią skóry wyniosłą, która najpierw zajmuje policzki, później pojawia się na czole, nosie, brodzie, wreszcie przechodzi na tułów i kończyny. Znamiennem jest, że rumień nie pojawia się równocześnie na całem ciele, lecz występuje okresowo tak, że możemy na tym samym osobniku widzieć osutkę ustępującą obok dopiero występującej; przydarza się też, że rumień po ustąpieniu pojawia się w kilka godzin na nowo. Ważnem jest, że osutka jest jedynym objawem tej choroby. Rumień zakaźny różni się od osutek skórnych innej przyrody tem, że pojawia się epidemicznie, od różyczki zaś odróżnia się sposobem występowania osutki, jej rozłożeniem i ustępowaniem. Mimo tych różnic uważał S. dłuższy czas różyczkę i rumień za jedną chorobę i dopiero ścisłe badanie przypadków, w których po odrze przyszedł rumień, a później różyczka, naprowadziły na myśl, że się ma do czynienia z samoistną chorobą zakaźną. Należy dodać, że S. nie jest pierwszym, który tę chorobę spostrzegł i opisał.

Doc. Raczyński.

Czerny (Wrocław).: **„Forsowne żywienie“** *(Jahrb. f. Kinderhlkd.* 51, 1. 1900). Forsownemu żywieniu lub pożywnej dyecie przypisuje się w praktyce wielkie znaczenie. Od czasów Liebiga, który uważał białko za główną i istotną część pożywienia, stosuje się często u chorych, a zwłaszcza u dzieci, t. zw. posilną dyetę, złożoną prawie wyłącznie z mleka, jaj, mięsa, przypisując jej, że przyczynia się do rozwoju dzieci, że czyni dzieci odporniejszemi na choroby zakaźne itd. Czerny zauważył, że te forsownie żywione dzieci najczęściej są chude, blade, a więc że dyeta taka nie przynosi skutku; co gorzej, zauważył także, że przynosi ona w niektórych przypadkach szkodę, narażając dzieci na pewne, z dyety tej wynikające cierpienia. Do tych przedewszystkiem zaliczyć trzeba zaparcie stolca; przydarza się ono najczęściej u dzieci, spożywających duże ilości (1—2 litry na dobę) mleka. Wyłącznemu używaniu przez dzieci 2—3 litrów mleka przypisuje Cz. przydarzającą się u tych dzieci niedokrewność, niedającą się wyleczyć podawaniem żelaza, a ustępującą, gdy mleko, jako wyłączne pożywienie, zastąpiono dyetą mieszaną. Dzieci, żywione dużemi ilościami mleka, cierpią też czasami na brak łaknienia, nie dający się usunąć żadnymi środkami t. zw. „pobudzającymi łaknienie“; odstawienie mleka przywraca dzieciom prawidłowe łaknienie. Dzieci, żywione dużemi ilościami mięsa, cierpią znów często na wysycenie moczu (głównie kwasem moczowym); dziewczęta mogą z tego powodu nabyć zapalenia sromu *(vulvitis)*. Choroby skórne, czy to jako świerzbiączka, czy wyprysk, przydarzają się też często u dzieci forsownie odżywianych, a choroby te opierają się miejscowemu leczeniu tak długo, jak długo nie zmieniono dyety. Dość często zauważono też, że dzieci, zbyt obficie żywione, źle sypiają. Widzimy więc, że ze stanowiska klinicznego doświadczenia żywienie forsowne nie przynosi żadnych korzyści, a i ze stanowiska teoretycznego zarzucićby temu żywieniu można, że ilość azotu, mająca być zatrzymaną, jest stosunkowo mała, wreszcie, że to zatrzymanie i przyswajanie azotu z ciał białkowatych odbywa się daleko lepiej w obecności pokarmów innego rodzaju, a zwłaszcza wobec wodników węgla.

Doc. Raczyński.

Dr. P. Biermer. **Cięcie cesarskie metodą Fritscha, wykonane z powodu drgawek porodowych u ciężarnej, będącej w końcu ciąży.** (*Münch. med. Wochenschr.* N. 47, 1899). W przypadku ciężkich drgawek u ciężarnej dokonał autor cięcia cesarskiego poprzecznem cięciem macicy w dnie, uważając ten zabieg za najodpowiedniejszy u ciężarnej dla szybkiego rozwiązania matki. Mimo ukończenia porodu drgawki utrzymywały się nadal i chora w 36 godzin po dokonaniu cięcia cesarskiego zmarła, przebywszy jeszcze po rozwiązaniu 24 napadów. Przypadek ten nie odstrasza autora zupełnie; sądzi on, że w bardzo ciężkich przypadkach drgawek u ciężarnych, gdzie natychmiastowe przeprowadzenie porodu jest wskazane, cięcie cesarskie jest znacznie łagodniejszym zabiegiem od nacięć szyi i pewnie prowadzi do celu. Po cięciu cesarskiem u cierpiących na drgawki, śmiertelność matek wynosi 47%, podczas gdy przy postępowaniu zachowawczem śmiertelność dochodzi do 25%; z uwagi jednak, że zachowawczo leczy się przypadki łagodne, operacyjnie zaś tylko ciężkie, porównywanie wyników przy obu sposobach postępowania jest niemożliwem. *St. D.*

Prof. Fr. Schultze. **Nakłócie rdzenia i wstrzyknięcie doń surowicy przeciwtężcowej w przypadku tężca urazowego.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. V, Z. I). Gdy w przypadku tężca urazowego podskórne wstrzyknięcia surowicy nie pomagały, zastrzyknął S. w 5tym dniu choroby po odpuszczeniu 20 grm. płynu mózgowordzeniowego, 15 grm. surowicy przeciwtężcowej. Mimo to i mimo powtórzonego takiego samego wstrzyknięcia 7go dnia choroby, cierpienie postępowało dalej do pewnego stopnia, poczem rozpoczęło się zdrowienie. Nie wyciągając żadnych wniosków z tego spostrzeżenia, mniema autor, że surowica, tą drogą podana, może łatwiej działać (jeżeli wogóle działa), aniżeli z tkanki podskórnej lub choćby nawet od strony mózgu (*Quénu*).

Herman.

Frieser J. W. Dr. (w Wiedniu). **Wartość lecznicza tiokolu i syroliny.** *(Therapeutische Monatshefte*, 1899, Z. 12). Obok cynamonianu sodowego czyli petolu, który działa bardzo dobrze w świeżych przypadkach gruźlicy płuc na podstawie własnego doświadczenia podnosi autor wartość, tiokolu i syroliny. Podawanie jest bardzo wygodne, ponie-

waż tiokol rozpuszcza się łatwo w wodzie, można więc go zapisywać nawet dzieciom, poprawiwszy smak słabo gorzkawy jakimkolwiek dodatkiem. Tiokol (lub syrolina) nadaje się do leczenia przewlekłych nieżytów dróg oddechowych, spraw chorobowych, połączonych z rozedmą płuc, zapalenia cuchnącego oskrzeli (*bronchitis putrida*). Nie drażni wcale przewodu pokarmowego, nie sprowadza też zatrucia. Zwierzęta znoszą bardzo duże dawki bez szkody, po 6 — 8 grm. dziennie bez ujmy. Autor podaje po 1·0 — 1·5 tiokolu trzy do cztery razy dziennie przez dłuższy czas. Syrolinę 3 — 4 łyżeczki dziennie. Dzieciom najlepiej w płynie: *Thiocol. 3·0 — 5·0, Aq· d. 120·0, Syr. cort. aur. 25·0. MS. 3 — 4 r. dz. po łyżeczce.*

Tiokol można podawać nietylko w początkach, ale i w posuniętych stanach gruźlicy płuc. Wogóle ma być dobrym nabytkiem we ftyzeoterapii, o czem już korzystnie świadczy przybytek na wadze, jaki zauważył autor u swoich chorych. *Dr. Eljasz Radzikowski*

Dr. G. Voyer. **Przyczynek do leczenia ichtyolem w chorobach kobiecych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 47, 1899). Autor podnosi doniosłe znaczenie lecznicze ichtyolu najpierw w ostrych schorzeniach połogowych, połączonych w wypociną; podnosi jego działanie wchłonne, a zwłaszcza kojące. Środek analogiczny z ichtyolem, t. zw. „petrosufol“ nie dorównał ichtyolowi w podobnych przypadkach, gdyż brak mu było właśnie tego działania kojącego. Doskonałe wyniki lecznicze osiągnął autor również przy stosowaniu ichtyolu w przypadkach przewlekłych schorzeń otoczenia macicy; petrosulfol i w tych schorzeniach, zdaniem autora, ichtyolu nie może zastąpić. Ichtyolu używał również autor do gojenia t. zw. nadżerek z bardzo dobrym skutkiem. Wreszcie używał autor ichtyolu przy rozpadających się rakach nie nadających się już do radykalnego leczenia: zauważył przy tem, że ma on wielkie zalety odwaniające, oczyszczające, a co najważniejsze — kojące. Petrosulfol stósowany w tych przypadkach przez autora działał oczyszczająco i odwaniająco, nie działał jednakże zupełnie na bóle. Autor sądzi, że przy stósowaniu ichtyolu najczęściej można się obejść bez narkotyków.

Tamponów ichtyolowych używał autor także z dobrym skutkiem po kolpeuryzie rtęcią.

Ichtyol, podawany wewnętrznie, ma zdaniem autora podnosić ogólny stan chorego. *St. D.*

Dr. Zuppinger (Wiedeń). **Jak zapalenie ropne opon mózgowych może niekiedy wywoływać objawy, podobne do przebicia przełyku wskutek sondowania.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 34 z r. 1899). Autor opisuje przypadek z praktyki ambulatoryjnej, w którym u chłopca 4-letniego rozszerzał przez dłuższy czas sondami elastycznemi zwężenie przełyku, powstałe po wypiciu ługu potasowego. Ostatni raz 8-go lipca wprowadził sondę bez użycia siły. Dziecko było przez cały dzień zdrowe, piło mleko bez przeszkody i bez bólu, nagle wieczorem zaczęło się uskarżać na ból głowy i brzucha, dostało wymiotów i drgawek. W nocy przyniesiono dziecko do szpitala i wśród tych objawów dnia następnego śmierć nastąpiła. Przy sekcyi nie wykazano żadnych obrażeń przełyku, a natomiast ropne zapalenie opon mózgowych u podstawy czaszki.

Czy w tym przypadku zapalenie opon samoistnie wystąpiło, czy może nastąpił przerzut z powodu zakażenia ranki powierzchownej przełyku, która się wnet zagoiła, rozstrzygnąć się nie da. Objawy zapalenia opon mózgowych były nieco podobne do objawów zapalenia otrzewnej i w podobnych razach, w celu usunięcia podejrzenia, któreby rodzina mogła rzucić na lekarza, radzi domagać się obdukcyi zwłok. *Dr. Karchezy.*

Krafft-Ebing. **O stwardnieniu rozsianem.** (*Allgem. Wiener med. Zeitung* Nr. 2 i Nr. 3, 1900). Według autora istota choroby polega na tworzeniu się ograniczonych ognisk w układzie nerwowym ośrodkowym, czasem i w obwodowym, pociągających za sobą w miejscach powstania zanik prawidłowych składników nerwowych. Ponieważ zaś te ogniska mogą się usadowić w różnych okolicach układu nerwowego, dlatego i obraz chorobowy może być każdego razu odmienny, za czem idzie, że i rozpoznanie cierpienia bywa bardzo utrudnione. Celem łatwiejszego oryentowania się należy przeprzedewszystkiem zwrócić uwagę, czy nie są zajęte także ośrodki mózgowe, które wywołują znane nam objawy chorobowe, jak ścieśnienie pola widzenia, chwilowe niedowidzenie (amblyopia) lub porażenie mięśni gałek ocznych. Następnie przyjmuje K.-E. dwie postaci choroby według tego, czy 1-o ogniska chorobowe leżą w okolicy komór mózgowych lub przewodu Sylwiusza, czy też 2-o zajęty jest móżdżek lub rdzeń kręgowy. W pierwszym przypadku cierpienie rozwija się szybko, występuje znamienne bieganie gałek ocznych (nystagmus), mowa staje się skandująca i wolniejsza, aż wreszcie dochodzi do zupełnej niemoty, w późniejszym zaś okresie choroby dołącza się do tego i drżenie kończyn (Intentionszittern). Jeśli zaś zajęty jest rdzeń kręgowy i móżdżek, to cierpienie rozwija się wolno przez miesiące lub lata, pojawia się niedomaganie kończyn, dochodzące czasem do zupełnej niezborności, występują zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, wreszcie chód staje się chwiejny, chory zaczyna tracić równowagę tak, że o własnych siłach na nogach utrzymać się nie może. Jako przyczyny tej choroby, występującej zwykle przed 40-tym rokiem życia, podaje autor przebyte choroby zakaźne (ospa, dur), przeziębienie, przemoczenie i wilgoć mieszkań, dziedziczności zaś nie przypisuje żadnej roli.

Rozpoznanie winno się opierać na wywiadach (brak przebytej kiły) i na objawach, przyczem pamiętać należy, że bardzo ważną cechą rozpoznawczą jest zmiana w dnie oka (obrzmienie i przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego, później zaś zblednienie i zwężenie dotyczących tętniczek), nigdy atoli nie przychodzi do zaniku nerwu wzrokowego, co właśnie ma miejsce przy wiądzie rdzenia; guz zaś w mózgu wywołuje zastoinową tarczę nerwu wzrokowego, a później zupełną ślepotę. Przechodząc do leczenia tej choroby, kładzie autor główny nacisk na zabiegi wodolecznicze, gimnastykę, a z środków aptecznych zaleca jodek potasu w wielkich dawkach (5,0—6,0 dziennie) i przetwory arsenu. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. R. Kutner. **O nowej metodzie leczenia kiły przez wdychiwania.** (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1900, Nr. 2). Wiadomo już oddawna, że rtęć stósowana w postaci wcierek dostaje się do ustroju nie tyle przez skórę ile przez wdychanie pary rtęciowej i na tej też zasadzie polegają metody lecznicze rtęcią Welandera, Mergeta, Ahmena i innych, polegające n. p. na noszeniu kawałka sukna wysmarowanego maścią rtęciową, sypianie na poduszce, w którą włożono flanelę napojoną maścią rtęciową i t. p. Autor stosuje wdychiwanie Hg. w ten sposób, iż w skrzynce zamkniętej rozciera zapomocą odpowiedniego przyrządu maść rtęciową (może to uskuteczniać sam chory) i oddycha powietrzem napojonem parą Hg., zapomocą odpowiedniej maski połączonej rurą kauczukową ze skrzynką. Skrzynka urządzona jest również w ten sposób, iż wnętrze jej można ogrzać w razie potrzeby, przez co naturalnie zwiększa się parowanie rtęci. Że rtęć w ten sposób stósowana dostaje się do ustroju o tem przekonał się również autor, albowiem przez ½ godzinne wdychiwanie (raz na dzień) zdołał po kilku posiedzeniach wykazać (przy pomocy Dr. Eschbauma) rtęć w moczu i to w ilościach, dających się oznaczyć. Próby, jakie autor wykonał dotychczas tą metodą, dawały wyniki zadawalniające. Objawy zatrucia nie występowały. Po każdem posiedzeniu poleca autor płókanie ust roztworem chloranu potasowego; pojawienia się zapalenia błony śluzowej dziąseł autor nie zauważył. *Dr. I. L.*

Meyer George (Berlin). **Tlen w ratowaniu ludzi w kopalniach.** (*Deutsch. med. Wochenschrift* 1900, Nr. 2). Autor miał odczyt w Towarzystwie medycyny wewnętrznej w Berlinie z okazaniem przyrządów służących do oddecha-

nia tlenem w kopalniach i w miejscach przepełnionych gazami trującymi. Rzecz jest wogóle mało znana lekarzom, dlatego omawiał ją autor obszerniej. Jak wiadomo z tlenu wdechanego przerabia człowiek około 4% na kwas węglowy. W przyrządzie do oddechania, który człowiek nosi na plecach, w t. zw. „pneumatoforze“, znajduje się 60 do 100 litrów zgęszczonego O. Ponieważ człowiek w 1 minucie wdecha i wydecha na objętość 5 litrów powietrza, więc skazany na oddechanie tlenem, zawartym w tym przyrządzie, zużyje owych 60 litrów w 12 minutach, albo 100 litrów w 20 minutach. Ale tylko 4% zużywa istotnie, a 96% wydecha z powietrzem wydechanem, więc trzeba tylko tę resztę oczyścić od CO_2, aby napowrót użyć tlenu już raz wydechanego. Zadanie to wiązania CO_2 spełniają alkalia żrące, umieszczone w przyrządzie. W ten sposób może człowiek ilością 60 litrów tlenu wystarczyć sobie na 1—1½ godz. a ilością 100 litrów na 2—2½ godziny. Dotychczas używane przyrządy, choć polegają wszystkie na zasadzie powyższej, mają różne niedogodności. Aby je ominąć wymyślił Giersberg, naczelnik straży pożarnej, przyrząd nowy, który autor pokazywał i objaśniał. Przyrząd nowy Giersberga przewyższa znacznie dotąd używane przyrządy Walcher-Gaertnera i Neuperta, a nadaje się tak w kopalniach, jak w czasie pożaru, wogóle w przestrzeni wypełnionej gazem niezdatnym do oddechania. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter. **Niedokładny rozwój macicy.** *(Wien. med. Presse.* Nr. 48). Autor w swej praktyce ginekologicznej znalazł 4·63% niedorozwoju macicy. Najniższym stopniem tego schorzenia jest macica dziecięca, charakteryzująca się znaczną nikłością, krótkością jamy, cienkością ścian, a co najważniejsza niestosunkiem długości szyi do długości trzonu. Schorzeniu temu może odpowiadać również nieodpowiedni rozwój jajników, pochwy i sromu. Kobiety dotknięte tą wadą rozwojową zwykle nie miesiączkują, gdy jajniki zaś są rozwinięte i pęcherzyki Graafa dojrzewają, wtedy mają t. zw. objawy zwiastunowe *(moliminae)*. Mniejszym stopniem niedorozwoju będzie macica pokwitania (uterus prubescens v. infantilis), gdzie macica jest nieznacznie tylko mniejszą od macicy prawidłowej, a tylko zachodzi podobny niestosunek między długością szyi a trzonu, jak w poprzednim stopniu schorzenia. Miesiączkowanie w tych przypadkach zwykle pojawia się późno, bywa ono nieregularne i krótko trwające, a często boleśne *(dysmenorrhoe)*. Macica taka może z biegiem lat dokształcić się i stać się zdolną do rozwoju jaja płodowego.

Trzecim rodzajem schorzenia jest macica niedokształcona *(ut. hypoplasticus)*; tu stosunek między szyją a trzonem jest prawidłowy, tylko macica w całości jest mniejszą. W takich przypadkach często miesiączkowanie się również opóźnia i bywa boleśnem. I ten rodzaj nieodpowiedniego rozwoju może z biegiem lat ustąpić dobremu rozwojowi.

Autor jest zdania, że częstą przyczyną nieodpowiedniego rozwoju macicy jest wczesne rozpoczęcie czynności płciowej u kobiet, które przed 21 rokiem życia wychodzą za mąż.

Leczenie macicy dziecięcej nie prowadzi zupełnie do celu.

Przy istnieniu macicy pokwitania i hypoplastycznej stosował autor leczenie elektrycznością i sprowadził zawsze prawidłowe miesiączkowanie, nie usunął jednak nigdy niepłodności. Zrobienie dyscysyi w tych schorzeniach uważa autor na podstawie swego rozumowania i doświadczenia za bezpodstawne. Jako dobry środek przeciw boleśnemu miesiączkowaniu uważa autor sporysz. Miesiączkowanie zastępcze uważa autor za bajkę. *St. D.*

Dr. J. B. Seldowicz. **O kokainizowaniu rdzenia sposobem Biera.** *(Centrblt. f. Chir.* 1899. Nr. 41). Na oddziele Zeidlera w Petersburgu stosował autor kilkakrotnie ten nowy sposób, niedawno przez Biera zalecony w miejsce innych środków znieczulających. Mianowicie: 1. U 59 l. kobiety wstrzyknął między 3—4 krąg lędźwiowy z strzykawki ½% rozczynu kokainy; znieczulenie wystąpiło po 8 minutach i zajmowało kończyny dolne aż do kolca talerza biodrowego. Zupełnie bez bólu wykonał amputacyę osteoplastyczną stopy sposobem Pirogowa. Operacya trwała 40 m. W 16 minut później (razem 56 m.) czucie wróciło. 2. Kobiecie 50 l. wstrzyknięto 0·006 kokainy w 1% rozczynie; znieczulenie wystąpiło po 9 minutach. Wykonano: odjęcie podudzia i wyjęcie gruczołów pachwinowych. Operacya trwała 30 minut; pod koniec operacyi czucie zaczęło powracać. 3. Kobiecie 55 l. wstrzyknięto 2 strzykawki 1% rozczynu kokainy; znieczulenie wystąpiło po 5 minutach. Bez bólu wyłuszczono gruczoły pachwinowe i wycięto dużego raka skórnego na udzie; ubytek ztąd powstały pokryto sposobem Thierscha. Znieczulenie trwało 35 minut i sięgało aż po okolicę pępka. 4. Dziewczynie 13 l. zastrzyknięto do rdzenia jedną strzykawkę 1% rozczynu; znieczulenie wystąpiło w 9 m. później i bez bólu wykonano typowe wypiłowanie stawu kolanowego. Operacya trwała 50 m. Z postrzeżeń tych wynika, że osiągnięto wynik pod względem znieczulenia zupełnie zadawalniający. U wszystkich jednak chorych stale występowały pewne objawy uboczne, jako to: ból głowy, zawrót głowy, wymioty, suchość w ustach, rozszerzenie źrenicy i co najważniejsza — znaczne podniesienie ciepłoty, do 40° C i wyżej. Objawy te jednak znikały już zwykle po pierwszej dobie. Autor, opierając się na równolegle przeprowadzonych doświadczeniach na zwierzętach, odnosi objawy te do zatrucia kokainą. *Herman.*

Schücking A. (Pyrmont).: **Nowy rozczyn do wlewania (infuzyi).** *(Therapeutische Monatshefte, 1899. Heft 12).* Zdania lekarzy co do skuteczności wlewań rozczynu solnego po krwotokach są podzielone. Rozczyn solny nie jest dla ustroju płynem obojętnym. W ogóle trzeba pamiętać, że nie ma płynów, któreby były obojętne dla serca. Badania Heringa wykazały, że rozczyn fizyologiczny soli, rozczyny alkaliów (aż do 0·1%), a także rozczyny różnych soli podrażniają mięsień na drodze elektrycznej, wskutek zamknięcia prądu spoczynkowego w mięśniu. Skurcz mięśnia powstaje więc wskutek podrażnienia elektrycznego, a nie z powodu podrażnienia chemicznego. Pewna zawartość soli w rozczynie wlewanym służy do utrzymania izotonii w osoczu krwi, tj. do zachowania ciałek krwi. Czysty fizyologiczny roztwór soli z początku działa pobudzająco, następnie jednakowoż, pod wpływem wstecznych wytworów przemiany materyi, które się nagromadzają, następuje porażenie serca.

Do tego początkowego okresu pobudzenia należy odnieść dobre skutki wlewań solnych w większej części. Na serce wycięte z ustroju o wiele korzystniej działają rozczyny soli kuchennej z dodatkiem innych soli, jak węglanu lub dwuwęglanu potasowego, ługu sodowego, soli wapniowych, co wykazali rozmaici badacze.

Przy wlewaniu rozczynu soli do ustroju idzie w pierwszym rzędzie o dostarczenie płynu. Po za tem głównem zadaniem jest usunięcie nagromadzonego w nadmiarze w tkankach kwasu węglowego, aby zapobiedz porażeniu serca. Doświadczenia pouczyły, że serce zniesie przez długi stosunkowo czas brak tlenu, jak tego dowodzi bicie serca, umieszczonego w atmosferze azotu.

W ustroju wiążą kwas węglowy rozmaite czynniki, z których przedewszystkiem należy wymienić działanie połączeń alkaliów z globuliną surowicy. Kwas węglowy łączy się z alkalium tego połączenia, tworząc węglan sodowy. Połączenia globuliny surowicy z alkaliami rozpadają się bardzo łatwo, w ogóle zdaje się, że nie dadzą się przenieść z surowicą krwi z jednego ustroju do drugiego podczas przelewania krwi. Trzeba jeszcze uwzględnić jeden niekorzystny objaw przy przetaczaniu krwi, że mianowicie ciałka czerwone krwi rozpadają się, a uwolniony z nich potas wpływa szkodliwie na już podupadłą energię serca.

Na podstawie tych przesłanek należy uważać za główne zadanie w ratowaniu ustroju po krwotoku: — wynaleźć takie połączenie chemiczne, któreby przyjęło na siebie czynność owych połączeń surowi

czo-globulinowo-alkalicznych przynajmniej na tak długo, dopokąd nie minie bezpośrednie niebezpieczeństwo życia z nagromadzenia dwutlenku węgla. Połączenie to powinno wiązać CO_2, nie szkodząc równocześnie życiu tkanek.

W tym celu zabrał się autor do zbadania cukrzanów alkaliów — *alkalisaccharot* — na które dotąd nie zwracano uwagi ani pod względem farmakologicznym, ani fizyologicznym. Nadawał się do tego tylko cukrzan sodowy, ponieważ surowica zawiera prawie wyłącznie sole sodowe.

Jest to połączenie klejkie, nie słodkie, raczej o smaku ługu, więc gorżkawe, rozpuszczalne w wodzie, wodzie cukrzanej i wyskoku — o wzorze C_{12} H_{21} Na N_{11}. Wysuszone przedstawia proszek białawy.

Jak w połączeniach surowiczo-globulinowo-alkalicznych ciało białkowate, tak w cukrzanie sodowym cukier działa jak kwas. Tak samo też pod wpływem kwasu węglowego rozkłada się cukrzan sodowy na węglan sodowy i cukier. W ten sposób cukrzan wiąże kwas węglowy, a jeżeli jest niezanieczyszczony, nie szkodzi tkankom ustroju, a więc odpowiada teoretycznym wskazaniom.

Doświadczenia autora w zakładzie fizyologicznym w Bernie pokazały dalej jeszcze i to, że dodatek cukrzanu sodowego do rozczynu, przeznaczonego do wlewania do ustroju, wpływa o wiele bardziej ożywczo, niż inne sole. Wycięte serce żaby, nie bijące od 16 godzin, biło na nowo w tym rozczynie.

Tak samo pokazały doświadczenia na zwierzętach ciepłokrwistych (królikach, kotach).

W ciągu badań dowiedział się autor, że już dawniej wlewał psom rozczyny cukru Justus Gaule, a za jego przykładem robili też próby na chorych klinicyści: Ewald i Senator. Nie ma to jednak nic wspólnego z badaniami autora, ponieważ wstrzykiwali oni rozczyny cukru trzcinowego z dodatkiem soli kuchennej i ługu sodowego, tymczasem cukrzan sodowy nie może zawierać ani śladu cukru, ani też ługu sodowego. Już nieznaczny dodatek wolnego ługu osłabiał serce, a większy nawet je porażał. Po doświadczeniach na zwierzętach wstrzyknął najpierw sobie autor podskórnie rozczyn fizyologiczny soli kuchennej z dodatkiem 0·03% cukrzanu sodowego. Oprócz lekkiego podwyższenia tętna nie zauważył żadnych niemiłych następstw. Odważył się więc na użycie sposobu tego w przypadkach rozpaczliwych, które mu się niebawem nadarzyły.

Na mocy tych prób doszedł do przekonania, że rozczyn nowy nadaje się znakomicie w krwotokach w zakażeniu gnilnem, w mocznicy.

Wstrzykiwać można podskórnie albo do żyły.

Warunkiem głównym jest czystość przetworu, który zresztą przechowuje się bez zmiany długo. Podług wskazówek autora przygotowuje cukrzan sodowy fabryka chemiczna „De Haën“ w Hannowerze, już odważony w rurkach szklanych. Wogóle wstrzykiwał autor nie wielkie ilości płynu po 100 $ctm.^3$ do 250 $ctm.^3$, wyjątkowo powtarzał dawkę 250 $ctm.^3$. Dodatek cukrzanu sodowego nie powinien przenosić 0·04, najwyżej 0·05%. Najlepiej używać rozczynu zawierającego 0·03% cukrzanu, a 0·6% chlorku sodowego.

Oprócz tego otwiera się jeszcze inny zakres stósowania cukrzanu sodowego, to jest na wewnątrz. Wszędzie tam, gdzie podajemy alkalia, mamy równocześnie do czynienia z kwasém węglowym, który, oswobadzając się z połączenia, często niepotrzebnie zawadza w naszem zadaniu terapeutycznem. Podając w takim razie cukrzan sodowy, obchodzimy tę niedogodność, a przytem otrzymujemy działanie przeciwzaczynowe i przeciwgnilne, jakie ten przetwór również rozwija. Po za tem jeszcze, użyty wewnętrznie, działa tonizująco na serce, zdaje się wskutek tego, że nie cały cukrzan sodowy rozszczepia się w żołądku, ale że część jego niezmieniona bywa wessana.

O zastósowaniu wewnętrznem cukrzanu sodowego ma podać autor szczegóły z doświadczeń własnych w przyszłości.

Dr. Eljasz Radzikowski.

E. Stadelmann.: **O tężcu i jego leczeniu.** *(Medicin.-Chirurg. Centrbltt.* Nr. 3, 1900). Świetne wyniki, oczekiwane z leczenia tego cierpienia surowicą przeciwtężcową Behringa lub Tizzoniego, nie bardzo się spełniły; — ba, nawet wstrzykiwania tej surowicy wprost w żyły, a później pod oponę twardą, lepszych nie dały wyników. Autor, wychodząc z założenia, że źródło tężca nie leży w mózgu, lecz w rdzeniu kręgowym, sądzi, że najodpowiedniejszem miejscem do tych wstrzykiwań jest przewód pacierzowy, tem bardziej, że sam zabieg jest i prostszy i dogodniejszy: Schulze zaś najpierw wypuszczał płyn mózgowo-rdzeniowy z okolicy lędźwiowej, a następnie wstrzykiwał surowicę przeciwtężcową. Ponieważ i to postępowanie nie dało zadowalniających wyników, przeto słusznie możnaby wnosić, że, jeśli ta surowica wprowadzona wprost do przewodu pacierzowego nie wywiera pomyślnego na tężec działania, to z wstrzykiwań jej podskórnych jeszcze mniejszych skutków spodziewać się należy. Wobec tego również słusznem wydaje się twierdzenie Behringa, Buchnera i Blumenthala, że surowica rzeczona nie ma w tężcu wartości leczniczej, lecz działa tylko uodporniająco, — co jednak wcale nie przeszkadza, by jej nadal nie stósowano.

Nowy sposób leczenia tężca podał Krokiewicz. Wstrzykiwał swym chorym zawiesinę, otrzymaną z mózgu króliczego i tem postępowaniem osiągnął kilka pomyślnych wyników; tak samo i Schramm we Lwowie. Wreszcie podaje autor metodę Bacellego, zasadzającą się na wstrzykiwaniu kwasu karbolowego chorym tężcowym, przyczem nadmienia, że na 33 przypadków tężca, leczonych tym sposobem, zaszedł tylko jeden przypadek śmierci — wynik, który korzystnie za tem leczeniem przemawia. Oczywiście, że obok tego stósować także należy przetwory bromu i wodnik chloralowy. Jaksch zachwala uretany, w cięższych przypadkach tężca lekkie uśpienie chloroformem; kąpiele zaś ciepłe są mniej dobre.

Dr. Henryk Pisek.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zeltner podawał na klinice Penzoldta Orexinum tannicum i przekonał się zgodnie z innymi autorami, iż przetwór ten nie posiada ani woni ani smaku, że się nierozkłada, że przewyższa działalnością inne związki orexyny. Przetwór ten podawał z dobrym skutkiem w gruźlicy płuc, blednicy, niedokrewności, niedomodze nerwowej, histeryi, niestrawności i t. d., jako środek pobudzający łaknienie, dla dorosłych w dawce 1—2 grm. dwa razy dziennie, na godzinę lub dwie przed obiadem lub kolacyą; dla dzieci w dawce 0·25—0·5 grm. Również skutecznem okazało się działanie garbnikanu orexyny w uporczywych wymiotach u ciężarnych w dawkach 0·3—0·4 grm. dwa razy dziennie, w ciągu kilku dni z rzędu.

Prof. Schüller podawał garbnikan orexyny z dobrym skutkiem przeciw wymiotom, jakie się pojawiają po uśpieniu chloroformowem, w dawkach 0·3—0·4 grm. *J. L.*

Thiocol i Sirolin stósował z wynikiem dodatnim Sangregori w dwudziestu przypadkach gruźlicy płuc, w jednym przypadku śluzoropotoku oskrzelowego i jednym zapalenia oskrzeli gnilnego, przyczem podczas leczenia przypadków gruźliczych zauważył, iż tak thiocol jak i sirolin powodują, że gorączka zmniejsza się, albo też zupełnie ustępuje; podobnie znikają lub zmniejszają się inne objawy, np. kaszel, rzężenia; zmiejsza się ilość prątków gruźliczych, włókien sprężystych; polepsza się ogólny stan chorego, następuje przybytek na wadze ciała, zwiększa się siła mięśniowa i pojemność oddechowa. Oba środki nie sprawiały chorym żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Sangregori zgodnie z de Renzim poleca dawkę 4—5 grm. dziennie thiocolu, albo 5—6 łyżeczek siroliny, — nie przekraczając jednak tej dziennej dawki. W przypadku śluzoropotoku oskrzelowego, w którym ilość plwocin dochodziła do przeszło ½ litra dziennie, zmniejszył się po 12 dniowym podawaniu thiocolu kaszel, ilość plwocin i t. d. Podobnie

i sirolin spowodował znaczne polepszenie w przypadku zapalenia oskrzeli gnilnego. (*Gazzeta medica Lombarda* 1899, Nr. 42).
J. L.

Aspirynę poleca L. Kétly, jako środek posiadający wszystkie dodatnie własności lecznicze i swoisto salicylanu sodowego, przewyższający go jednak o tyle, iż nie wywołuje ubocznych objawów. Według doświadczeń jego, najstósowniej podawać aspirynę w odstępach czasu, niezbyt dalekich od siebie, — najlepiej co godzinę, gdyż przy tym sposobie podawania najwięcej występuje jego działanie przeciwgorączkowe, przeciwgnilne i uśmierzające. Kétly podawał aspirynę w 12 przypadkach zapalenia wielostawowego, a w 14 przypadkach bólów gośćcowych. Po podaniu aspiryny wystąpiły poty bardzo obfite — już w pół godziny. Przy długotrwałem podawaniu aspiryny nie zauważył objawów ubocznych; chorzy nie uskarżali się na bóle głowy, ani szum w uszach, lub nudności, ani też na przypady ze strony przewodu pokarmowego. *J. L.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 26-go stycznia 1900 r.

Przewodniczący kol. Sielski. Członków obecnych 40.

Przed rozpoczęciem oficyalnego posiedzenia kol. Sielski w gorących słowach dziękuje za wybór, a wyraziwszy nadzieję poparcia ze strony członków, w krótkości zakreśla plan swej działalności na rok bieżący.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Pamięć zmarłego kol. Błotnickiego, na wniosek przewodniczącego, obecni uczcili przez powstanie.

Zapowiedziana dyskusya nie przyszła do skutku.

Kol. Mars mówił o krwisteku (*Haematocele*).

Zaznaczywszy znaczny w ostatnich czasach postęp ginekologii operacyjnej, powstanie masy szkół, towarzystw i wydawnictw ginekologicznych, zauważa w wielu kierunkach kolosalny chaos, jak naprzykład w postępowaniu leczniczem w krwisteku. Po krótkiem skreśleniu etyologii, teoryi, sposobów powstawania, podziału, czasu trwania, rokowania na przyszłość i różnych danych statystycznych co do zejścia śmiertelnego i wyników operacyjnych, przychodzi kol. Mars do sposobów leczenia. Różni autorowie są przedstawicielami różnych szkół: najbardziej skrajnym jest Winkel, który podaje, że zawsze leczył zachowawczo i nigdy nie potrzebował operować. Inni zaś, jak Hegar, Martin, Dührssen, operują prawie zawsze, zwłaszcza tam, gdzie chora nie ma czasu na żmudne leczenie szpitalne. Co do samej operacyi, to operować można albo przez pochwę, albo przez otwarcie powłok brzusznych (*per laparotomiam*); przy tej okazyi kol. Mars opisuje przebieg obu tych operacyj i zaznacza, że tak w wyborze sposobów leczenia, jak i sposobów operowania, istnieje u ginekologów pewnego rodzaju szablonowość. Wymieniwszy wskazania do operacyi Winternitza i Gusserowa, kol. Mars stawia swoje zapatrywania tak co do wskazań samych, jak i zależnego od pojedyńczych przypadków sposobu operowania.

Wskazania dzieli na bezwzględne i względne.

A) Do pierwszych, bezwzględnych, gdzie zawsze trzeba operować, zalicza: 1) gdzie guz wzrasta i są częste nawroty (operować *per laparotomiam*); 2) gdzie przyszło do zropienia (operować *per vaginam*); 3) gdzie przyszło do pęknięcia (operować *per laparotomiam*).

B) Do drugich, względnych, gdzie można operować, zalicza te przypadki, 1) gdzie guz leczony zachowawczo nie ustępuje, 2) gdzie chora nie może się długo leczyć i 3) gdzie nastąpiło przebicie do odbytnicy. We wszystkich tych ostatnich przypadkach obranie drogi zależy od stosunków anatomicznych i decyzyi chorej.

Dalej kol. Mars zaznacza, że operacya powinna zawsze być radykalną, powinna usuwać nietylko cierpienie, ale i źródło cierpienia. Doszczętne usunięcie krwisteku przez pochwę nie wytrzymuje krytyki.

Czas trwania leczenia we wszystkich przypadkach zależy od powikłań. Streszczając się, radzi kol. Mars przedewszystkiem operować pacyentki biedniejsze, a operując już, operować radykalnie, obranie zaś drogi zależy od każdego poszczególnego przypadku.

W dyskusyi zabierają głos: a) kol. Festenburg, który ze względu na możliwe i nieprzewidziane powikłania w czasie operacyi sprzeciwia się zostawieniu wyboru drogi operacyjnej pacyentce. b) kol. Bylicki, który, zaznaczywszy, że każdy operator ma zwykle swoje, nabyte doświadczeniem, wskazania, radzi być bardzo wstrzemięźliwym w operowaniu, a zwłaszcza nigdy nie operować przypadków świeżych. Operując przez pochwę radzi kol. Bylicki usuwać skrzepy krwi wycieraniem wacikiem. c) kol. Rosner proponuje, ze względu na pochodzenie, podział na krwisteki położnicze i na krwisteki ginekologiczne; przy pierwszych operować, przy drugich leczyć zachowawczo. Kol. Mars, odpowiadając między innemi zaznacza, że wycieranie wacikiem, tak, jak i przestrzykiwania jam po krwisteku, uważa za bardzo ryzykowne i że po odejściu krwi i skrzepów zakłada tylko worek z gazy.

Kol. Barącz przedstawia przypadek wodniaka mosznowego (*hydrocele testis*), operowany doszczętnie przed tygodniem sposobem Winkelmanna. Sposób ten jest o tyle dogodnym, że daje się wykonać ambulatoryjnie i że skraca znacznie czas trwania leczenia. (Przy zastósowaniu sposobu Volkmanna leczenie trwa przeciętnie 3 tygodnie, przy użyciu sposobu Bergmana 10 dni). Również odpada tu odczyn zapalny, występujący przy użyciu wstrzykiwania nalewki jodowej. Jeżeli wyniki ostateczne będą dobre, to sposób ten, dla swej prostoty, zasługiwałby na ogólne zastósowanie.

Kol. W. Sieradzki radzi w przyszłości zwrócić baczną uwagę, czy nie występują bóle, lub zgoła zanik tak operowanego jądra.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 31-go stycznia 1900 roku.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

Kol. Lewkowicz, zeszłoroczny sekretarz doroczny, odczytuje protokół z posiedzenia Tow. lek. z dnia 3 stycznia b. r., uzupełniony żądaną poprawką i protokół z posiedzenia w dniu 10 stycznia b. r.

Oba protokóły przyjęto.

Kol. Sekretarz tegoroczny odczytuje protokół z posiedzenia Towarzystwa w dniu 17 stycznia b. r. Protokół przyjęto.

Przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa kolegów: Stanisława Jaugustyna i Zygmunta Wąsowicza.

Następnie zabrał głos kol. Przewodniczący, prosząc obecnych, by pozwolili z tego miejsca poświęcić kilka słów pamięci ś. p. kolegi Napoleona Kostaneckiego.

Zmarły nie był wprawdzie członkiem Towarzystwa lekarskiego, jednakowoż jego zalety ducha, nieszczęśliwy zbieg okoliczności, wśród których zeszedł ze świata, a dalej okoliczności, że jedynie ze względów materyalnych nie był jeszcze członkiem, usprawiedliwiają wyjątek, jaki Towarzystwo robi dla Zmarłego. I zasługuje na ten wyjątek, gdyż obok wybitnych zdolności, łączył w sobie Zmarły piękny i nieskazitelny charakter, zapał i chęci do pracy, zalety, rokujące wiele nadziei na przyszłość. Pomimo, że Zmarły stał przekonaniami daleko od przekonań mówcy, szanował Go i cenił tem więcej, im bliżej poznawał jego zapał i dobrą wiarę, z której te przekonania płynęły. Zmarły kroczył w życiu wśród cierni i walczył prawie na każdym kroku z przeciwnościami, a dobiwszy się stanowiska, na którem mógł rozpocząć pracę, pragnął ciężkie warunki społeczne, wśród których sam się dobijał według swych sił i możności, drogami, w które wierzył, że są dobre, polepszyć. Naukowo pracował niedługo, ale skutecznie, jeżeli w krótkim czasie przedstawił trzy prace, z których jedną nagrodzono na konkursie Wydziału lekarskiego. To wróżyło nadzieję, że w przyszłości da społeczeństwu wiele. Niestety zmarł wcześnie, a myśmy stracili w Nim prawdziwie dodatnią i niezwykłej miary jednostkę.

Obecni wysłuchali przemówienia stojąc, dając tem samem wyraz ciepłym, szczerym i z prawdziwie młodzieńczym polotem wypowiedzianym słowom mówcy.

Kol. Hirsch stawia wnioski, żądające: 1) by Tow. lek. dało odpowiedź na artykuły niektórych dzienników politycznych, występujące z okazyi śmierci ś. p. N. Kostaneckiego przeciw dążnościom naukowym, podjętym dla dobra ludzkości; 2) by Tow. lek. wyraziło uznanie kol. prof. Bujwidowi za jego pełną poświęcenia pracę, a 3) by Tow. lek. wzięło na siebie inicyatywę uczczenia ś. p. kol. N. Kostaneckiego.

Kol. Przewodniczący proponuje wnioskodawcy odłożyć dyskusyę nad wnioskiem na później, mianowicie po odczycie kol. prof. Bujwida.

Gdy kol. Hirsch na propozycyę się zgodził, zabrał głos kol. prof. Bujwid. Mówca przedstawia genezę doświadczeń dżumowych, skreśla pracę ś. p. N. Kostaneckiego w swoim Zakładzie, opisuje przebieg jego choroby, okoliczności, wśród jakich przyszła mu na myśl możliwość moru u zmarłego; wyniki badań plwociny, przeprowadzonych przez prof. Weichselbauma, oraz ostateczny wynik badań bakteryologicznych cieczy surowiczej z opłucnej, tkanki płucnej i śledziony, wziętych w tym celu przy sekcyi zmarłego.

Kol. prof. Pareński opisuje przypadek ze stanowiska klinicznego i przytacza punkta, na podstawie których wykluczał z wielkiem prawdopodobieństwem dżumę.

Kol. prof. Browicz tłómaczy, dlaczego zrobiono tylko częściową sekcyę, opisuje zmiany anatomo-patologiczne, jakie znaleziono przy sekcyi. Na podstawie znalezionych zmian rozpoznano chorobę zakaźną ostrą; jakości zakażenia na podstawie zmian anat.-patol. rozpoznać nie można, zostawiono rozstrzygnięcie badaniom bakteryologicznym.

Kol. Bier omawia wyniki badań plwociny, przeprowadzonych przez prof. Weichselbauma, oraz wyniki badań bakteryologicznych, przeprowadzonych w tutejszym zakładzie higieny, przy których współdziałał.

Kol. prof. Ciechanowski omawia obecne metody leczenia dżumy, przytacza wyniki leczenia temi metodami, znane mu z literatury, wyraża przekonanie, że i u nas należy pomyśleć o tych środkach leczniczych, wobec możliwości dostania się tej zarazy do kraju. Do tego potrzebne są jednakowoż hodowle prątków dżumowych, a tem samem pozwolenie ich hodowania w zakładach bakteryologicznych.

Kol. prof. Nowak omawia obszernie sposoby przenoszenia się dżumy, podnosi środki obronne, jakie wobec możliwej dżumy w Europie przedsięwzięto w innych państwach, a szczególnie w Niemczech. Zwraca uwagę na konieczność postarania się o nie u nas i kończy przemówienie następującym wnioskiem:

Towarzystwo lekarskie wybiera Komisyę, któraby przedstawiła memoryał, określający kierunek, w jakim winny być porobione środki zaradcze dla zapobieżenia, a w razie potrzeby dla przygotowania środków obronnych przeciw tej zarazie w kraju. (Powyższe referaty pomieszczono w całej rozciągłości w Nrze 6 *Przeglądu lekarskiego*).

Kol. Schöngut stawia wniosek o zamknięcie dyskusyi nad wnioskami koll. Hirscha i Nowaka i odłożenie jej na następne posiedzenie Tow. lek.

Kol. prof. Ciechanowski stawia następujący wniosek: Zgromadzenie przyjmuje w zasadzie wnioski kol. Hirscha i kol. prof. Nowaka i odsyła je do ostatecznego załatwienia Komitetowi Tow. lek.

Kol. Przewodniczący przedkłada jeszcze raz Zgromadzeniu wnioski, tłómaczy, że wniosek kol. prof. Ciechanowskiego jest najdalej idącym, że zatem wniosek ten pierwszy podda pod głosowanie.

Kol. Schöngut zabiera głos w sprawie formalnej, broniąc pierwszeństwa swego wniosku.

Kol. Przewodniczący tłómaczy raz jeszcze, że wniosek kol. prof. Ciechanowskiego jest najdalej idącym, gdyż, oddając sprawę wniosków do załatwienia Komitetowi Tow. lek., tem samem kończy całą sprawę, podczas gdy wniosek kol. Schönguta odracza tylko sprawę.

Po tem wyjaśnieniu poddaje pod głosowanie wniosek kol. prof. Ciechanowskiego, który przechodzi liczbą głosów 29, przeciw 15 głosom przeciwnym.

Na tem zamknięto posiedzenie.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz doroczny.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie ubezpieczenia lekarzy i ich rodzin.

Wiedeńskie „Wiener medic. Doctoren-Collegium" (W. m. D.—C.) przysłało w grudniu 1899 do Tow. lek. krak. oświadczeniej że przy rzeczonem Towarzystwie wiedeńskiem znajdują się jako oddzielne instytucye, lecz z głównem Towarz. ściśle połączone instytucye mające za cel różnego rodzaju ubezpieczenia lekarzy, względnie zabezpieczenie funduszów pozostałym po lekarzach wdowom i sierotom. Sprawą takich ubezpieczeń zajmują się liczne koła lekarskie, jużto w Izbach, jużto w Towarzystwach lekarskich, nie mogąc dojść do dodatnich wyników i z tego powodu nie polecają swym członkom żadnego zazwyczaj wyjścia tak, że tylko pewna część przezorniejszych lekarzy ubezpiecza się w różnych Tow. ubezpieczeń; reszta bez wytkniętego kierunku ogranicza się do narzekań.

Aby więc złemu ile można zapobiedz, udaje się W. m. D.—C. z prośbą do Tow. lek. krak., by na właściwej drodze podało do wiadomości swych członków, że z łona W. m. D.—C. wyszły następujące instytucye.

1) Tow. wdów i sierot (*Wittwen u. Waisen Societät*), zapewniające wdowom i sierotom po lekarzach pensye do wysokości 700 złr. a. w. rocznie, a rozporządzające kapitałem 2,713,893 złr.

2) Instytut pensyjny (*Pensions-Institut*), zapewniający po 60 r. życia lekarzom pensye do wysokości 600 złr. rocznie, a rozporządzający kapitałem 578,326 złr.

3) Instytut wsparć (*Unterstützungs-Institut*) zapewniający lekarzom w razie choroby, nieszczęścia lub t. p. wsparcia czasowe lub stałe, do wysokości 400 złr. rocznie, a rozporządzający kapitałem 195.057 złr.

4) Fundusz na kąpiele (*Badecur-Fond*) udzielający członkom W. m. Dr. C. zasiłków na wyjazd do kąpiel i zniżenia cen jazdy. Kapitał 8,802 złr.

7) Tow. wsparcia dla wdów i sierot po tych członkach W. m. Dr. C., którzy nie należeli do Tow. wdów i sierot, udzielające wdowom i sierotom rzeczonych lekarzy wsparć rocznych od 40—120 złr. Kapitał 89,684 złr.

Komitet Tow. lek. krak. polecił swemu skarbnikowi zbadanie statutów i sprawozdań kasowych z r. 1897, dołączonych do pisma W. m. Dr. C., porównania ich z warunkami podobnego ubezpieczenia w krak. wzaj. Tow. ubezpieczeń i przedstawienia odpowiednich wniosków, opartych na sprawozdaniu, na jednem z najbliższych posiedzeń.

Wywiązując się z danego polecenia, zdaję naprzód pokrótce sprawę z pism, dołączonych do listu W. m. Dr. C.

Otóż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że część rachunkowo-kasowa tych różnych instytucyj prowadzoną jest wzorowo. Dalej, że warunki ubezpieczenia w tych instytucyach nie są drogie.

Przyznać jednak należy, że dla naszych stosunków ubezpieczenia te przedstawiają pewne trudności, nie łatwe do pokonania. Lecz przystąpmy do szczegółów.

Chcąc uczestniczyć w korzyściach nałożenia do tych instytucyj, trzeba przedewszystkiem należeć do W. m. Dr. C (wstępne 30 złr. (60 kor.), wkładka roczna 5 złr. (10 kor.). Dopiero będąc członkiem W. m. Dr. C. można przystąpić do jednej lub kilku z wyżej przytoczonych instytucyj, lecz w tym celu, jeśli się chce należeć do pierwszych dwóch (a więc najważniejszych), trzeba przyjechać osobiście do Wiednia celem zbadania stanu zdrowia starającego się; tylko wyjątkowo można być uwolnionym. Ważniejsze warunki przyjęcia do Tow. wdów i sierot są następujące:

I. Jednorazowe złożenie premii asekuracyjnej (więcej premii się nie płaci).

II. Opłata rocznej wkładki w kwocie 21 złr. (42 koron), względnie złożenie jednorazowej kwoty zamiast wkładek rocznych. W razie śmierci tak ubezpieczonego otrzymuje jego wdowa, (lub jego sieroty) pensyę roczną w kwocie 700 złr. (1400 kor.). Można jednakowoż ubezpieczyć dla wdowy (względnie sierót) mniejszą pensyę, t. j. jedną, dwie, trzy i t. p. dziesiąte części tej pensyi, przyczem naturalnie opłaca się tylko odpowiednią ilość dziesiątych części wyżej podanych opłat. W razie, gdyby żona ubezpieczającego zmarła wcześniej, Tow. nie zwraca nic (podobnież Krak. Towarz. ubezp.). Ale pozostałe dzieci są nadal ubezpieczone i mają na wypadek śmierci ubezpieczającego zapewnioną pensyę roczną w te samej wysokości, jeśli ubezpieczający nadal płaci swą wkładkę 21 złr. (względnie $^1/_{10}$ lub więcej). Jeśli zaś ubezpieczający po owdowieniu żeni się raz drugi, to chcąc zabezpieczyć żonie (drugiej) pensyę, musi zupełnie na nowo złożyć ową premię asekuracyjną jednorazową. Dzieciom z drugiego małżeństwa to ubezpieczenie zapewnia pensyę w razie sieroctwa. Najlepiej ilustrują to przykłady.

Lekarz chce w Tow. wdów i sierot (wiedeńskiem) zabezpieczyć swej wdowie i sierotom pensyę roczną 700 złr. (1400 koron), albo może i $^1/_{10}$ lub $^3/_{10}$ i t. d. Musi więc naprzód przystąpić do W. m. Dr. C, złożyć 30 złr. (60 kor.) wpisowego i opłacić 5 złr. (10 kor.) rocznie. Następnie musi pojechać do Wiednia i starać się o przyjęcie do Tow. wdów i sierot. W razie przyjęcia składa jednorazową premię asekuracyjną, stósowną do wieku swego i żony.

Np. lekarz lat 30 żona 20 premia jednoraz. 1778 złr.
„ „ 45 „ 35 „ „ 1941 „
„ „ 50 „ 30 „ „ 3409 „
„ „ 30 „ 30 „ „ 1390 „

Prócz tego musi do końca życia zawsze w styczniu składać wkładkę roczną 21 złr. (względnie $^1/_{10}$).

W krak. Tow. ubezp. płaci ten lekarz

w I wypadku 212 złr. corocznie[1])
w II „ 263 „ „
w III „ 445 „ „
w IV „ 180 „ „

Ponieważ krak. Tow. ubezpieczeń nie ma takiej tablicy, by za jednorazową premią zabezpieczało pensyę wdowią po śmierci ubezpieczającego, przeto porównanie jest bardzo trudne. W każdym razie krak. Tow. przyjmuje ubezpieczenie tylko dla wdowy samej; zaś wiedeńskie zapewnia i sierotom po niej pensyę aż do pełnoletności, co stanowi ogromną korzyść dla ubezpieczonej w ten sposób całej rodziny.

Natomiast trudnością jest wielką dla początkującego zwłaszcza lekarza złożenie naraz znaczniejszej premi asekuracyjnej jednorazowej. Aby tę trudność zmniejszyć, pozwala statut tego Towarzystwa na ubezpieczenie dziesiątych części 700 złr., a więc 70, 140, 210 i t. d. rocznej pensyi z prawem podwyższenia jej aż do pełnych 700 złr. rocznie, przyczem za każdą $^1/_{10}$ upłaca się również tylko jednorazową premię asek. w wysokości $^1/_{10}$ części wyżej podanych premii.

Np.: Lekarz mający lat 30 (żona lat 20) ubezpiecza dla swej wdowy, względnie sierot, $^1/_{10}$ część pełnej pensyi rocznej, tj. 70 złr., składa więc jednorazowo 177 złr. 80 ct. i rocznie 2 złr. 10 ct. Za dwa lata, uzbierawszy nieco grosza, podnosi wysokość pensyi dla swej wdowy o $^1/_{10}$, a więc do kwoty 210 złr. rocznej pensyi. W takim razie składa jednorazowo $^2/_{10}$ premii odpowiadającej jego i żony wiekowi (lat 32 i 22). t. j. 187 złr. 50 ct. × 2 = 375 złr. i rocznie o 2 złr. 10 × 2 = 4 złr. 20 więcej, a więc 6 złr. 20. W ten sposób dochodzi stopniowo do pełnej kwoty 700 złr. rocznej pensyi dla swej wdowy, względnie sierot. Zabezpieczenia wyżej pensyi ponad 700 złr. rocznie Tow. wiedeńskie nie przyjmuje.

Dodać tu wreszcie muszę, że tak zabezpieczone pensye wdowie (względnie sierocie) pobiera obecnie 182 rodzin (wdów lub sierot) w kwocie ogólnej 123.750 złr. rocznie, a w wykazie szczegółowym znajdujemy tu nazwiska wdów po wielu profesorach uniwersytetu wiedeńskiego i wielu lekarzy głównie wiedeńskich, mniej licznie nazwiska wdów po lekarzach z prowincyi, — z Galicyi ani jednej.

Dla ścisłości dodać jeszcze muszę, że lekarze wojskowi mogą również do Towarzystwa tego należeć, lecz płacą premie jednorazowe o 10% wyższe, a rocznie 42 złr.; — zaś lekarze cywilni, o ile jeszcze do służby wojskowej są obowiązani, płacą premie o 2% wyższe.

Drugą instytucyą humanitarną W. m. Dr. C. jest tak zwany fundusz pensyjny. Zapewnia on swym członkom za opłatą rocznej lub jednorazowej premii pensyę roczną od 6-ego roku życia do śmierci w wysokości 600 złr. rocznie, względnie $^2/_3$, $^1/_2$ lub $^1/_3$ tej kwoty. I tu należy być członkiem W. m. Dr. C., a celem przyjęcia stawić się osobiście w Wiedniu. Celem porównania przytaczam tu premie roczne, które opłacać należy rocznie w wiedeńskiem i krakowskiem Tow. za zabezpieczenie sobie rocznej pensyi 600 złr. po r. 60 życia:

Wiek	W Towarzystwie		
	krakowskiem rocznie Tab. XII	wiedeńskiem	
		rocznie	albo jednorazowo
3	87·48	81·76	1304·75
35	122·82	114·30	1667·00
40	179·16	166·00	2138·00

Jeśli się opłaci wkładki do W. m. Dr. C., to ta mała różnica się wyrówna tak, że ubezpieczenie się specyalnie w Wied. Instytucie pensyjnym nie przedstawia szczególnych korzyści.

Pozostałyby wreszcie do omówienia resztujące instytucye humanitarne W. m. Dr. C. — Ale między przysłanymi do Tow. lek. krak. statutami i sprawozdaniami rocznymi brak jest dokładniejszych szczegółów w tym kierunku. Zresztą zdaje mi się, że pozostałe instytucye, o których wreszcie na początku już wspomniałem, nie przedstawiają dla nas szczególniejszego interesu, a nie rozporządzają funduszami dostatecznymi, by z nich lekarz, od zarządu oddalony, mógł odnieść korzyść.

Jest jednak jeszcze jedna ważna sprawa, której przy omawianiu tych kwestyj milczeniem pominąć nie mogę. Jestto sprawa funduszów Tow. lek. galic., do których na mocy układu z przed lat blizko dwudziestu każdy członek Tow. lek. krak. składa jednorazowo wstępne w kwocie 20 koron, a następnie z wkładek kwartalnych 4 korony rocznie, uzyskując w zamian prawo wsparcia w razie nieszczęścia dla siebie, a pomocy dla swej wdowy i sierot. Przyznać należy, że fundusze te są obecnie nie zbyt wielkie, majątek Tow. lek. gal. według sprawozdania za rok 1898 wynosi około 300,000 koron, pensyi i zapomóg wypłaca rocznie około 9000 koron, z których niektóre dochodzą do 400 koron rocznie. Otóż byłoby zdaje mi się wskazanem, aby jak największa liczba lekarzy do naszych Towarzystw przystąpiła i swemi wkładkami fundusze te zasilała. Skoro zaś fundusze te wzrosną, nie wątpię, że i Tow. lek. galic., biorąc wzór z W. m. Dr. C., wprowadzi u siebie rodzaj zabezpieczenia pensyi wdów i sierot, która wtenczas nie byłaby — jak dotąd — rodzajem jałmużny, którą się tylko potrzebującym udziela, lecz pensyą należącą się ubezpieczonej wdowie na podstawie obopólnej umowy między Towarzystwem a ubezpieczającym się.

Gdyby który z kolegów zainteresował się bliżej temi sprawami i na powyższem pobieżnem przedstawieniu rzeczy nie chciał poprzestać, służę bardzo chętnie każdej chwili wszelkiemi wyjaśnieniami, o ile sprawozdania i statuty, jakie mi są przystępne, udzielić mi ich pozwolą.

Dr. J. Gwiazdomorski.

Kraków w Lutym 1900 r.

¹) Patrz tablicę XIV krak. Tow. ubezp.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem odbył się odczyt „O krwotokach w trzecim okresie porodowym i tuż po porodzie"; kol. prof. Kostanecki przedstawił na rysunkach i graficznie stosunki anatomiczne unaczynienia macicy prawidłowej; kol. prof. Cybulski mówił o fizyologicznych warunkach krążenia w macicy; koledzy: S. Dobrowolski i T. Piotrowski wyłożyli stronę kliniczną i operacyjną tematu odczytowego. W dyskusyi zabierali głos koledzy: doc. Braun, prof. Rosner, prof. Jordan i doc. Rutkowski.

* Od kol. Prof. I. Nowaka otrzymaliśmy następujące uwagi: »Do zamieszczonego w 6-ym Nrze »*Przeglądu lekarskiego*« przemówienia mojego na nadzwyczajnem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 31 z. m. winienem dodać, iż w rozprawach o dżumie, oprócz tego, co zostało ogłoszone drukiem, powiedziałem jeszcze co następuje: »Doświadczenia nad zarazkiem dżumy winno mieć państwo w swojej ewidencyi, a tego samego zapatrywania był i Kongres higienistów niemieckich, wypowiadając zdanie, że jadowite hodowle dżumy winny być wydawane tylko za pośrednictwem kanclerza państwa«. *Prof. I. Nowak.*

* W N. 7 »*Münch med. Wochenschrift*« czytamy kilka zajmujących szczegółów o toczącej się w południowej Afryce wojnie. Podług doniesienia naczelnego chirurga armii angielskiej, Mac Cormaca, z lekarzy europejskich, czynnych w ambulansie podczas styczniowych bitew, było tylko dwóch Niemców lekarzy wojskowych: Dr. Schmidt i Dr. Krumacher; dziwi to oczywiście Mac Cormaca, gdyż prasa europejska zapowiadała wysłanie przez niemal wszystkie mocarstwa militarne swoich przedstawicieli. »*British mediz. Journal*« potwierdza, że pociski z broni systemu Mausera o tyle nie sprawiają głębokich zniszczeń, że tylko 8% umiera z ran, a $^2/_3$ ranionych po upływie 3 tygodni stają się zdolnymi do dalszej walki. »*Münch. med. Woch.*« wyraża zdziwienie, że, wobec tego doświadczenia, Boerowie pozwalają Anglikom zabierać swoich rannych, zwłaszcza, że ta wspaniałomyślność nie polega na wzajemności. Cięgi zadane Anglikom wpłynęły na sąd ich o Boerach: przed rozpoczęciem wojny dziennikarstwo angielskie przedstawiało Boerów, jako karykatury ludzkiej postaci; obecnie ogłasza »*Lancet*« artykuł p. t. »*The Physique of the Boers*«, w którym maluje Boera jako ideał męzkiej budowy; w wzroście, sile i doskonałości cielesnej stoi on wyżej od Anglika; średnia wysokość Boera wynosi 6 stóp i 2 cale. Że w tem zdrowem ciele mieszka i zdrowy duch,

świadczy o tem brak alkoholizmu, występków i z nimi związanych chorób, tak częstych w wojsku angielskiem. Każdy Boer jest zdolny do broni i walki za kraj rodzinny i każdy z nich jest roślejszy, silniejszy zdrowszy na duchu i ciele od żołnierza angielskiego, mającego wrzekomo stanowić wybór ludności. Do wojska Boerów powołani zostali wszyscy mężczyźni od 14 do 60 lat bez wyboru: jakże smutny widok przedstawiałoby w porównaniu wojsko angielskie w tychże samych warunkach!

Münch. med. Woch. kończy uwagą: każdy przyjaciel Boerów z zadowolnieniem przeczyta te słowa uznania ze strony angielskiej; szkoda tylko, że autor bezstronnego artykułu w »*Lancecie*« nie wyciąga nasuwającego się wniosku, że tak tęgi i pod każdym względem doskonały lud wart przecie niepodległości.

* Redakcya »*Zdrowia*« zwróciła się do warsz. Towarzystwa higienicznego z propozycyą objęcia tego wydawnictwa. Młodemu a już zasłużonemu Towarz. higienicznemu przybędzie potężna dźwignia do działania na szeroko zakreślonem polu higieny społecznej.

* Mór w Oporto wygasł zupełnie; natomiast w Bombayu sroży się z nadzwyczajną złośliwością; d. 6 b. m. umarło w tem mieście 408 osób, liczba do tej pory niebywała.

* Liczba kobiet, poświęcających się studyom uniwersyteckim w Niemczech, wynosiła w przeszłem półroczu 644; z tych Berlinie 406, w Wrocławiu 47, w Bonn 44, w Getyndze 37, w Halli 33, w Kilonii 20, w Freiburgu 16, w Strassburgu 15, w Królewcu 14, w Heidelbergu 13, w Marburgu 8. w Tubindze 5 i w Würzburgu 1. Do tej pory tylko Giessen i Jena z zasady zachowują się odpornie względem uniwersyteckich studyów kobiecych.

* Dr. Leopold Glück, Radca zdrowia i prymaryusz szpitala powsz. w Serajewie, zaszczytnie znany w piśmiennictwie lekar. polskiem, wybrany został na członka honorowego przez Towarzystwo lekarskie Królestw Kroacyi i Slawonii.

* Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 18 do 21 kwietnia b. r. Zgłaszać się należy pod adresem: Dr. Joachimsthala (*Berlin W. Markgrafen* Str. 81) lub Dr. Immelmanna (*Berlin W. Lützow* Str. 72). Odczyty i demonstracye zapowiedzieć należy przed 17 marca pod adresem Dr. Bergmanna (*Berlin N. W. Alexanderufer*, 1). Ze zjazdem tym połączona będzie wystawa przyrządów i narzędzi chirurgicznych, oraz przedmiotów do pielęgnowania chorych.

* Drezdeńskie „*Medicinalcollegium*“ uchwaliło następujący wniosek: Ogólne zgromadzenie uważa obowiązkowe donoszenie władzy o każdym przypadku gruźlicy, za rzecz niezbędną, a mianowicie: 1) o każdym przypadku śmierci z gruźlicy, 2) jeżeli chory na gruźlicę opuszcza mieszkanie, lub jeżeli przebywanie jego w domu zagraża otoczeniu, 3) o każdym przypadku choroby w zakładach publicznych (sanatorya, przytułki, hotele, pensyonaty i t. d.).

* Między polikliniką berlińską a zarządem związku wolno wybranych lekarzy kas chorych nastąpił układ, mocą którego każdy z tych lekarzy może posyłać członków kasy, chorych na płuca, do polikliniki dla zbadania bakteryologicznego, a w razach wątpliwych i klinicznego. Wynik badania poliklinika prześle lekarzowi, a nie ma doręczać choremu.

* Dr. Józef Gałuszka mianowany został lekarzem miejskim w Myślenicach.

* W doniesieniu o odczycie habilitacyjnym Dr. Ignacego Lembergera w N. 7 „Przegl. Lek.« dano mu mylnie imię Józef.

Notatki bibliograficzne:

— **La peste et son microbe, sérothérapie et vaccination** par le Dr. Netter, professeur. (Georges Carré et C. Naudes, Editeurs. *Paris, rue Racine*, 3. Cena 4 franki.

— **Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge** par le Dr. Marfan, professeur. (G. Steinheil, Editeur. *Paris, rue Casimir-Delavigne*, 2. Cena 10 franków.

— **Biographisches Lexicon hervorragenden Aerzte des neunzehnten Jahrhunderts**, (I zeszyt) przez berlińs. prof. historyi medycyny, Dr. Pagela, wydanie Urbana i Schwarzenberga w Wiedniu. Książkę nader pięknie wydaną zdobi wiele udanych portretów.

— **Terapia ogólna chorób narządów płciowych kobiecych** przez prof. Dr. E. Fraenkla (Wrocław). Przełożyli z niemieckiego Drowie Kopczyński i Lewenstern. Książka ta obejmuje 10 arkuszy druku, zawiera 48 drzeworytów. Cena 1 Rb. 20 kop. (Odczyty kliniczne, wydawane przez redakcyę „*Gazety lekarskiej*“).

— **Mleko i bakterye** przez Dr. Stanisława Serkowskiego. Warszawa 1900.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Malfatti mianow. został prof. nadzw. chemii lekar. w Insbruku. Na miejsce prof. Knolla powołany został długoletni asystent zmarłego, Dr. H. Hehring, jako prof. zwyczajny ogólnej patologii doświadczalnej. Profesorowie nadzw. wojenno-lekarskiej Akademii w Petersburgu: Przybytek, Chołbokowski, Skorowiczenko i Turner mianowani prof. zwyczajnymi.

Nekrologia. W Getyndze umarł Dr. L. Meyer, profesor zwycz. i kierownik kliniki psychiatrycznej, w 72 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lek. polskich: W *Medycynie* Nr. 6: Dr. Korybut-Daszkiewicza B.: Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w celach leczniczych. Kozickiego K.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej (dokńcz.). Wizela A.: Metoda »leczenia w łóżku« chorych umysłowych (ciąg dalszy.). W *Kronice Lekarskiej* Z. 3: Kopytowskiego W.: Kilka słów o stosowaniu thioformu w leczeniu chorób wenerycznych i skórnych. W *Czasopismie Lekarskiem* Nr. 2: Dr. Poczobuta I.: Zator aorty brzusznej. Dr. Sterlinga S.: O wczesnych objawach przewlekłych suchot płucnych. Dr. Saksa L.: Trzy przypadki porodu trojaczkami. Dr. Warmana M.: Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy (c. d.). Dr. Fidlera H.: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 7: Grosglika S: Zwężenie skurczowe przełyku, jako objaw zakażenia moczowego. Dr. Bernhardta R.: Lasecznik zielonej ropy w drogach moczowych (dok.) Rzętkowkiego K.: O wpływie wyciągu mięsnego i ksantyny na wydzielanie kwasu moczowego (dok.)

Redakcya otrzymała:

— Dr. Roth A.: Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen und die Aufnahme des Quecksilbers bei dieser Behandlung (Odbitka z *Pester med.-chir. Presse* Nr. 1—2, 1900).

— Dr. Arnold W.: Ein Beitrag zur Spectroscopie des Blutes (Odbitka z *Hoppe-Seylers Zeitschrift* itd., 1900).

— Dra Ołtuszewskiego W.: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryj zboczeń mowy (Odbitka z *Gazety lekarskiej*, 1899).

— Tenże: Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (Odbitka z *Medycyny*, 1900 r.).

— Prof. Fraenkel (Wrocław): Terapia ogólna chorób narządów płciowych kobiecych. Zeszyt 9, 10, 11 i 12 „Odczytów klinicznych“. Przekładu z niemieckiego dokonali: A. Kopczyński i Lewenstern.

— Dr. Kopczyńskiego St.; Przyczynek do symptomatologii i anatomii patolog. przymiotu mózgu, oraz słów kilka o t. zw. „Pseudoparalysis luetica«. (Odbitka z *Medycyny*. 1900).

— Dr. Langie A.: Un nouvel appareil pour mesurer l'astigmatisme régulier de l'oeil. (Odbitka z *Recueil d'ophthalmologie*, grudzień, r. 1899).

— Doc. dr. Korczyński L.: Casuistik der suppurativen Entzündungen der Leber und der Gallengänge als Folge der Cholelithiasis. (Odbitka z *Wiener Med. Presse* Nr. 4, 1900).

Zgromadzenie Ogólne Członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbędzie się we środę d. 28 lutego b. r. o godz. 6 popoł. ***w sali wykładowej kliniki lekarskiej,*** na które Szanownych Członków uprzejmie zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 3 Marca 1900. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O anomaliach odruchów, w szczególności kolanowych i o towarzyszących im uczuciach (sensacyach) w przypadkach nerwic.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

II.

W klinicznym obrazie nerwic nie mają wprawdzie odruchy tak wielkiego znaczenia aktualnego, jak w przypadkach wiądu i innych cierpień organicznych rdzenia. Nie należą one do wybitnych i charakterystycznych cech rozpoznawczych tych zaburzeń czynnościowych układu nerwowego i nie rzucają z klinicznego punktu widzenia światła jaśniejszego na umiejscowienie sprawy chorobowej, na właściwą jej istotę i na jej przebieg. Mimo to objawy te budzą już same przez się pewne zajęcie, okazując bądź osłabienie, bądź wzmożenie swej siły i odbijając się raz szerszem, to znowu mniej szerokiem w ustroju echem. Po za tem zaś zajmują one i zkądinąd uwagę naszą, powodując do myślenia i zastanawiania się nad pewną gromadą nader zawiłych spraw i czynności, odbywających się w rdzeniu i w mózgu, a mianowicie nad sprawą torowania i hamowania bodźców, przejętych przez nerwy czucia i ruchu, a niesionych szlakami rdzenia i mózgu, oraz nad zależnością siły i szerokości odruchów od rozmaitych stanów, ogarniających ustrój, jak rozdrażnienie, znużenie, spokój, równowaga i t. p., a wreszcie nad objawem drżenia, kurczów i rozmaitych sensacyj, łączących się z nimi, lub występujących w ich następstwie. Ale nie dość na tem: odruchy wywołują nietylko pewne, mniej lub więcej określone, anomalie czucia w ustroju, dotkniętym jakąś nerwicą poszczególną, ale wprawiają go niekiedy w rozmaite nastroje psychiczne, nadając duszy pewne tło uczuciowe, odbijające się mniej lub więcej wyraźnie w samowiedzy cierpiącego osobnika.

Ferier i Munk uważają korę mózgową w zakresie ośrodków ruchowych jako sferę czuciową i uczuciową *(Corticales Gefühlscentrum* por. Landois str. 838 i 841), przejmującą tak wrażenia dotykowe, jak i czucie mięśniowe przeciwnej strony ciała, podczas gdy Bechterew umiejscawia ośrodki przejmowania wrażeń dotykowych, czucia mięśniowego i bólu (u psa) nie w okręgu ruchowym kory mózgowej, lecz w pobliżu jego: i to służące pierwszym wrażeniom na tyłach i zewnątrz pola ruchowego, drugim zaś tuż ponad początkiem rowu Sylwiusza. Czy w tej sprawie będziemy się skłaniać ku teoryi pierwszego czy drugiego uczonego, czy ku zapatrywaniom Lucianiego, który jest przeciwnym w ogólności tak dokładnemu ograniczaniu poszczególnych dziedzin, — nie ulega w każdym razie ta okoliczność żadnej wątpliwości, że części mózgu, przejmujące czucie i uczucia, znajdować się muszą w związku pewnym z ruchowymi jego szlakami i na odwrót. Za związkiem tym przemawia nasamprzód kojarzenie się odruchów z uczuciami (sensacyami) i pewnymi nastrojami tła uczuciowego, odbijającymi się w samowiedzy, a w dalszem następstwie rzuty (projekcya) tych uczuć i nastrojów n. p. na twarz, idące szlakiem nerwu twarzowego ku odnośnym mięśniom twarzowym, układającym się w rysy odpowiednie. Analogiczny związek pomiędzy czuciowymi a ruchowymi szlakami jest nam zresztą znany i w rdzeniu od czasu Magendiego, Klaudyusza Bernarda i Schiffa, którzy zmodyfikowali prawo Bella, dowodząc, że przednie i tylne korzenie, wnikające w rdzeń, są ze sobą dośrodkowo połączone, przebiegającemi włókienkami.

Głębiej jeszcze wniknęli w przyrodę ośrodków i szlaków nerwowych, oraz ich połączeń i warunkowanych niemi czynności Purkynie, Deiters, Flechsig, Remak, Waldeyer, Kölliker, Golgi, Ramón, y Cajal, Fritjof Nansen, J. Prus i inni. Golgiemu i S. Ramónowi zawdzięczamy odkrycie tak zwanych prążków pobocznych z ich rozgałęzieniami końcowemi *(arborizaciones* Ramóna, Endbäumchen Köllikera). Odkrycie to umożliwia nam, jak to przyznaje tak znakomity badacz, jakim jest Waldeyer, do pewnego stopnia zrozumienie przyrody tak szlaków odosobnionych, jak i szerokich, t j. przebiegających znaczniejsze w ośrodkach nerwowych obszary. W przeciwieństwie do innych badaczów F. Nansen uważa zwoje nie jako komórki przewodzące, lecz jako przyrządy odżywcze. Przewodnictwo w rdzeniu i w mózgu przejmuje, zdaniem jego, tak zwany *Nervenfilz* Hisa, w którym przechodzi ono z prążka na prążek, nie udzielając się wcale wzmiankowanym zwojom*). O wynikach badań J. Prusa wspomnę poniżej.

Spostrzegane przezemnie anomalie odruchów w nerwicach, poprzedzam następującemi danemi z piśmiennictwa:

Padaczka. A. Schwarz znalazł w spostrzeganych przez siebie przypadkach padaczki odruchy skórne po napadach ogólnych, połączonych z utratą samowiedzy, bądź to osłabione, bądź też stwierdził ich brak zupełny. Odruchy ścięgniste były w pięciu przypadkach wzmożone. Według Sternberga spostrzegano pod koniec napadów padaczkowych brak, a czasem wzmożenie odruchów ścięgnistych. Podczas gdy Moeli, Bechterew, Beevor, Feré, Gowers, Westphal i inni (por. Cramer: *Münch. med. Wochenschrift*, rocznik 1895) spostrzegali brak odruchu kolanowego po ciężkich napadach

*) Por. szereg artykułów Waldeyera: Über einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems (*Deutsche med. Wochenschrift* 1891, Nr. 44, 45, 46, 47, 49 i 50.

padaczkowych, Ziehen widywał wśród tych samych warunków to brak, to wzmożenie tego odruchu, a Olliver nadmienia (por. Sternberg *ibidem* str. 260), że odruchy kolanowe mogą po poszczególnych napadach rozmaicie się przedstawiać, nawet u tego samego osobnika. Zachowanie się więc ich, nie daje się tu, zdaniem jego, ująć w jakieś pewne i stałe prawa. Fürstner (por. Sternberg *ibidem)* zauważył niekiedy u padaczkowych z porażeniem połowiczem brak odruchów kolanowych po stronie porażonej, a Westphal stwierdził, że po napadzie brakuje u nich niekiedy drgań nogi, że występują one jednakże po poprzedniem wywołaniu odruchu skórnego, n. p. ukłóciem stopy szpilką: utorowanie odruchów ścięgnistych podrażnieniem skóry (*Bahnung durch Hautreiz).* (Por. Sternberg str. 83 i 260). W czasie wolnym od napadów odruchy ścięgniste, a w szczególności kolanowe, są u padaczkowych zwykle wzmożone, w niektórych jednakże przypadkach brakuje ich zupełnie (A. Cramer*).

Tężyczka: Sprzeczniejszymi jeszcze niż w padaczce zdają się być wyniki badań odruchów, odnoszące się do tężyczki. Strümpell podaje w podręczniku swym *(Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten II Bd. 1 Theil* Str. 499 i 500, 1892), że w przypadkach tężyczki odruchy są w ogólności prawidłowe. J. Hoffmann stwierdził w jednym z opisanych przez siebie przypadków wzmożenie, w innym wśród tężyczkowego napadu osłabienie, w trzecim także wśród napadu brak odruchów ścięgnistych. Bernhardt mógł w dwu przypadkach tężyczki tylko po zastósowaniu manipulacyj Jendrassika wywołać odruch kolanowy. W dwu przypadkach Jackscha brakowało tego odruchu; w przypadkach F. Muellera i Vettera był on wzmożony. (Sternberg str. 261). Sternberg, który badał sam 16 przypadków tężyczki, twierdzi, że sprzeczności, odnoszące się do jakości odruchów ścięgnistych w tych przypadkach tłómaczą się badaniem chorych w nierównych warunkach. W świeżych przypadkach tężyczki znalazł on tak wśród napadów samych jak i po za nimi odruchy ścięgniste bardzo osłabione. Osłabienie to ujawniało się mu mianowicie z tego powodu, że stoi ono w pewnem przeciwieństwie do wzmożonej pobudliwości mechanicznej mięśni. Podczas gdy uderzenia po brzuścu mięśnia dwugłowego przy ruchu odwracającym przedramienia *(Supination des Vorderarms)* powoduje silny rzut jego ku górze *(Emporschlendern),* ta sama procedura, zastósowana na ścięgnie tego samego mięśnia, wywołuje tylko lekkie jego drgania. Osłabienie odruchów ścięgnistych, właściwe tężyczce, ustępuje zdaniem Sternberga miejsca ich wzmożeniu tylko pod wpływem bodźców psychicznych. Zauważyć to można zwłaszcza wśród przewlekłego przebiegu choroby, mianowicie gdy chorzy skutkiem napadów boleśnych, przepędzają noce bezsennie.

Do wniosków tych doszedł Sternberg, badając odruchy w rozmaitych fazach i w nawrotach tężyczki, oraz porównując je wśród nich ze sobą. (Sternberg *ibid.* str. 261—264).

Pląsawica *(Chorea minor).* W przytoczonym podręczniku swoim pisze Strümpell, że odruchy ścięgniste są w pląsawicy najczęściej prawidłowe, rzadziej słabe lub trochę wzmożone. Hirt spostrzegał tu li tylko prawidłowe odruchy. (Por. *Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten* str. 396, r. 1890). Sternberg wspomina o zmiennem zachowaniu się odruchów ścięgnistych w kończynach poszczególnych. Przytacza on także (str. 264) wyniki doświadczeń Peticlerca, który stwierdził niejednokrotnie wzmożenie się odruchów ścięgnistych w tej chorobie.

Paramyoclonus multiplex. Już Friedreich, który pierwszy opisał obraz tej choroby, podnosi, że charakteryzuje ją pomiędzy innemi znaczne wzmożenie odruchów ścięgnistych. Spostrzeżenie to potwierdza i Strümpell *(ibid.* str. 499). W przeciwieństwie do tych autorów zaznacza Unverricht, że wzmożenie wymienione nie musi należeć nieodzownie do charakterystycznych cech tej choroby. Bechterew spostrzegał w niej pojawienie się drgań nogi; były one po stronie jednej silniejsze niż po drugiej.

Myotonia congenita (choroba Thomsena) ma się zwykle odznaczać prawidłowymi lub osłabionymi odruchami ścięgnistymi. Co do odruchów tych w drżączce *(paralysis agitans),* to dotychczasowe wyniki doświadczeń różnych badaczy są ze sobą sprzeczne. Podczas gdy Blocq n. p. twierdzi, że osłabienie odruchów ścięgnistych w tej chorobie daje się spostrzegać, to Heimann mówi o ich wzmożeniu się, a według Strümplla, Hirta i innych nie okazują one zboczeń wybitnych. A. Schwarz i Eulenburg opisują przypadki atetozy z anomaliami odruchów. W przypadku, opisanym przez pierwszego, były po stronie prawej słabo dostrzegalne drgania nogi. W przypadku Eulenburga odruchy kolanowe były wzmożone. (C. d. n.)

*) Przypadki A. Cramera zdają się należeć do padaczkowego obłąkania.

II. Dalsze uwagi o hematynie obojętnej.

Podał

Dr. W. Arnold.

W nader krótkim czasie po ogłoszeniu mej rozprawy o hematynie obojętnej w „*Przegl. lek.*“ Nr. 52, 1899, pojawiła się ocena takowej przez prof. Wachholza, ogłoszona w Nr. 6 „*Przegl. lek.*“ b. r. pod tyt.: „O hematynie obojętnej Arnolda“. Stanowisko, zajęte przez tego autora wobec wyników mej pracy, zniewala mnie do powtórnego zabrania głosu w celu uzupełnienia pierwszej mej pracy, oraz obalenia twierdzeń prof. Wachholza.

Niewiele słów poświęcę uwagom, stanowiącym wstęp do tej rozprawy, raz dlatego, że zdaniem mojem takowe nie są uzasadnione, powtóre dla tego, że sam autor w dalszym ciągu swych wywodów nie przestrzega własnych przepisów. Zależało mnie w mojej pracy głównie na stwierdzeniu istnienia hematyny obojętnej, jako odmiany hematyny dotąd nie opisanej, o widmie zasadniczo różnem od widm hematyny kwaśnej i zasadowej, oraz odtlenionej Stokesa. Zadaniem więc mojem było przedewszystkiem wskazać sposoby i warunki, wśród których tworzy się ten barwik z barwika krwi. Sądzę, że postępowanie swoje opisałem z wystarczającą ścisłością, aby umożliwić każdemu powtórzenie mych doświadczeń; mogę więc pominąć zarzuty, przeciw temu postępowaniu skierowane, jako tyczące się zupełnie drugorzędnych punktów; (np. zarzuca mnie prof. Wachholz, że nie podaję, jakiego roztworu methemoglobiny użyłem; mogę na to odpowiedzieć, że jeżeli jest mowa o methemoglobinie, to rozumie się przez nią zawsze tylko obojętną. Jeżeli nie podałem, jakiego użyłem wyskoku, to oczywiście dla tego, iż jest zupełnie obo-

jętną rzeczą, czy się użyje 95%, czy 96%, czy bezwodnego wyskoku).

Dalszy zarzut prof. Wachholza, iż określając zachowanie się widmowe nowego związku, nie podaję zgęszczenia użytego rozczynu, nie jest również zdaniem mojem uzasadnionym. Odsyłam w tej mierze prof. Wachholza do najpoważniejszych podręczników chemii lekarskiej (np. Halliburtona str. 291, 303), których autorowie postępują zupełnie tak samo jak ja, tj. nie oznaczają prawie nigdy stopnia zgęszczenia badanych rozczynów, nie narażając się wcale przez to na zarzut braku koniecznej ścisłości. Wystarcza w zupełności podanie widma roztworu o najodpowiedniejszym stopniu zgęszczenia.

Muszę zresztą zwrócić uwagę prof. Wachholza na to, że on sam, oznaczając zachowanie się widmowe badanych roztworów hemochromogeny, hematyny obojętnej i oksyhemoglobiny, bynajmniej nie określa ściśle stopnia zgęszczenia, to znaczy nie podaje ilości barwika, rozpuszczonego w pewnej objętości wody, ponieważ określenie takie, jak $1^1/_2$% rozczyn krwi (jakiej?), nie poucza nas wcale o ilości barwika krwi, w roztworze zawartego, więc posiada wartość wcale wątpliwą. Natomiast mogę służyć prof. Wachholzowi liczbami, i w tym celu pozwolę sobie z licznych cyfr, zaprotokołowanych przezemnie, przytoczyć następujące: W celu uzyskania roztworu methemoglobiny posługiwałem się chętnie chemicznie czystą, krystaliczną hemoglobiną tlenkowęglową (dlatego, że CO-hemoglobina najłatwiej z wszystkich rodzajów hemoglobiny krystalizuje i dość łatwo w stanie czystym otrzymaną być może. Zresztą używałem prócz tego i hemoglobiny zwyczajnej, krystalicznej methemoglobiny, oraz świeżej krwi ludzkiej). Otóż 0,3 grm. CO-hemoglobiny (lub równą ilość methemoglobiny) rozpuszczałem w 20 sześć. ctm. wody, dodając następnie 1 sześć. ctm. rozcieńczonego żelazisinku potasowego (zawierającego $1^1/_2$ kropli 10% rozczynu), oraz 9 sześć. ctm. stężonego roztworu soli kuchennej. Otrzymałem więc w ten sposób zupełnie przezroczysty 1% rozczyn methemoglobiny obojętnej o znamiennem, z 4 smug złożonem widmie. W celu otrzymania roztworu hematyny obojętnej do 3 sześć. ctm. tego roztworu (zawierających 0,03 grm. methemoglobiny) dodawałem jeszcze 2 ctm. sześć. stężonego roztworu soli kuchennej, a potem 5 ctm. sześć. wyskoku 96%, — albo też postępowałem w ten sposób, że do 5 ctm. sześć. 1% roztworu methemoglobiny dodawałem tyle chlorku sodowego, ile przez lekkie ogrzanie się rozpuszczało, a następnie 5 ctm. sześć. wyskoku 96%, lub też kombinowałem oba sposoby. W każdym razie otrzymywałem w ten sposób z brunatnego roztworu methemoglobiny opisany przezemnie jasno-czerwony roztwór hematyny obojętnej, który był zazwyczaj przez dłuższy czas zupełnie przeźroczystym. (Drugi z tych roztworów hematyny obojętnej, — odpowiadający roztworowi 1% methemoglobiny, jeżeli uwzględnimy, że takowy przez dolanie równej ilości wyskoku doznaje rozcieńczenia do połowy pierwotnej zawartości barwika, — jest już zanadto stężonym, gdyż obie smugi hematyny obojętnej zlewają się już w jedną szeroką, a wcale dobrze odgraniczoną smugę, znajdującą się między *D* a *b*). Okazało się więc z tych doświadczeń, że należy, w celu otrzymania rozczynu hematyny obojętnej, okazującego obie znamienne smugi tejże tak wyraźnie, jak to uwidoczniłem na rysunku, przedstawiającym widmo tego barwika, użyć roztworu czystej methemoglobiny, zawierającego 0,4—0,6 grm. barwika na 100 wody; (najlepiej jest użyć roztworu, zawierającego 0,45—0,50 grm. %). Z roztworów zaś, zawierających 0,80 grm. lub więcej %, otrzymujemy już zbyt stężone roztwory hematyny obojętnej. (Dodam jeszcze, że używałem do badań epruwetek o średnicy 15—16 milim.). Liczb przytoczonych nie podałem w mojej rozprawie o hematynie obojętnej z powodów już wymienionych.

Przejdźmy teraz do właściwej krytyki, zawartej w następnych ustępach:

Okazuje się z nich, że autor, powtórzywszy część mych doświadczeń, potwierdza zasadnicze spostrzeżenia, z których wnioski swe wysnułem. Badając zachowanie się widmowe roztworu hematyny obojętnej, otrzymał te same prawie liczby, które ja podałem:

Dla pierwszej smugi λ 576—561 (ja otrzymałem λ 575—556)
Dla drugiej λ 549—522 („ „ λ 546—517)

Podaje on jednak, iż z tych smug pierwsza jest wyrazistsza i ciemniejsza, druga zaś więcej rozlana i jaśniejsza, czemu jednak stanowczo muszę zaprzeczyć, gdyż moje roztwory hematyny obojętnej okazywały w przyrządzie widmowym zawsze smugę pierwszą węższą i bledszą nieco, drugą szeroką i wyraźnie ciemniejszą. Różnicę tę z łatwością stwierdzić mogłem. Za tem też idzie, że w razie stopniowego rozcieńczania roztworu najpierw pierwsza smuga staje się niewidoczną, nie, jak twierdzi, prof. Wachholz, druga. Okoliczność tę uważa prof. Wachholz za ważną, bo posiłkuje się nią, by stwierdzić tożsamość barwika badanego z hemochromogeną.

Przyszliśmy tem samem do najważniejszego punktu tej rozprawy. Prof. Wachholz potwierdza w ogólności moje spostrzeżenia zasadnicze, twierdzi jednak, iż to, co ja nazywam hematyną obojętną, jest już dawno wszystkim znaną hemochromogeną. Opiera zaś to twierdzenie na następujących punktach:

1) Barwa roztworu hemochromogeny, otrzymanego przez dodanie do roztworu krwi żółtego siarczku amonowego) według niego jest jasno-czerwoną i w zupełności tą samą, jak barwa rozczynu mojej hematyny obojętnej.

2) Widmo hemochromogeny według prof. Wachholza złożone jest z dwóch smug, zachowujących się zdaniem jego zupełnie tak samo, jak smugi „wrzekomej“ hematyny obojętnej. Przyznaje on jednak, że widmo hemochromogeny jest o wiele wyrazistsze, niż widmo hematyny obojętnej. Tłómaczy to jednak tem, że rozczyny te nie mąciły się nawet po dłuższym czasie, więc przeźroczystością rozczynów hemochromogeny, przyznając tem samem, że użył do badania widma hematyny obojętnej rozczynów, niestósownie przyrządzonych, bo nie zupełnie przeźroczystych. Przyznaje dalej, że widmo hemochromogeny jest w stosunku do widma hematyny obojętnej nieco przesunięte na prawo. Wynika to z liczb podanych przez niego dla pojedyńczych smug.

Znajduje on dla pierwszej smugi λ 570—560
dla drugiej λ 541—523

podczas gdy położenie smug hematyny obojętnej, przez niego samego oznaczone wynosi λ 576—561
λ 549—522

Mimo to twierdzi jednak prof. Wachholz, że położenie tych smug „było zatem identyczne z położeniem smug widma wrzekomej hematyny obojętnej“.

3) Roztwór hemochromogeny, zagotowany, do wrzenia zmienia barwę na brunatną; równocześnie zjawia się widmo hematyny zasadowej. Po oziębieniu zaś roztwór czerwienił się napowrót i okazywał znów widmo hemochromogeny. Zachowuje się więc roztwór hemochromogeny pod tym jednym względem, jak roztwór hematyny obojętnej. Nie uprawnia to jednak bynajmniej Wachholza do wniosku, że „nie może już podlegać najmniejszej wątpliwości, że opisana przez Dra Arnolda hematyna obojętna jest niczem innem, jak dawno nam znaną hemochromogeną Hoppe-Seylera, czyli hematyną odtlenioną Stokesa“. (Oczywiście o tem zachowaniu się rozczynu hemochromogeny wiedziałem równie dobrze, jak prof. Wachholz, jednak jestem tego zdania, że podobne zachowanie się obu barwików w tym jednym względzie bynajmniej nie może uzasadnić ich tożsamości, przeciw której przemawia szereg najważniejszych powodów).

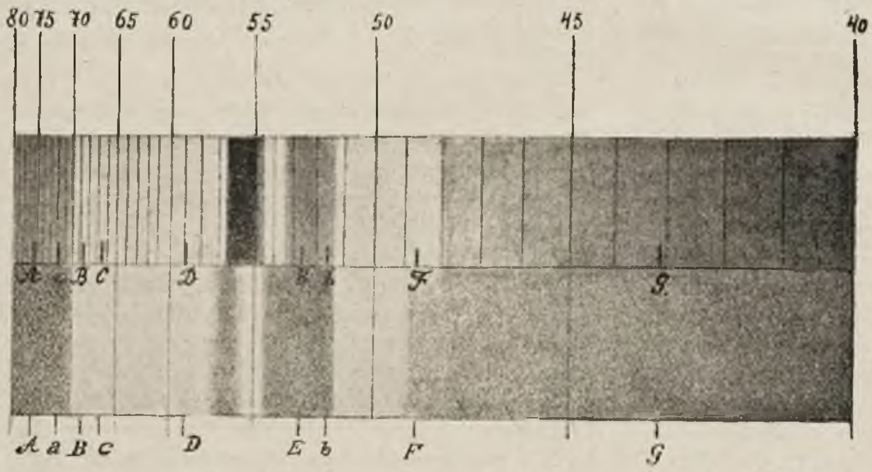
Powstanie zaś hemochromogeny przy postępowaniu, przezemnie podanem, tłómaczy prof. Wachholz działaniem odtleniającem wyskoku. Przytacza on, chcąc dowieść możliwości uzyskania hemochromogeny z barwika krwi działaniem

wyskoku (zatem w sposób, — jak myśli prof. Wachholz, — opisany przezemnie), dosłownie pewien ustęp z podręcznika E. Hoppe-Seylera (Hdb. d phys. und pathol. chem. Analyse. Berlin, 1883).

Otóż Hoppe-Seyler powiada, że w słojach, zawierających preparaty anatomiczne, przechowywane w wyskoku, tworzy się, — jeżeli zostawimy naczynie to przez kilka dni w spokoju, („lässt ohne Umrühren einige Tage stehen") w dolnych warstwach hematyna odtleniona, powodując zabarwienie różowe, względnie purpurowe. P. Wachholz sądzi, że może użyć tego faktu do poparcia swego twierdzenia. Tak jednak nie jest, gdyż hemochromogena tworzy się tutaj dzięki połączonemu działaniu wyskoku i gnicia; dlatego właśnie tworzy się hemochromogena dopiero po kilku dniach, jeżeli nadto naczynia nie ruszymy i w dolnych warstwach, ponieważ w dole zgęszczenie wyskoku nie wystarcza, aby zapobiedz gniciu, które odtlenia dopiero hematynę, wytworzoną poprzednio działaniem wyskoku. (Wiadomą jest przecież rzeczą, że oksyhemoglobina krwi gnijącej w zamkniętem naczyniu odtlenia się po kilku dniach na hemoglobinę).

Przyjrzyjmy się teraz twierdzeniu prof. Wachholza, że moja hematyna obojętna jest hemochromogeną. Przejdę po kolei zarzuty prof. Wachholza, aby wykazać ich błędność:

1) Twierdzi prof. Wachholz, iż barwa roz. hemochromogeny (wytworzonej przez dolanie 2 sz. ctm. żółtego siarczku amonowego do 10 sz. ctm. roztworu hematyny zasadowej), jest jasno-czerwoną i identyczną w zupełności z barwą rozczynu „wrzekomej" hematyny obojętnej, otrzymanej z methemoglobiny przez dolanie wyskoku. Otóż to nie jest zgodne z prawdą, bo roztwory hemochromogeny posiadają barwę w zupełności odmienną od roztworów hematyny obojętnej. Barwa ostatniej jest, jak podałem w mej pracy, czerwona z pewnym odcieniem żółtawym (szczególniej w cienkiej warstwie widocznym), podczas gdy roztwór hemochromogeny posiada barwę wiśniowo-czerwoną lub purpurową, to znaczy czerwoną z wyraźnym odcieniem fioletowym, (widocznym również, szczególniej w cienkiej warstwie, na białem zwłaszcza tle). Błąd prof. Wachholza tłómaczę sobie tą okolicznością, że użył on do wytworzenia swych roztworów hemochromogeny sposobu, nie zupełnie odpowiedniego; gotuje on mianowicie roz-



1. Widmo hematyny odtlenionej (hemohromogeny).

2. Widmo hematyny obojętnej

twór wodny krwi, zmięszany z odpowiednio ilością 10% ługu potasowego, aby uzyskać w ten sposób hematynę zasadową, którą następnie odtlenia. Uwzględnić jednak należy, że barwik krwi i jego pochodne są ciałami, niezmiernie czułemi pod względem chemicznym. Chcąc je zatem uzyskać w stanie, o ile można czystym i przekonać się o ich istotnem zabarwieniu, należy ściśle wystrzegać się manipulacyj, zbyt energicznie działających, któreby mogły zmienić własności ciał o tak skomplikowanej budowie. Najłatwiej zaś ulega zmianom barwa. Otóż mojem zdaniem zagotowanie rozczynu krwi z ługiem potasowym jest manipulacyą, wcale energiczną i temu też przypisuję, że prof. Wachholz mógł otrzymać roztwory hemochromogeny o zabarwieniu pozornie identycznem z zabarwieniem rozczynów hematyny obojętnej, uzyskanej działaniem wyskoku na roztwór methemoglobiny; (a należy uwzględnić w dodatku, że roztwór hematyny obojętnej, otrzymany z methemoglobiny, już sam przez się ma odcień więcej żółtawy, gdyż sprawia to dodatek żelazisinku potasowego, zapomocą którego uzyskano methemoglobinę). Zamiast więc tej metody polecam własną metodę, która daje roztwór o pięknej, czystej barwie wiśniowej. Sposób ten jest następujący: roztwór krwi mięsza się z odpowiednią ilością 10% ługu potasowego, następnie dodaje się $^1/_4$—$^1/_3$ objętości wyskoku 96%, zakłóca się i otrzymuje się w jednej chwili przeźroczysty roztwór hematyny zasadowej, nie narażając wcale barwika przez gotowanie na zmiany. Następnie dolewa się odpowiednią ilość żółtego siarczku amonowego ($1^1/_2$—2 ctm. sześć. na 10 ctm. sześć. rozczynu hematyny), zatyka się próbówkę, poczem — prawie w jednej chwili występuje piękna wiśniowa barwa, tak różna od barwy roztworu hematyny obojętnej, że jest wprost niemożliwą rzeczą, aby ktokolwiek mógł stwierdzić tożsamość obu barw.

Co więcej, rozczyn hemochromogeny o znamiennem zabarwieniu może uzyskać prof. Wachholz przez dodanie kilku kropel siarczku amonowego (użyłem bezbarwnego) do roztworu hematyny obojętnej. Przekona się wówczas, jak wybitnym w tych warunkach ulega zmianom ten roztwór hematyny obojętnej, choćby tylko pod względem zabarwienia, t. j. występuje zamiast matowego, czerwonego koloru intenzywniejszy, żywo czerwony z odcieniem fioletowym (a równocześnie zjawia się znamienne widmo hemochromogeny, tak różne od widma hematyny obojętnej). Przyzna mnie prof. Wachholz, że jeżeli hematyna obojętna dopiero pod wpływem czynnika odtleniającego przechodzi w hemochromogenę, to nie może ona być chyba identyczną z takową.

2) Roztwór hemochromogeny okazywał — jak pisze prof. Wachholz — widmo, złożone z dwóch smug, położonych i zachowujących się tak samo, jak smugi hematyny obojętnej. Własne liczby prof. Wachholza, oznaczające położenie smug hemochromogeny, zbijają to twierdzenie jego, gdyż znajduje on dla smugi pierwszej, że takowa odpowiada długości fal λ 570—560, dla drugiej λ 541—523, podczas, gdy położenie smug „wrzekomej" hematyny obojętnej wynosiło dla smugi pierwszej λ 576—561, dla drugiej λ 549—522 (liczby podane przez prof. Wachholza).

Mimo to, dla drugiej prof. Wachholz twierdzi, że położenie tych smug (hemochromogeny) jest identyczne z położeniem smug hematyny obojętnej. Zdaniem mojem jednak wynika z tych liczb, że tak pierwsza, jak i druga smuga hemochromogeny są w porównaniu do odpowiednich smug hematyny obojętnej przesunięte ku części fioletowej widma; wynika z nich dalej, że druga smuga hemochromogeny kończy się mniej więcej tam, gdzie druga smuga hematyny obojętnej, że więc obie smugi hemochromogeny zajmują w widmie o tyle

mniej miejsca, niż obie smugi hematyny obojętnej, ile wynosi przesunięcie pierwszej smugi hemochromogeny ku części fioletowej.

Proszę teraz porównać rysunek widma hemochromogeny z widmem hematyny obojętnej, a chyba nie będzie nikogo, któryby tak olbrzymiej różnicy nie zauważył. Różnice te są następujące:

Załączone rysunki widm, jak również wymiary smug dokonane zostały zapomocą mikrospektroskopu Abbe-Zeissa, oczywiście przy tej samej szerokości szczeliny przyrządu).

Otóż: 1) Widmo odtlenionej hematyny jest wyraźnie i niedwuznacznie w porównaniu do widma hematyny obojętnej przesunięte na prawo (ku części fioletowej widma). (Wyraźnie widocznem jest to już przy użyciu małego spektroskopu ręcznego *à vision directe)*. Położenie smug, wyrażone długością fal świetlnych wynosi dla pierwszej: λ 568—546 (najsilniejsza absorpcya światła od λ 565—550), dla drugiej: λ 534—512.

Dla rozczynu słabszego uzyskałem liczby następujące:

λ 564—549,
λ 531—518.

Dla porównania dodam liczby z podręcznika chemii fizyologicznej Halliburtona (W. D. Halliburton — *Kaiser's Lehrbuch d. Chem. Physiologie und Pathologie*, 1898) również bez podania stopnia zgęszczenia rozczynu):

Pierwsza smuga: λ 569—542
Druga „ λ 535—504.

Zauważę, że liczby, znalezione przez prof. Wachholza dla hemochromogeny nie wydają mnie się prawdopodobnemi, nie zgadzają się bowiem ani z mojemi liczbami, ani z liczbami Halliburtona, jak również nie zgadzają się z rysunkiem i liczbami, przytoczonemi w ostatniem wydaniu podręcznika do analizy moczu Neubauer-Vogla (Neubauer-Vogel: *Analyse des Harn's*, herausg. v. H. Huppert, 1898); tyczy się to szczególniej drugiej smugi, która według tego podręcznika rozpoczyna się: „kurz vor *E* und sich etwas über *b* hinaus erstreckt"; według Wachholza zaś rozpoczyna się ta smuga w dość znacznem oddaleniu od *E* (*E* odpowiada λ 526,9; smuga zaś ta rozpoczyna się według Wachholza na λ 541, według mnie zaś na λ 533, w słabszym rozczynie λ 531). Również i położenie smugi pierwszej zostało przez Wachholza oznaczone niezgodnie z liczbami mojemi i Halliburtona.

(Wachholz: λ 570—560
Ja: . . λ 568—546
Halliburton: λ 569—542).

(Smuga ta bowiem sięga nawet w rozczynach tak rozcieńczonych, że pozostała tylko ta smuga pierwsza zawsze jeszcze do λ 550).

Jeżeli przypomnimy sobie, że położenie smug hematyny obojętnej odpowiadało dla pierwszej smugi λ 575—556, dla drugiej smugi . . . . λ 546—516, — to zauważymy, że przesunięcie widma hemochromogeny ku części fioletowej jest już wcale wyraźne. Jeżeli rzucimy okiem na rycinę, zauważymy, o czem już wspomniałem, że obie smugi hemochromogeny zajmują ogółem mniej miejsca w widmie, aniżeli smugi hematyny obojętnej; a przyczyną tego jest raz przesunięcie obu smug w kierunku ku fioletowi, a powtóre i to, że druga smuga hemochromogeny, aczkolwiek początek takowej jest przesunięty na prawo, kończy się mniej więcej w tem samem miejscu, jak druga smuga hematyny obojętnej, t. j. mniejszą posiada szerokość.

2) Smuga druga w widmie hemochromogeny jest mało co szerszą od smugi pierwszej, podczas gdy druga smuga hematyny obojętnej przewyższa pierwszą około 3 razy swą szerokością.

3) Widmo hemochromogeny jest wyraźniejsze, smugi ostro odgraniczone, widmo to jest wogóle najbardziej znamiennem u wszystkich widm barwików, pochodzących z barwika krwi, podczas gdy smugi widma hematyny obojętnej nie są ani tak wybitne, ani tak ostro odgraniczone.

4. W widmie hemochromogeny pierwsza smuga odznacza się absorpcyą światła bardzo silną tak, że jest prawie czarną, podczas gdy druga smuga jest znacznie bledsza i mniej ostro odgraniczona, wskutek czego najpierw znika smuga druga, jeżeli roztwór hemochromogeny stopniowo rozcieńczamy. Przeciwnie w widmie hematyny obojętnej smuga pierwsza jest mniej wybitna i bledsza, niż smuga druga, aczkolwiek te różnice nie są tu ani w przybliżeniu tak wybitne, jak w widmie hemochromogeny. W każdym jednak razie zauważyć można z łatwością, że smuga druga hematyny obojętnej jest nieco ciemniejszą od pierwszej i, co za tem idzie, później znika, niż pierwsza, jeżeli roztwór rozcieńczamy.

5. Pierwsza smuga hemochromogeny jest znacznie szersza, aniżeli pierwsza smuga roztworu hematyny obojętnej; (różnica ta występuje najwyraźniej, jeżeli porównamy ze sobą dwa roztwory, zawierające tę samą ilość barwika).

6. Wspomniałem już, że w widmie hemochromogeny druga smuga jest mało co szersza od smugi pierwszej. Jeżeli rozcieńczamy roztwór hemochromogeny, to zauważymy, że zmniejsza się szerokość smugi drugiej tak, iż przy pewnym stopniu rozcieńczenia pozostaje tylko pas, odpowiadający długości fal λ 530—520. Taki więc roztwór hemochromogeny przedstawia się w ten sposób, iż smuga pierwsza ciemna i wyraźna przewyższa wówczas szerokością swą smugę drugą, zredukowaną do części najciemniejszej. Potem znika smuga druga zupełnie, a zostaje tylko smuga pierwsza. W roztworze hematyny obojętnej jednak smuga druga zawsze około $3—3^1/_2$ razy przewyższa swą szerokością smugę pierwszą, nie okazując wcale tych wahań swej szerokości, zależnych od stopnia rozcieńczenia rozczynu.

7. Już raz wspomniałem o tem, że możemy z hematyny obojętnej otrzymać hemochromogenę, dodając do roztworu pierwszej nieco siarczku amonowego. Równocześnie występuje wybitna zmiana barwy i zmiana widma, to znaczy, występuje znamienne widmo hemochromogeny. Jeżeli teraz pod tym ostatnim względem porównamy uzyskany roztwór hemochromogeny z roztworem hematyny obojętnej (to zn. porównamy dwa roztwory o tym samym stopniu zgęszczenia), uderzy nas — pomijając podane wyżej różnice — że absorpcya światła w widmie hemochromogeny (przedewszystkiem pierwszej smugi) jest bez porównania silniejsza, aniżeli w odpowiedniem miejscu widma hematyny obojętnej (zwłaszcza, jeżeli porównamy absorpcyę świetlną od λ 555 do 550). Żałuję, że brak czasu nie pozwala mnie liczbowo wyrazić tę różnicę przez oznaczenie współczynnika zagaszenia światła (*Extinctions-coëfficient*) dla roztworów o oznaczonej ilości barwika). Z przytoczonych przezemnie różnic wynika zresztą, że oba widma są zupełnie różne. (Dok. nast.)

III. Z pracowni histologiczno-embryologicznej c. k. Uniwersytetu lwowskiego pod dyrekcyą prof. Dra Szymonowicza.

O konjugacyjnej teoryi Morgensterna.

Napisał

Dr. A. Gońka.

(Dokończenie).

Przypatrzywszy się, że tak powiem, ogólnym zarysom teoryi konjugacyjnej, musimy obecnie rozpatrzeć się w jej szczegółach. Mając na uwadze podział komórek zróżnicowanych, leżących na powierzchni miazgi zęba, tak jak go dokonał Morgenstern, według ich kształtu, zaznaczyć przedewszystkiem, że klasyfikacya ta nie jest dość ścisła i zupełnie dowolna. Dość bowiem rzucić okiem na odpowiedni preparat, by się przekonać, że komórki o różnych kształtach są ze sobą zmięszane, a całość robi takie wrażenie,

jakgdyby kształt komórek był wynikiem wzajemnego na siebie ich ucisku, gdyż pozatem niczem się one między sobą nie różnią.

Podział więc taki komórek uznaćby należało co najmniej jako zbyteczny, a już zupełnie bezkrytyczne jest zdanie Morgensterna, jakoby tylko utwory o pewnych kształtach należało uważać jako komórki, i że innych pod tę nazwę podciągnąć nie można. Co do mnie, nie widzę najmniejszego powodu do takiego wyróżniania, gdyż twory, powstałe podług konjugacyi Morgensterna, posiadają wszystkie cechy komórek, nic im nie brakuje, ale też nic nie mają ponadto, coby charakter komórkowy kwestyonowało. Gdyby nawet konjugacya miała miejsce, to wynikłe z niej twory, noszące wszystkie cechy komórek, tylko jako takie uważać możemy, gdyż czegoś pośredniego między komórkami, a tkankami histologia nie zna. Takich bezkrytycznych, bo niczem nieudokumentowanych określeń, znajdujemy sporą wiązankę..... Razem wzięte, już z góry budzą wielką nieufność do ścisłości w poszukiwaniach Morgensterna.

Po tych ogólno-krytycznych uwagach, przystępuję do opisu, jak moje własne badania przeprowadzałem.

Jako materyał służyły mi płody ludzkie z okresu 12-go, 16-go i 20-go tygodnia. Ponadto posługiwałem się płodami psów, których wieku atoli dokładnie oznaczyć niebyło można. Szczęki z płodów wydobyte dzieliłem na drobne kawałeczki i jedne z nich ustalałem 1) w nasyconym na gorąco rozczynie sublimatu w 0·6% rozczynie soli kuchennej z dodatkiem 1% kwasu octowego, inne 2) w płynie Zenkera z dodatkiem 3% kwasu octowego; albo też 3) w płynie o składzie następującym: 250 ctm³ rozczynu nasyconego kw. pikrynowego, 250 ctm³ rozcz. nas. sublimatu, 500 ctm³ H_2O, 12 ctm³ kw. octow. lodow. i 4) w płynie Flemminga.

Ustalanie trwało z reguły 24 godzin.

Następnie, po przeprowadzeniu przez alkohole, w sposób znany i powszechnie używany, odwapniałam w 3% rozczynie wodnym kwasu azotowego. Gdy odwapnienie było gotowe, przeprowadzałem naturalnie znowu przez alkohole i zatapiałem jedne kawałeczki w celoidynie, drugie w parafinie. Sposobów barwienia używałem następujących: 1) hematoksyliną samą i hematoksylinę z eozyną; 2) hemalaunem; 3) hematoksyliną według metody M. Heidenhaina; 4) metodą van Giesona.

Przy barwieniu według M. Heidenhaina, dokonywałem podbarwiania zapomocą *bordeaux R*, lub też zapomocą eozyny.

Najlepsze ustalanie udawało się w płynie Zenkera. Jak to z góry zresztą przewidzieć było możn, kawałki, zatapiane w celoidynie, mimo całej ostrożności nie dawały się krajać w tak cienkie skrawki, jak te, do zatopienia których użyto parafiny. Preparaty parafinowe przy tej robocie okazały się znacznie lepsze. Co do barwienia, to tyle tylko powiedzieć mogę, że przy metodzie Heidenhaina obrazy mikroskopowe bywały względnie najlepsze, choć niemogę zaprzeczyć, że i przy innych sposobach barwienia otrzymywałem zadawalniające wyniki.

Sortując preparaty uwzględniałem oczywiście w pierwszym rzędzie czystość i dokładność obrazu, widzianego pod mikroskopem. Do badań zgrubsza używałem mikroskopu Reicherta, do badań ściślejszych Zeissa imersyi apochromatycznej. Na ogół badania przeprowadziłem na tysiącu kilkuset skrawkach, barwionych sposobami, dopiero co opisanymi.

Wynik moich badań przedstawia się, jak następuje:

Zanim w preparatach moich poszukiwać zacząłem konjugacyi Morgenstern-Höhla, *a priori* rozumowałem tak: Jeśli proces taki w rzeczywistości istnieje, jako warunek i jeden okres w wytwarzaniu się zębiny, to wszędzie, gdzie ta ostatnia zaczęła się wytwarzać i wytwarzać nie skończyła, powinno się ową konjugacyę spotykać nie jako odosobniony objaw i, że tak powiem, przypadkowy. Konjugacya widoczną być powinna, jako proces z reguły się zjawiający. Wszakżeż Höhl (str. 50) sam mówi wyraźnie: „Proces konjugacyjny ustaje prawdopodobnie dopiero ze zakończeniem wzrostu zęba". Inaczej mówiąc, na zębach płodów od chwili zjawienia się pierwszych śladów zębiny, stale spotykać się go powinno. Tymczasem, ku wielkiemu memu zdziwieniu, nietylko że nie znajdowałem obrazów, przypominających rysunki Morgensterna, ilustrujące jego teoryę, ale wogólności miejsca takie, gdzieby komórki poszczególne mogły budzić podejrzenie odbywającej się konjugacyi, należały do niesłychanie rzadkich. Między setkami skrawków, barwionych, jak wspomniałem, najrozmaitszymi sposobami, znalazło się ledwo kilka, w których takie podejrzane na konjugacyę miejsca można było wyszukać. Jakżeż takie miejsca wyglądały? Najczęściej rzecz przedstawiała się w ten sposób, że spotykało się dwie komórki ułożone obok siebie lub też nad sobą w ten sposób, że przy dość znacznem nawet powiększeniu protoplasma ich obu zdawała się zlewać w jedną ciągłą całość. Przy użyciu atoli najlepszych i najsilniejszych soczewek, w każdym przypadku takiej podejrzanej konjugacyi dawała się wyśledzić granica, dzieląca dwa ciała komórkowe, do siebie tylko przylegające. Najtrudniej granicy takiej dopatrzeć się było można w tych razach, gdy komórki zachodziły na siebie dachówkowato i cienka część protoplasmatyczna komórki wyżej leżącej pokrywała częściowo ciało komórki niżej leżącej, której znowu odpowiednia cieńsza część podchodziła pod tamtą komórkę.

Z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić wypada, że właśnie Morgenstern miał na preparatach swoich przeważnie tego rodzaju stosunki, które były następstwem skośnego przekroju odontoblastów, to znaczy cięcie nie przechodziło przez najdłuższą oś odontoblastów, ale trafiało na jednym i tym samym skrawku dwa lub trzy odontoblasty, leżące obok siebie. Nie trzeba chyba dodawać, że jeśli barwienie nie było w całem tego słowa znaczeniu wyraziste, to granica przylegających komórek tem trudniejszą musiała być do wyśledzenia.

Powiada Morgenstern, że jego komórki elementarne, to znaczy komórki kształtu kulistego, gruszkowatego i marchwiowatego rzadko tylko leżą bezpośrednio przy zębinie w tych miejscach, gdzie ona się wytworzyła. Z obserwacyą tą absolutnie zgodzić się nie mogę. W niższych bowiem partyach zęba, gdzie zębina przedstawia się w kształcie cieniuchnego rąbka, spotykamy stale tylko jedną warstwę komórek, z których znaczna część odpowiada kształtem komórkom elementarnym Morgensterna. Wobec tego, że, jak codopiero wspomniałem, mamy tu do czynienia tylko z jedną warstwą komórek, dodawać nie potrzeba, że wszystkie te komórki leżały bezpośrednio przy zębinie, nie oddzielone warstwą tworów, które Morgenstern zwie odontoblastami. Co więcej, dodać wypada, że często spotyka się komórki, których jądro, nawet wyraźnie się barwiące, leży tuż przy

samej zębinie. I to właśnie spotykanie jąder tuż przy zębinie przemawia przeciw teoryi Morgensterna, według którego jądra te obwodowe po konjugacyi dokonanej zanikają. Z tem spostrzeżeniem łączyć można obserwacyę, dotyczącą sprawy rozpadu jąder. I tu powiedzieć muszę, że pomimo bardzo skrzętnych poszukiwań, nie udało mi się nigdy zauważyć, aby jądra, leżące bliżej zębiny, wykazywały odmienną, a mianowicie zmniejszoną skłonność do barwienia się, nigdy też nie udało mi się wykryć zmian rozpadowych wśród jąder, lub ziarn, któreby odpowiadały tylko jąderkom, a które miałyby być pozostałościami po jądrach, uległych rozpadowi.

Faktu tego, że szczegółów powyższych, a podanych przez Morgensterna, nie udało się wykryć, nieumiem sobie wytłómaczyć; możnaby jednak już na podstawie ujemnego w tym kierunku wyniku badań wnioskować, że i te procesy, które mają według Morgensterna poprzedzać i pociągać za sobą następowe rozpadowe zmiany w jądrze, nie istnieją. Już sama obecność jąder tuż przy zębinie nie przemawia na korzyść hipotezy Morgensterna. Twierdzi on bowiem, że przy zębinie leżą odontoblasty jego, tj. utwory wynikłe z konjugacyi komórek elementarnych; twierdzi dalej, że w utworach tych skonjugowanych jądra leżące obwodowo ulegają wyżej opisanym przemianom wstecznym, a myśmy żadnych takich zmian zauważyć nie mogli. Z naciskiem więc jeszcze raz zaznaczyć muszę, że oba te szczegóły 1) spotykanie jąder w komórkach tuż przy zębinie 2) brak zmian rozpadowych, które są nieodzownym objawem konjugacyjnej teoryi, przeciwko niej przemawiają.

Wyniki więc moich badań reasumuję w formie następujących wniosków.

1) Konjugacyjna teorya Morgensterna nie jest oryginalnie pomyślaną, gdyż częściowo opiera się na zapatrywaniach, jakie wyraził przed nim Waldeyer, częściowo na rzekomych spostrzeżeniach Andrewsa, jakeśmy to powyżej przedstawili.

2) Zmiany, które dały rzekomą podstawę Morgensternowi do zbudowania jego zawiłej i sztucznej hipotezy, zupełnie nie istnieją, gdyż

3) przez Morgensterna opisywane szczegóły, które się mają odbywać podczas rozwoju zębiny wśród odontoblastów, są wynikiem nieodpowiedniego badania i nieścisłej obserwacyi.

4) Na podstawie dzisiejszego stanu rzeczy przemawia wszystko za słusznością zapatrywań Kölliker-Ebnera na rolę odontoblastów w rozwoju zębiny.

IV. Wyciągi.

L. Brieger i F. Neufeld. **W sprawie rozpoznawania początków gruźlicy z plwociny.** Z zakładu dla chorób zakaźnych w Berlinie. *(Deutsche medicinische Wochenschrift,* r. 1900, Nr. 6, str. 93). Wczesne a pewne rozpoznawanie rozpoczynającej się sprawy gruźliczej w płucach jest ważne z wielu względów, zwłaszcza zaś wobec najnowszych usiłowań zapobiegania i leczenia tej choroby na szerszą skalę pośród wszystkich warstw społecznych. Środki, jakimi obecnie rozporządza wiedza lekarska w celu rozpoznawania gruźlicy płuc, są następujące: 1) badanie kliniczne — objawy fizykalne, stan ogólny, zachowanie się ciepłoty w warunkach zwykłych i szczególnych (Penzoldt) i t. p.; 2) badania bakteryologiczne plwociny i 3) próba tuberkulinowa.

Za podstawę przy tem rozpoznawaniu powinny służyć wyniki badania klinicznego; staje się ono jednak pewnem dopiero wtedy, gdy je potwierdza znalezienie prątków Kocha w plwocinie lub odczyn tuberkulinowy. Prątki Kocha wtedy znajdują się w plwocinie pewnie i stale, w większej lub mniejszej ilości, gdy zakażenie gruźlicze doprowadza już tkankę płuęną do rozpadu. Dość często jednak wykazać ich w plwocinie nie można przy wielokrotnych i najstaranniejszych jej badaniach, mimo, że objawy kliniczne przemawiają niewątpliwie za gruźlicą i to daleko posuniętą, dającą ciężkie objawy i trwającą latami. Tem mniejsze znaczenie rozpoznawcze musi mieć jednorazowe zbadanie plwociny na prątki Kocha z wynikiem ujemnym, zwłaszcza gdy wyraźnych objawów klinicznych brak, jak to ma zwykle miejsce w początkach rozwoju choroby, lub gdy zachodzi powikłanie przez inne jeszcze zakażenie, n. p. prątkiem grypowym Pfeiffera, lub dwoinkami Fraenkel-Weichselbauma. Zakażenie takie, zwłaszcza prątkiem grypowym, może samo przez się dawać objawy gruźliczego zajęcia płuc, bądź z przebiegiem ostrym i ciężkim, bądź w postaci przewlekłej bez wybitnych objawów klinicznych, a szczególnie całymi miesiącami bez podwyższenia ciepłoty. Autorom znane są naprzykład uporczywe nieżyty szczytów, przebiegające bez cięższych objawów, a spowodowane czystem zakażeniem grypowem. Ztąd wskazaną jest rzeczą badanie plwociny nietylko na prątki Kocha, ale i w kierunku tych zakażeń i to nietylko drobnowidowo, ale i przez hodowle. Czy mamy wtedy do czynienia z zakażeniem mięszanem, czy też z czystem grypowem, jeżeli badanie plwociny prątków gruźliczych nie wykazuje, rozstrzygnąć może jedynie próba tuberkulinowa. A rozstrzygnięcie to ma doniosłe praktyczne znaczenie wogóle, w szczególności zaś w sanatoryach dla suchotników, gdyż trzymanie chorego grypowego między suchotnikami jest niepotrzebne, a dla nich samych niebezpieczne.

Próba tuberkulinowa (0.001 — 0·005—0·01 *pro dosi* podskórnie), stosunkowo prosta w wykonaniu, wciąż jeszcze spotyka się z niesłusznem niedowierzaniem u wielu lekarzy, mimo, że wykonana podług przepisów Kocha, niebezpieczną nie jest, a w wątpliwych przypadkach oddać może rozpoznaniu usługi znakomite, gdyż daje wynik zupełnie pewny. Na poparcie swych wywodów B. i N. przytaczają 6 typowych opisów gruźlicy płuc, gdzie w plwocinie prątków Kocha przez czas dłuższy, mimo wielokrotnego najstaranniejszego badania, nie wykazano.

Przy rozpoznawaniu początkowych okresów gruźlicy płuc autorowie ci uważają zatem za niezbędne: 1) badać plwocinę na prątki Kocha nie raz jeden, gdy ich to badanie nie wykazuje, lecz powtarzać je wielokrotnie w dłuższych odstępach czasu; 2) badać plwocinę nietylko na prątki Kocha, ale i w kierunku powyżej wspomnianych zakażeń mięszanych; 3) wyniki badania bakteryologicznego zestawiać z wynikami badania klinicznego i wreszcie 4) w przypadkach, mimo to nasuwających wątpliwości, wykonać próbę tuberkulinową.

Dr. S. K. Miszewski.

Behring E. Prof. (Marburg).: **Oznaczenie wartości surowicy przeciwtężcowej i użycie jej u ludzi i zwierząt.** *(Deutsch. mediz. Wochenschrift,* 1900, Nr. 2). Ponieważ coraz bardziej rozszerza się używanie surowicy przeciwtężcowej, przeto chodzi o zbadanie, czy można jej zaufać pod względem czystości przetworu i wartości, jak się to stało od dawna z surowicą przeciwbłoniczą.

Do oznaczenia wartości surowicy przeciwtężcowej posługuje się autor tym samym sposobem, jakiego użył dla surowicy przeciwbłoniczej. Należy oznaczyć tę dawkę rozczynu toksyny tężcowej, która zmięszana z $^1/_{1000}$ jednostki antytoksynowej i wstrzyknięta podskórnie nie sprowadza choroby u myszy. Jednostkę antytoksynową oznacza literami *A. E. (Antitoxin-Einheit)*, zaś rozczyn toksyny tężcowej znakiem: Tet. Testg. L. tj. *(Tetanus-Testgiftlösung).*

Dla utrzymania trwałości rozczynów toksyny używa B. środków zachowawczych, jak zieleni malachitowej, fosforanu sodowego i toluolu. Przysposobiony rozczyn toksyny tężca w ilości 5 ctm.³ oddał autor na skład do fabryki barwików w Höchst, zkąd ją można otrzymać we flaszeczkach do doświadczeń. Toksyna ta oznaczona jest liczbą V. Posługując się znakami Behringa cały wzór zobojętnienia toksyny tężca w rozczynie oznaczonym liczbą V., tj. zobojętnienia przez $^1/_{1000}$ jednostki antytoksynowej *(A.E.)*, będzie tak przedstawiać się:

$$\left.\begin{matrix} ^1/_{1000}\ A.\ E. \\ 0{\cdot}01\ \text{ctm.}^3\ \text{Testg. L. Nr. V} \end{matrix}\right\}\ \text{in}\ 0{\cdot}4\ \text{ctm.}^3\ \text{Aq. dest.} = \text{LO. dla myszy}$$

LO. oznacza nieszkodliwość dla myszy.

Również posiada na składzie fabryka w Höchst antytoksynę tężcową w rozczynie takim, którego 1 gram zawiera 100 A. E. czyli jednostek antytoksynowych Behringa. Wskutek tego można każdej chwili zrobić doświadczenie i zmięszawszy odpowiednie ilości toksyny i antytoksyny ze sobą wstrzyknąć myszy dla przekonania się o zobojętnieniu czyli o LO. Chodzi jeszcze o ciężar ciała myszy. Behring oznaczył to zobojętnienie LO. dla myszy o średnim ciężarze ciała 12 gramów. Szczegóły doświadczenia należy czytać w oryginale, tutaj przytaczam tylko główne zasady.

W dalszym ciągu polemizuje Behring z włoskim profesorem Tizzonim w Bolonii, znanym badaczem sprawy tężca i leczenia surowicą przeciwtężcową. Mianowicie Tizzoni sądzi, że surowica przeciwtężcowa Tizzoniego różni się jakościowo od surowicy Behringa; kiedy Behring znalazł w porównaniu obu surowic jedynie różnicę ilościową, tj. w ilości jednostek toksynowych, czyli po prostu w wartości surowicy. Surowica Tizzoniego ma być znacznie słabsza, niż surowica Behringa, a przytem, jak to również stwierdził państwowy zakład pruski do próbowania surowicy w Steglitz, stosunkowo dużo droższa.

Co się tyczy użycia surowicy do leczenia tężca, to poleca ją Behring na zasadzie własnego doświadczenia, zdobytego w ostatnim roku u ludzi i zwierząt. Przedewszystkiem w praktyce u ludzi odradza stanowczo wstrzykiwań śródżylnych a poleca tylko poprzestać na wstrzykiwaniach podskórnych. Nie radzi też wstrzykiwać do mózgu lub rdzenia, przynajmniej podług jego zdania trzeba się z tem wstrzymać aż do czasu, kiedy Roux, który pierwszy podał sposób wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej do mózgu zwierząt dotkniętych tężcem, poleci to czynić także u ludzi i u koni. Natomiast zgadza się z radą Tizzoniego, aby wstrzykiwać surowicę przeciwtężcową podskórnie w sąsiedztwie miejsca zakażenia, jeżeli to miejsce jest znane. Jeżeli zaś w tem miejscu tylko z trudnością można wstrzyknąć surowicę, to w takim razie wstrzyknąć tam trzeba część taką, jaka się zmieści, a pozostałą ilość wprowadzić w inne dogodne miejsce ciała.

Ilość surowicy dla człowieka oznacza Behring na 20 ctm.³ do jednorazowego wstrzyknięcia podskórnego. U konia można wstrzyknąć dużo więcej, nawet dowolnie wiele. W tych 20 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej dla człowieka wypadnie, jeżeli się użyje nawet najsilniejszego rozczynu antytoksyny (tj. 10 A. E. jednostek Behringa w 1 ctm.³ surowicy) najwyżej 200 jednostek i takiej też tylko ilości radzi Behring używać naraz, zamiast 500 A. E., polecanych przez niego dawniej.

Apteki i większe zakłady lecznicze powinny mieć zawsze w zapasie surowicę przeciwtężcową, bo jak doświadczenie poucza tylko we wczesnym okresie tężca można liczyć na dobry skutek wstrzykiwań. Najlepsze wyniki dało leczenie, kiedy w pierwszym lub najdalej drugim dniu choroby, to znaczy od rozpoznania pierwszych objawów chorobowych, wstrzyknięto surowicę. Potrzeba antytoksyny w ustroju wzrasta niepomiernie szybko, jeżeli już przyszło do kurczów mięśniowych. Wtedy z każdą godziną pogarsza się nadzieja wyleczenia.

Można prędzej się spodziewać dobrego wyniku, jeżeli się wcześnie wstrzyknie surowicę, niżeli w okresie spóźnionym poda się zwiększoną dawkę antytoksyny. Obecnie fabryka w Höchst (die Höchster Farbwerke) posiada na składzie surowicę przeciwtężcową w dawkach po 100 jednostek Behringa. Takie dawki można mieć w zapasie w zakładzie leczniczym i wrazie potrzeby wstrzyknąć w celu leczniczym, jak było wspomniane poprzednio, najwyżej 200 jednotek naraz, lub w celu zapobiegawczym u ludzi czy u zwierząt 10—20 jednostek Behringa. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Dr. Häberlin (Zurych).: **Obecny stan stosowania wlewań, a względnie wstrzykiwań podskórnych rozczynu soli kuchennej.** *(Münch. med. Wochenschrift.* Nr. 2, 1900). Autor, opierając się na prawdzie fizyologicznej, że przy krwotokach nie tyle utrata czerwonych ciałek krwi staje się groźną dla spraw życiowych, ile próżnia naczyń krwionośnych, opierając się dalej na świetnych wynikach, jakie otrzymali po takich wstrzykiwaniach Kronecker, Feys, Maydl, Bischoff i inni — twierdzi, że w przypadkach niebezpiecznych krwawień żaden ze znanych nam środków nie podnieca czynności serca tak szybko i tak skutecznie, jak właśnie wlewanie rozczynu soli kuchennej. A zaleca je tem bardziej, ponieważ zabieg sam nie przedstawia zgoła żadnego niebezpieczeństwa, a nadto wlewania te działają także tamująco na dalsze krwawienie, co też francuzcy autorowie stwierdzili (Hayem, Delbet, Famey, Fourmeax). Wskazania do tych wlewań dzieli H. na 2 gromady: 1-sza obejmuje przypadki, w których ustrój utracił nadmierną ilość wody *(cholera asiat. cholera inf.)*, lub po ciężkich operacyach w jamie brzusznej; 2-ga przypadki ogólnego zakażenia ustroju; jako przeciwwskazania zaś wymienia niedomogę serca z sinicą i obrzękiem płuc, lub nadmierną puchlinę wskutek zapalenia nerek. Do wlewań używał autor zwykłego irygatora, połączonego zapomocą węża gumowego z wydrążoną igłą, a rozczynu 0·75% soli kuchennej o ciepłocie, dochodzącej do 40°, wstrzykując jednorazowo 1—3 litrów (np. przy ostrej niedokrewności), a dzieciom 50·0—60·0—80·0 kilka razy dziennie; wlewanie 1-go litra trwało zwykle pół godziny. Najczęściej wstrzykiwał pod skórę i to w dołki podobojczykowe, w boczne okolice brzucha lub uda; gdzie zaś chodziło o szybkie działanie, wstrzykiwał wprost do żył, przyczem uważał, aby się do nich nie dostało powietrze (zator powietrzny). Streszczając wreszcie swoje wywody, twierdzi H., że 1) wlewania, a względnie wstrzykiwania podskórne 0·75% rozczynu soli kuchennej są skuteczne w różnych stanach chorobowych, 2) uwzględniając zasady odkażania, jest sam zabieg łatwo wykonalny w każdym przypadku i w najkrótszym czasie. *Dr. Henryk Pisek.*

Le Gendre (Paryż): **Przypadek cukrzycy u dziecka 22 miesięcznego.** (Sprawozdanie z pos. „Société de Pediatrie" w *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Zeszyt 12, 1899). Dziecko dobrze rozwinięte zaczęło nagle chudnąć mimo dobrego łaknienia i braku zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Pragnienie wzmożone. Jedynie wątroba cokolwiek powiększona. Badanie moczu wykazuje obecność cukru w ilości 13 grm. 87 w 750 grm. moczu. Mimo zwykłego leczenia przeciwcukrzycowego w pięć tygodni nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów *Coma diabeticum.* Z punku widzenia etyologicznego zasługuje na uwagę, że dziadek ze strony ojca i ojciec sam cierpieli na dnę; matka dziecka cierpiała na „arthritis nervosa", matka jej na kamicę żółciową, ojciec zaś na cukrzycę. Cukrzycę u dziecka tego odnosi G. do podwójnej dziedziczności i do narodzenia się jego w chwili, kiedy ojciec przebył zapalenie nerek po napadzie dny, a matka cierpienie ginekologiczne.

Jan Landau.

K. Walko (Z kliniki prof. R. Jakscha w Pradze). **Przyczynek do zatrucia wyciągiem paproci samczej.** *(Deutsches Archiv. für klinische Medicin* LXIII Bd.). Autor opisuje przypadek zatrucia u kobiety młodej i silnej, po podaniu 5 grm. *Extr. filic. mar. aether.*, które chora użyła na

raz. Już po kilku minutach wystąpiły groźne objawy zatrucia w postaci zaburzeń ze strony żołądka, a głównie ze strony układu nerwowego ośrodkowego, częścią pod postacią objawów podniecenia, częścią zaś porażenia. Objawy te nie różniły się zresztą wiele od objawów zauważonych w innych podobnych przypadkach. Ze względu jednak na to, że równocześnie podano innemu choremu, znajdującemu się w daleko gorszym stanie zdrowia, ten sam lek w dawce znacznie większej bez wywołania żadnych objawów szkodliwych, starał się W. przyczyny tego dociec, tem więcej, że chorej przedtem miano już dwukrotnie środek ten stósować bez szkody. Badania skierowane do tego, aby poznać, jakie były dalsze losy i przemiany podanego wewnętrznie wyciągu paproci samczej, przeprowadzał autor na zwierzętach. Przez wykazanie rozkładania się kwasu paprotkowego i wyciągu paproci samczej we krwi i narządach doszedł do wyników, że kwas paprotkowy, względnie części składowe wyciągu paproci samczej u człowieka i u zwierząt opuszczają ustrój częściowo nie zmienione drogą moczu.

Na podstawie tego nie jest wykluczoną możliwość działania zbiorowego wyciągu paproci samczej, zwłaszcza w przypadku, w którym następnie nie podano zaraz silnego środka przeczyszczającego. *Dr. Zygmunt Wąsowicz.*

Emil Knauer: **O przeszczepianiu jajników**. *(Wien. klin. Woch.* Nr. 49 rok 1899). Przeszczepiając jajniki wycięte już to w otrzewnę, już też pomiędzy powięzie a mięśnie przekonał się autor, że jajniki częściowo tylko ulegały zanikowi, częściowo się wgajały w miejsce przeszczepione i nadal spełniały czynność jajeczkowania, nawet po upływie dłuższego czasu ($2^1/_4$ roku). Jajeczkowanie to odbywa się, jak doświadczenia autora wykazały, zupełnie prawidłowo tak, że zwierzęta takie są zdolne do zapłodnienia. Zupełnie inaczej zachowują się jajniki, przeszczepione na inne zwierzę tego samego gatunku; one z reguły ulegają zanikowi, a tylko tu i owdzie udało się autorowi odszukać resztkę utkania prawidłowego funkcyonującego jajnika. *St. D.*

Koch: **Drugie sprawozdanie o czynnościach wyprawy w sprawie zimnicy.** (Indye holenderskie). *(Deutsche med. Wochschrft.* 1900, Nr. 5). Nie natrafiwszy w Batawii na znaczniejszą epidemię zimnicy, która tam obecnie mimo bardzo sprzyjających warunków (bagna) zapomocą olbrzymich zapobiegawczych dawek chininy (rozdawano rocznie 200 kg!) bardzo osłabła, próbował tam K. zakazić zimnicą małpy, co mu się jednak nie powiodło. Jestto znowu potwierdzeniem faktu, że pasorzyty zimnicze żyją tylko u ludzi i moskitów. Dokładne poszukiwania K. wykazały obecnie stanowczo błędność twierdzenia, że w Indyach holonderskich znajdują się miejscowości zimnicze, choć niema w nich moskitów. K. stwierdził, że gdzie jest zimnica, tam są i moskity, gdzie tych ostatnich niema, niema zimnicy (nawet w miejscowościach nizinnych). Przypadki, zdarzające się w miejscowościach bez moskitów, są zawsze zawleczone, sporadyczne, jak to K. niewątpliwie zdołał wykazać. W okolicach bagnistych, obfitujących w moskity, bywa niekiedy zimnica u dorosłych rzadka; w rzeczywistości polega to na odporności, nabytej w dzieciństwie. Badając setki dzieci w takich napozór dość zdrowych okolicach, znalazł Koch we krwi 12—22·8% dzieci pasorzyty zimnicze (do pierwszego roku życia u 41%! ponad rok życia 7—14·6%). Zapomocą badania krwi dzieci można będzie odtąd napewno stwierdzać zdrowotność danej okolicy w kierunku zimnicy. *Ciechanowski.*

Hutinel i Delestre (Paryż): **Cieplarki (couveuses) w szpitalu aux Enfants-Assistes.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Zeszyt 12, 1899). Omawiając używanie cieplarek w szpitalach, dochodzą autorowie do wniosków, że: 1) Należy użyć systemu pozwalającego na częste odwietrzanie i nie dozwalającego nagłych zmian w ciepłocie; 2) należy umieścić cieplarkę w miejscu zdrowem; 3) w cieplarkach należy tylko umieszczać noworodki, okazujące ciepłotę poniżej prawidłowej, a usunąć je z nich po osiągnięciu ciepłoty 37° przy mierzeniu w odbycie. Od tej chwili noworodki są dosyć odporne, cieplarka nie przynosi już korzyści, a może tylko sprowadzić szkodę; 4) nie należy umieszczać w cieplarce dzieci zakażonych.

Cieplarka służy dla ochrony noworodków, okazujących ciepłotę poniżej prawidłowej aż do chwili osiągnięcia ciepłoty prawidłowej tj. w okresie czasu od drugiego do piętnastego dnia. W końcu podają autorowie wyniki, otrzymane w nowym zakładzie karmienia noworodków, gdzie śmiertelność wynosiła 14%, podczas gdy dawniej wynosiła ona 36%. Dobre wyniki przypisują autorowie zaprowadzonemu obecnie systemowi, mianowicie wpływowi dobrego powietrza i światła słonecznego. Od rana do wieczora okna na stronie słonecznej są otwarte, a w razie pogody umieszcza się wszystkie dzieci w małych ogródkach, przyległych bezpośrednio do sal chorych. Autorowie nazywają to leczeniem powietrznem (lecznica dla noworodków). *Jan Laudau.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 9 lutego 1900 r.

Przewodniczący kol. Beck. Członków obecnych 32.

Kol. Beck poświęca kilka gorących słów pamięci długoletniego członka ś. p. prof. Dra O. Widmana, który brał czynny udział około założenia Towarzystwa lekarskiego i którego też był pierwszym sekretarzem. Członkowie dali wyraz swych uczuć dla ś. p. nieodżałowanego kolegi przez powstanie z miejsc i wysłuchanie stojąc przemówienia.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Beck przedstawia nowoprzyjętego członka, kol. Pilewskiego.

Kol. Krysakowski (jako gość) miał odczyt »O wpływie środków nasennych na zjawiska elektryczne w korze mózgowej«. W odczycie tym prelegent zdawał sprawę z doświadczeń, które wykonał w pracowni prof. Becka. Doświadczenia te polegały na śledzeniu, jakim zmianom ulegają prądy czynnościowe kory mózgowej pod wpływem chloroformu, chloralu i morfiny. Liczne doświadczenia, wykonane na psach, dały wynik następujący: chloral i chloroform obniżają pobudliwość kory mózgowej bez poprzedniego jej podwyższenia. Środki te zmniejszają, względnie znoszą (zależnie od wielkości dawki), zarówno tak zwane wahania samoistne prądów korowych, jakoteż wychylenia, wywołane drażnieniem powierzchni czuciowej (t. zw. wahania wsteczne). Morfina w dużych dawkach wywiera wpływ ten sam, jak wyżej wyliczone środki, natomiast w dawkach małych zwiększa owe wahania samoistne, czyniąc je zarazem żywszemi. A więc okoliczność ta wskazuje na to, że morfina w małych dawkach zwiększa pobudliwość kory mózgowej. Liczne inne szczegóły, kóre prelegent podał, nie dadzą się objąć w krótkiem streszczeniu, praca zaś zostanie ogłoszona drukiem.

W dyskusyi kol. Gluziński A. zapytuje prelegenta, czy wyniki doświadczeń dają pewność, że środki narkotyczne działają rzeczywiście na korę mózgową, a nie na zakończenia lub nerwy obwodowe.

Kol. Beck wyjaśnia, że jakkolwiek pewną jest rzeczą, że środki te działają na narządy obwodowe, to jednakże nie ulega wątpliwości, że i kora mózgowa jest silnie przez nie zajętą. Dowodem tego doświadczenia mówcy, wykonane wspólnie z Drem Czaplińskim, w których badał wpływ morfiny wyłącznie na pobudliwość kory mózgowej z wykluczeniem dróg nerwowych. Otóż doświadczenia te dały wyniki zgodne z wnioskami, przedstawionymi przez prelegenta.

W dalszej dyskusyi zabierali głos kol. Uhma i prelegent.

Kol. Jasiński mówił o sprawiedliwości bezwzględnej i względnej, czyli ludzkiej; o zapatrywaniu się jednostek i społeczeństw na czyny zbrodniarzy jużto okiem wolnem, bezwzględnem, już to przez las paragrafów i ztąd o różnorodnym nieraz wymiarze kar, zgodnym często z paragrafami, a niezgodnym z bezwzględnem poczuciem sprawiedliwości. Następnie kol. Jasiński poruszył sprawę niepoczytalności zbro-

dniarzy i wspomniał o możliwych nadużyciach, zwłaszcza ze strony klas uprzywilejowanych, czyli, innem słowem, o wymykaniu się zbrodniarzy uprzywilejowanych z za krat przez furtkę niepoczytalności. Te wszystkie zagadnienia, jakoteż i niektóre sprawy z dziedziny złud i samopoddawania, popierał mowca licznymi przykładami, wziętymi z ostatnich wydarzeń politycznych i społecznych i wydarzeniami z własnego życia (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

VI. Korespondencye.

Kraków, 23 lutego.

Przemawiając w Towarzystwie Lekarskiem w sprawie epikryzy przypadku śmierci Dra Kostaneckiego, chciałem się ograniczyć do najbardziej treściwego i przedmiotowego przedstawienia przebiegu sprawy. Obecnie list p. Protomedyka Merunowicza zniewala mnie do niektórych wyjaśnień, których dla wielu powodów wolałem uniknąć.

W mem przemówieniu zaznaczyłem krótko między innemi, że p. Protomedyk w imieniu c. k. Namiestnictwa zniszczył wszystkie hodowle bakteryj dżumowych i doświadczalne zwierzęta. Zdawałoby się, że nie chciałem przez to rozumieć, jakoby p. Protomedyk zniszczył wszystkie wogóle zwierzęta, do innych doświadczeń służące. Gdy jednak p. Protomedyk zaznacza wyraźnie, że inne zwierzęta pozostawił, — najchętniej to tutaj stwierdzam.

Nie mogę jednak obecnie pominąć milczeniem okoliczności, że zwierzęta zniszczone nie były chore na dżumę, ale już ją przechorowały, a zatem były zupełnie wolne od zarazka i miały służyć do oznaczenia czasu trwania odporności po przebyciu dżumy. Każdy musi przyznać, że takie zwierzęta są zupełnie dla otoczenia bezpieczne; doświadczenia zaś w tym właśnie kierunku wykonywane wobec zbliżającej się dżumy, — są najbardziej wskazane. Zniszczenie tych zwierząt jest więc dla mnie i dla nauki szkodą bardzo wielką.

Że doświadczenia winny się wykonywać w dobrze urządzonym Zakładzie, na to każdy się zgodzi. Że memu wiele brakuje, — o tem wiemy wszyscy. Złą jego stroną nie są jednak drewniane sprzęty, ani stoły ceratą kryte, jest nią lichy stan budynku i brak miejsca. Jakie sprzęty mają być używane w moim Zakładzie i — o ile są odpowiednie — o tem, jak sądzę, mogę tylko ja sam decydować. Zresztą większą część tych sprzętów, a nawet ceraty, sprawiam z własnych funduszów, bo na tafle szklane, (konieczne w salach chirurgicznych, ale zbędne w pracowniach bakteryologicznych), Wysoki Rząd nie dał mi środków. Złą stroną Zakładu jest brak funduszów, które przy tylu i tak ważnych dla całego społeczeństwa pracach ja muszę corocznie we własnej kieszeni znajdować. Do dotacyi zwyczajnej 600 złr. rocznie, najniższej w całej Austryi, ja dokładam po 400 do 600 reńskich z własnej kieszeni, a do urządzenia tego źle urządzonego Zakładu dołożyłem 6000 reńskich, których mi Rząd jeszcze całkowicie nie zwrócił, pomimo, że je od lat 5 zapłaciłem. Jak musiałby ten Zakład wyglądać, gdybym tego wszystkiego nie robił? Kto winien, że człowiek, wkładając cały swój zapał, zdrowie i pracę jeszcze musi na to szukać środków, by braki uzupełnił? Zresztą, zadalekoby mnie zaprowadziło wchodzenie we wszystkie szczegóły. Zakład jest urządzony źle, a głównem złem, powtarzam, są nie drewniane stoły i podłogi, ale ciasnota, jaka w nim panuje. Ciasno jest, tem więcej, że dużo się w nim pracuje. Uczeń, wychodzący z mego Zakładu, musi widzieć to, czego, twierdzę to śmiało, w takiem połączeniu nie zobaczy w żadnym zakładzie higienicznym w całej Europie. Prócz bowiem wykładów higieny, prac doświadczalnych teoretycznych nad mikroskopowaniem zarazków i ich hodowaniem, widzi on zastósowanie teoryi do praktyki, widzi to wszystko, co jest istotą nowoczesnej medycyny, widzi wszystkie nowoczesne metody zapobiegania chorobom: przygotowanie szczepionek przeciwbłoniczych, przeciwtężcowych, przeciwropniczych, szczepienia wodowstrętu, przygotowanie tuberkuliny, doświadczenia nad gruźlicą na wielką skalę, — wszystko to nie w książce i na rysunku, ale w masowej hodowli i na wielkiej ilości zwierząt. Gdyby wysoki Rząd, jak tego pragnie również i p. Protomedyk, chciał taki Zakład urządzić i utrzymać, kosztowałoby to dziesiątki tysięcy rocznie. Ja wiedząc o naszem ubóstwie i trudnościach, starałem się i staram robić to nakładem własnej pracy i zabiegliwości.

Widząc, że istotnie jest mi ciasno, usunąłem z Zakładu to, co było w nim balastem niepotrzebnym, t. j. masowe szczepienie koni, które wykonywam w Zakładzie o tyle tylko, o ile to dla doświadczeń i okazywania słuchaczom jest potrzebne.

Zgadza się pan Protomedyk na potrzebę wykonywania doświadczeń nad dżumą. Ale jeżeli pozamykane zostaną Zakłady aż do pobudowania nowych, to kto i gdzie będzie te doświadczenia wykonywał? Bo jeżeli mój Zakład ma braki, to proszę porównać inne Zakłady higieniczne, a choćby wiedeński, a braki tam pokażą się jeszcze większe. Szukając po całym Krakowie pomieszczenia na Zakład, znalazłem taki, w którym zwierzęta doświadczalne można należycie odosobnić, a to jest okoliczność, której w innych Zakładach n. p. w Wiedniu, nie uwzględniono. Zwierzęta tam mieścić się muszą n. p. w sali do ćwiczeń praktycznych.

Ocena możności i sposobów wykonywania doświadczeń w zakładzie naukowym musi być, mojem zdaniem, pozostawioną uznaniu jego kierownika. Na jego zawodowem wykształceniu i doświadczeniu polega bezpieczeństwo zakładu i pracowników i tę odpowiedzialność doskonale on rozumie.

W Wiedniu powstała panika i w pierwszej chwili pod jej wrażeniem zniszczono doświadczenia naukowe. Ale Szef Sekcyi sanitarnej w Minister. spraw wewnętrznych, w rozmowie ze mną wyraźnie oświadczył, że stała się szkoda, bo teraz wszystko na nowo rozpoczynać trzeba — i zgodził się na wykonywanie doświadczeń nad dżumą w moim Zakładzie aż do punktu, w którym miałem rozpocząć szczepienia wielkiej ilości żywego zarazka koniom. Tych bowiem doświadczeń, z góry to oświadczyłem, że się nie podejmę w moim obecnym Zakładzie, gdyż wymagają one osobnego pomieszczenia i zabezpieczenia. Proponowałem urządzić je nie w mieście, ale gdzieś w odosobnieniu, gdyż istotnie należy rachować się z obawami publiczności.

Wreszcie w żadnym razie zgodzić się nie mogę na końcowy ustęp listu p. Protomedyka. A więc dla tego, że nasz kraj jest najbardziej nawiedzany przez choroby zakaźne, nie należy w nim urządzać Zakładu do wytwarzania szczepionki ochronnej?

Na tej samej podstawie zamknąć należałoby Zakłady krowiankowe, bo mogą one szerzyć ospę krowią; zamknąć Zakład szczepień wodostrętu, bo zakażone zwierzę może się

stać przyczyną epidemii tej choroby; zamknąć wreszcie Zakład wytwarzania surowicy przeciwbłoniczej, bo hoduje się tam wielka ilość bakteryj błoniczych, które również mogłyby się stać przyczyną epidemii.

Wystarczyć ma jeden Zakład do wytwarzania szczepionki na całe państwo. Zobaczmy, ile potrzeba było surowicy na wyleczenie stu kilkudziesięciu przypadków dżumy w Oporto. Calmette i Salimbeni obliczają na jednego człowieka przeciętnie 200—300 ctm. sześć.; ponieważ jeden koń nie da więcej nad 3 litry surowicy, a więc na taką nieznaczną epidemię trzebaby już około 10 koni.

A jeżeli epidemia ogarnie większą ilość punktów na raz? Czy wówczas Galicya będzie tym pierwszym krajem, który surowicę otrzyma? 14 letnia obserwacya szczepień wścieklizny i 4-letnia obserwacya szczepień przeciwbłoniczych przekonała mię dowodnie, jak wielkiem dobrodziejstwem jest mieć takie Zakłady u siebie i nie szukać ich u obcych. Tego zdania było i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, — a lekarze z różnych stron oddawna mnie zapytywali, czy też kto u nas myśli o przygotowywaniu szczepionki dżumowej dla nich, gdy im się z dżumą spotkać wypadnie.

W końcu przypomnę panu Protomedykowi, że gdy przed 8 laty zaufał mi co do wybuchłej nad granicą galicyjską epidemii cholery, którą wówczas wykryłem w zapadłej mieścinie w Lubelskiem, i, nie zważając na urzędowe zaprzeczenia, wpłynął na odwołanie wielkich manewrów wojskowych, — zawodu wówczas nie doznał. Obyśmy tym razem zbytniego pośpiechu w niszczeniu wyników doświadczeń naukowych w niedalekiej przyszłości żałować nie potrzebowali.

O. Bujwid.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W Sekcyi X (psychologicznej). Temat obrad (7), proponowany przez prof. Dra K. Twardowskiego (Lwów): „Jakie zjawiska psychiczne są dostępne dla doświadczenia wewnętrznego?“

Wykłady: 18) Prof. Dr. K. Twardowski (Lwów): „W sprawie polskiej terminologii psychologicznej“ (120)

19) Prof. Dr. K. Twardowski: „Istota sądów“. (121)

W sekcyi XI (anatomiczno-fizyologicznej wraz z antropologią). 4) Dr. L. Glück (Serajewo): „Bośniacy pod względem antropologicznym i ludoznawczym“. (122)

W sekcyi XVI (dermatologicznej):

Drugim sprawozdawcą tematu „O leczeniu kiły rtęcią“ jest Dr. C. Uhma (Lwów).

Zgłoszono wykłady: 7) Dr. L. Glück (Serajewo): „Pierwsze objawy trądu“ (z przedstawieniem preparatów drobnowidowych) (123)

8) Dr. C. Uhma (Lwów): „O rzeżączce“ (szczegółowy tytuł podany będzie później). (124)

W sekcyi XVII (neurologiczno-psychiatrycznej) objął obowiązki sekretarza Dr. Stanisław Kwiatkowski (Kraków, klinika chorób wewnętrznych, ul. Kopernika).

W sekcyi XIV (chirurgicznej) B: Dokładny tytuł tematu brzmi: „O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego“. — Sprawozdawcy Dr. Heiman i Dr. Guranowski (Warszawa).

W Krakowie, dnia 25 lutego 1900.

Prof. Dr. St. Ciechanowski
sekretarz Komitetu gospodarczego (Wielopole, 4).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 1 marca.

* W N. lutowym miesięcznika „Heilkunde“ znajdujemy nader obszerną korespondencyę z Krakowa, odźwierciadlającą bieg życia lekarzy tutejszych w najrozmaitszych jego objawach. Wnosząc z inforcyj autora, sądzićby należało, że jest on członkiem Towarz. lek. krak. Chyba więc korespondencya ta była pisaną przed uchwaleniem przez Towarzystwo wniosku kol. prof. Trzebickyego, który brzmi: »Towarz. lekar. uchwala, by sprawy, dotyczące lekarzy, członków Towarz. lek. krak. tylko w Towarz. lekar., albo w gronie lekarzy, a nie w szpaltach dziennikarskich były załatwiane«.

Nie mamy powodu powątpiewać, że po jednomyślnem przyjęciu tego chwalebnego wniosku przez Towarz. lekarskie, autor przytoczonej korespondencyi trzymałby się zasadniczej myśli tej uchwały, gdyby ją wcześniej był znał.

* (W) Z doświadczeń lekarza. Jakiś izraelita, Dr. F. Mosbacher z Bochum, opisuje w „Münchener Med. Wochenschrift“ N. 5 b. r. w sposób, ubliżający powadze lekarskiej, jak biedny polski robotnik fabryczny, dostawszy od niego przepisaną 10% maść ichtyolową (50 grm.) przeciw róży (*erysipelas bullosum faciei*), maść tę zamiast posmarować na miejsca zajęte cierpieniem, zjadł z wielkim wprawdzie wstrętem, ale nadzieją wyzdrowienia. Skutek dodatni, co do róży, objawił się już po 24 godzinach. Dr. Mosbacher przyznaje, że mimo tego *eclatanter Erfolg*, jaki w przypadku tym mimo woli osięgnął, nie miał odwagi stósować wewnętrznie ichtyolu przeciw róży. Szkoda wielka, nauka powinna korzystać z każdej sposobności, nawet wtenczas, kiedy wskazówkę daje biedny robotnik polski, który, zapędzony w niemieckie strony fabryczne, nie mogąc tamże znaleźć lekarza po polsku mówiącego, a nie rozumiejąc żargonu niemieckiego, popełnia wstrętną dla siebie pomyłkę.

Ażeby gorsze czasami nie powstawały pomyłki przez stykanie się chorych polskich robotników z lekarzem, nieumiejącym wyrazić przepisów lekarskich w zrozumiały dla nieszczęśliwych sposób, powinny fabryki Westfalskie postarać się we własnym interesie o ustanowienie lekarzy fabrycznych, zdolnych władać kilku językami, przedewszystkiem językiem tych, którzy, przynosząc swą pracę, narażają swe zdrowie, a nieraz i życie.

* W Berlinie zawiązała się komisya dla badania raka (*carcinoma*). Do zarządu zostali wybrani; Leyden na przewodniczącego, Kirchner na jego zastępcę i G. Meyer — na sekretarza. Do pełnienia zadań tej Komisyi powołał zarząd wszystkie stowarzyszenia i związki lekarskie i naukowe, oraz towarzystwa ubezpieczeń i zakłady lecznicze.

* Niemieckie stowarzyszenie dla kąpieli ludowych w Berlinie zarządziło wystawę planów konkursowych na łaźnie ludowe. Plany te będą kolejno wystawiane we wszystkich miastach niemieckich, co niezawodnie oddziała dodatnio na rozpowszechnienie tak pożytecznej instytucyi.

* Z początkiem bież. roku począł wychodzić w Westend (pod Berlinem) kwartalnik p. t.: *Alcoholismus*, poświęcony roztrząsaniu naukowemu sprawy opilstwa.

* W ostatnich czasach zdarzył się szczególny wypadek w Wiedniu, który należycie nie jest wyjaśniony: Konduktor wozu kolei elektrycznej nagle zachorował i dowodził, że podczas obsługi wozu doznał nagłego rażenia prądem elektrycznym i po kilku dniach umarł. Sekcya sądowa wykryła obrzęk rdzenia przedłużonego i orzekła, że jest on następstwem silnego zadziałania prądu elektrycznego.

* W Frankfurcie nadano pewnemu okuliście tytuł »radcy zdrowia«, pomimo że on o to się nie starał. Wkrótce władza fiskalna przysłała mu nakaz płatniczy na 300 mk., jako taksę za nadany tytuł. Do tej pory *tout-à-fait, comme chez nous.* Okulista bezzwłocznie 300 mk. zapłacił, lecz jednocześnie wytoczył skargę i domagał się, ażeby mu zwrócono 300 mk. wraz z 5%. Najwyższy Sąd krajowy orzekł, że do tej opłaty obowiązani są tylko ci, którzy robią osobiste starania o pozyskanie tytułu; a że tu przypadek ten nie zachodzi, więc Sąd wydał wyrok, ażeby okuliście zwrócono 300m., wraz z 5%, a jednocześnie skazał Władzę fiskalną na koszta procesu. To już wcale nie po naszemu.

* Stopień doktora wszechnauk lekarsk. w Uniw. Jagiell. otrzymali Eugeniusz Pasiecznicki, i Samuel Rappaport.

* Liczba studentek, poświęcających się medycynie na Wszechnicach francuskich, wynosi 129. z których 29 jest francuzek, 5 rumunek, 2 szwajcarki, 1 angielka i 2 niemki; resztę stanowią obywatelki rosyjskie.

* Po upadku Wydawnictwa »Index medicus« Billinga, pojawił się w r. zeszłym w Wiedniu »Index medicus novus«, który atoli nie dorósł do tego zadania. Donoszą z Paryża, że podobne przedsięwzięcie ma tam wejść w życie p. t.: »Bibliographia medica«, która pojawiać się będzie w zeszytach miesięcznych po 80 stron każdy, w cenie rocznej 50 fr. na miejscu, a 60 fr. dla zagranicy. Skoro mowa o »Index medicus«, to o podobnem wydawnictwie myśli lekarz rosyjski, Flamm, który poruszył sprawę wydawania »Index medicus nationalis«; wnioskodawca pragnąłby, ażeby ta bibliografia podług narodowości, wydawaną była kosztem towarzystw, Wydziałów lekarskich i całego stanu lekarskiego różnych narodów, i w tym celu dążyć będzie do podniesienia tej sprawy na międzynarodowym Kongresie lekarskim w Paryżu.

* Pruski minister oświaty zarządził, ażeby w szkołach dla położnych uwzględniano przy wykładach położnictwa choroby narządów płciowych i to według metody praktycznej na chorych. Postanowienie to zostało powitane z uznaniem, jako krok poważny do zwalczania chorób płciowych.

Notatki bibliograficzne:

Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis. Von Dr. C. L. Schleich. Wydanie 2-gie. Cena 7 mk. Nakładca: Julius Springer (*Berlin N., Monbijouplatz. 3*).

L'Année chirurgicale, Revue encyclopédique de chirurgie générale et speciale publié par le Dr. Depage, agrégé etc. à Bruxelles. Lamertin H. — éditeur (*Bruxelles, r. du Marché au Bois, 20*). Pierwszy rocznik tego monumentalnego dzieła, o 1970 stronicach, obejmuje prace z dziedziny chirurgii ogólnej i szczegółowej, wydane w ciągu roku 1898 we wszystkich europejskich językach obu półkul. W liczbie współpracowników znajdujemy 60 nazwisk lekarzy różnych krajów i narodów.

Zauważyć jednak należy, że chirurgia polska w tym 1-szym roczniku słabo jest odźwierciedlona, oczywiście nie z winy Belgów. Jak już donieśliśmy w Nr. 7, Dr. Józefa Joteyko jest współpracowniczką w mowie będącego wydawnictwa i pod jej adresem (*Bruxelles, r. de l'Arbre Bénit, 51*) należy wysyłać odbitki i wszelkie druki polskie w zakres chirurgii wchodzące. Od nas zależy, ażeby w 2-gim roczniku żadna praca chirurgiczna polska nie była ominięta.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Michel, dyrektor oftalmologicznej kliniki w Würzburgu, powołany został na stanowisko prof. okulistyki w Berlinie. Dr. Marmorek, jeden z szefów w Instytucie Pasteura, mianowany został kawalerem legii honorowej. Dr. Franciszek Nowotny mianowany został sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie, Dr. Stan. Karpiński mianowany został lekarzem powiatowym, a Dr. Kaz. Mossor — koncepistą sanitarnym. — Dr. Wacław Stablewski, asystent sanitarny we Lwowie, przeniesiony został do Podgórza.

Nekrologia. Dr. Edward Brühl, lekarz zdrojowy w Gleichenbergu, Meranie, Żegiestowie, zakończył życie w Meranie dnia 20 lutego. Urodził się r. 1851 we Lwowie; nauki lekarskie studyował w Krakowie, następnie w Gradcu, gdzie w r. 1876 uzyskał dyplom doktorski. Po 3-letniej praktyce w Tryeście osiadł w Gleichenbergu, jako lekarz zdrojowy i tu długi szereg lat niósł pomoc leczącym się w tem zdrojowisku. Po za sezonem letnim przebywał w Meranie, poświęcając się pracy swego zawodu. W ostatnich paru latach spędzał sezon letni w kraju, jako lekarz zdrojowy w Żegiestowie. Wydał w roku 1881 w Krakowie podręcznik informacyjny p. t. *Gleichenberg w Styryi*, oraz to samo po włosku. Zmarły należał pod względem etycznego pojmowania życia i zawodu lekarskiego — do istot wyjątkowych. Śmierć jego wywoła głęboki żal w szerokiem kole kolegów, przyjaciół i licznych pacyentów, którym niósł tak ochoczo, serdecznie i skutecznie pomoc w cierpieniu.

Dr. Stanisław Czapliński, prymaryusz szpitala w Nowym Sączu, zakończył życie we Lwowie d. 23 lutego. Obdarzony niepospolitemi zdolnościami, śp. Czapliński należał do najwięcej wykształconych i najwięcej obiecujących młodych lekarzy. Po ukończeniu nauk lekarskich w Krakowie, był asystentem przy katedrze fizyologii, następnie elewem w klinice położniczej, a wreszcie praktykantem i sekundaryuszem w Szpitalu św. Łazarza, gdzie przeszedł wszystkie oddziały, wreszcie przed kilku laty mianowany został prymaryuszem i kierownikiem szpitala krajowego w Nowym Sączu i na tem stanowisku pozostał do śmierci. Zmarł we Lwowie, gdzie chwilowo bawił, w 33-im r. życia.

Ogłosił drukiem: w roku 1889 wspólnie z Drem Al. Rosnerem 1) *O drogach, któremi tłuszcz i mydło dostają się z jelit do obiegu ogólnego.* (Pamiętnik Akad. Um. krak.). 2) *Trzy przypadki ropni mózgowych, spostrzeganych w Szpitalu powsz. w Nowym Sączu.* (Przegląd Lekarski 1897 r.). 3) *Kilka słów o leczeniu przerostu gruczołu krokowego zapomocą trzebienia lub wycięcia kawałka sznurków nasiennych.* (Przegląd Lekarski, 1897 r.

Pomimo, że stale słabnące zdrowie nie kazało wróżyć długiego życia śp. Czaplińskiemu, jesteśmy pod wrażeniem, że straciliśmy człowieka wybitnych a niepospolitych zdolności, którego przedwczesny zgon jest stratą dla nauki i społeczeństwa.

Dr. Wacław Niedzielski zakończył życie na Kaukazie w 76-tym r. życia. Pochodził z Wołynia, nauki lekarskie odbył w Uniwersytecie Charkowskim, gdzie w roku 1852 otrzymał stopień lekarza. W r. 1863 został uwięziony za udział w powstaniu, a chociaż sąd wojenny uwolnił go od wszelkiej odpowiedzialności, to jednak (*Wracz. Nr 6*) spędził on 3 lata w więzieniu śledczem i przebył tam wszelkiego rodzaju udręczenia. W r. 1878 mianowany został lekarzem miejskim w Georgiewsku na Kaukazie, gdzie wśród powszechnego szacunku dokonał sędziwego żywota.

Dr. Leon Rutkowski, człowiek młody, znany w Krakowie z przed paru laty, gdy pracował w klinikach tutejszych, zmarł w Płońsku. Ogłosił w Zdrowiu (Nr. 156): 1) *Przyczynek do badań nad odżywianiem się polskiej ludności wiejskiej* (r. 1899), oraz 2) *Przyczynek do działania surowicy Viquerata na świnki morskie.* (Przegląd Lekarski r. 1897).

W Padwie zmarł prof. zoologii i porów. anatomii, Dr. G. Canestrini. W Edynburgu zakończył życie znakomity klinicysta Thomas Grainger Stewart w 62 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lek. polskich. W *Nowinach Lekarskich* Z. 4. Noiszewskiego K.: Powidoki, przyczynek do nauki o różnicy pomiędzy obrazami siatkówkowymi a korowymi. Dra Jerzykowskiego S.: O moczówce prostej (dok.). W *Zdrowiu* Nr. 173: Dr. Hewelke: O potrzebie zakładów wychowawczych dla młodocianych idyotów. Dra Dobrzyńskiego W.: Co robimy, a co robić należy z odpadkami domowymi. W *Kronice Lekarskiej* Z. 4: Dra Bregmana L.: O reakcyi zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną, oraz kilka uwag o odosobnionem porażeniu urazowem nerwów okoruchowego i bloczkowego. W *Gazecie Lekarskiej* Nr 8: Dąbrowskiego W.: Ś. p. Oskar Widman (wspomnienie pośmiertne). Dra Przedborskiego L.: Ropień nagłośni w następstwie odry. Strzelbickiego J.: O znaczeniu rozpoznawczem „plam Koplika« przy odrze, oraz kilka słów o języku »odrowym“.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 7. marca o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. dr. Grażyński okaże rurki ebonitowe do intubacyi; 2) kol. prof. Ciechanowski przedstawi i objaśni parę rzadkich preparatów anatomicznych; 3) kol. doc. Kryński będzie miał odczyt pod tytułem: „Przyczynek do techniki trepanacyi wyrostka sutkowego *(antrotomia)*.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 10 Marca 1900. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Perforator własnego pomysłu w położnictwie.

Podał

Dr. Józef Kadyi

Sekundaryusz szpitala w Jaśle.

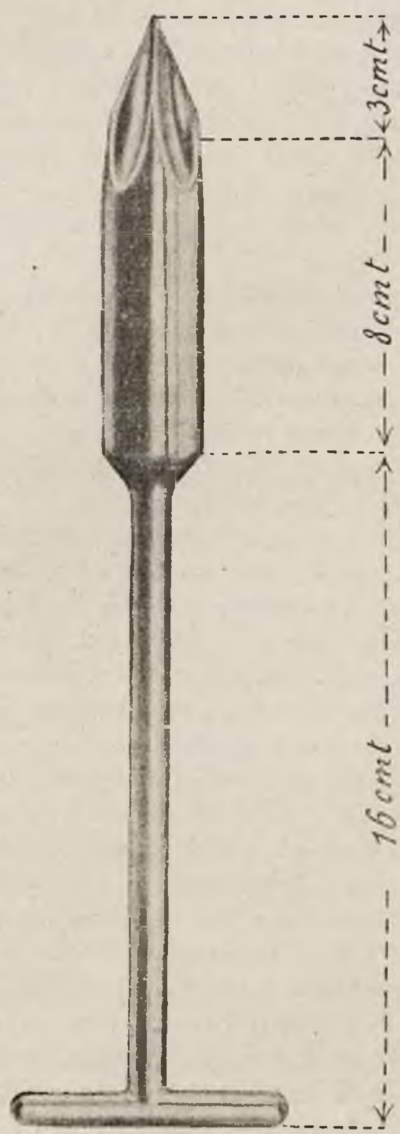
Każdy przyzna, że narzędzia, dotychczas w położnictwie do przedziurawienia główki płodu używane, mają różne wady i niedogodności.

Aby się od tego uwolnić, obmyśliłem i dałem wykonać nowe w tym celu narzędzie, które zamierzam tu opisać w przekonaniu, że narzędzie to dla swoich niezaprzeczonych zalet powinno znaleźć powszechne zastósowanie.

Na usprawiedliwienie, a zarazem dla tem dosadniejszego objaśnienia mojego nowego pomysłu, muszę przedewszystkiem wyszczególnić wady narzędzi dotychczasowych.

Zaczynam od trepanu Brauna, którym sam do niedawna jedynie się posługiwałem w odpowiednich przypadkach. Jestto maszyna może najbardziej złożona ze wszystkich, jakie wogóle zna medycyna. Wszak mechanik, sprzedając narzędzie, dodaje równocześnie do niego dłutko do rozkręcania śrubek, potrzebne przy oczyszczaniu narzędzia po jego użyciu. Wobec tych zczłonkowań gwintów i zamków otrząsa się natura lekarza, hołdującego aseptyce i wyjaławianiu. Do należytego ustalenia narzędzia wśród operacyi potrzebne są ręce operującego, a stąd wynika konieczność pomocnika, któryby obracał umiejętnie tak, aby nie podrywać narzędzia nieobliczonemi szarpnięciami w chwili, gdy korona zębata poczyna zachwytywać i wytwarza przy obrotach otwór. Często czynność ta wymaga poprzednio osobnej lekcyi, danej doraźnie przygodnemu asystentowi (a gdy się to dzieje na wsi, to nauka nie zawsze trafia na pojętnego). A jest to wzgląd bardzo ważny, boć przecież łatwo skaleczyć albo własną rękę, pod której kontrolą odbywają się obroty korony trepanu, albo, co gorsza, zadrasnąć nawet części miękie rodzącej w chwili, gdy obracająca się korona trepanu wykona nieprzewidziane wahnięcie wskutek niezgrabnego obcesowego pociągnięcia za korbkę. Sądzę zresztą, że nawet wtedy, gdy asystentem przy korbce jest drugi wprawny położnik, to i tak ręce tych dwóch równocześnie osób nie są w stanie użyć narzędzia z taką pewnością i misternością, jakby to być mogło w ręku jednego tylko operatora. Korek z flaszki o wiele łatwiej wyjąć samemu, niż gdyby jeden miał trzymać flaszkę, a drugi wkręcać korkociąg.

Jeżeli prócz tego główka jest nieustaloną, to wówczas trudności się jeszcze potęgują. Potrzeba kogoś trzeciego do ustalenia główki przez powłoki brzuszne. Jestto rzecz wcale nie łatwa dla laików, a zwłaszcza dla domorosłych wiejskich niezgrabiaszów; nie jest też ta rzecz i dla rodzącej obojętna, bo zbyt silne a do tego chybiające celu uciśnięcie części miękich jest niedopuszczalne i może wysiłki najzręczniejszego położnika złym wynikiem napiętnować i unicestwić. Dalszą niedogodnością tego narzędzia jest, że musi ono dotykać nie jednym tylko punktem części poprzedzającej, ale przyłożyć je trzeba na płask do główki płodu całym obwodem korony trepanu. Nie zawsze to się tak łatwo udaje, zwłaszcza na główce następującej, nieustalonej etc.



Drugiem narzędziem dosyć powszechnie używanem jest nożycowaty perforator Nägelego, który znam raczej z teoryi tylko, bom z tej teoryi nie nabrał zachęty do praktycznego użycia. I to narzędzie wobec wymogów aseptyki nie jest bez zarzutu, bo posiada zawiasy, sprężynę, zameczek, a wszystko to w swych zaułkach i cieśni nieprzystępne oczyszczeniu, łatwo rdzewieje i t. d. Narzędziem tem nie tak łatwo wprawdzie skaleczyć, ale za to wbicie go w czaszkę wymaga obcesowego pchnięcia, a potem znów następuje brutalne rozważenie połów na dwie strony. Podczas wbicia potrzebny jest znowu asystent, któryby, utrzymując główkę od zewnątrz przeciwdziałał odpowiednio sile pchnięcia; — pchnięcie samo jest też przeciwne wyrachowaniu w ruchach, jakie się urobić musi w naturze każdego operatora. Do rozwarcia ramion tnących (raczej rozdzierających) narzędzia nie zawsze ponoś wystarcza siła jednej ręki operatora. Trzeba więc albo użyć do pomocy ręki drugiej, która powinna właściwie pozostać w przewodzie rodnym, aby kontrolować ruchy i wychylenia nożyc, i chronić matkę od urazów, a choćby tylko od przyskrzynięcia fałdów błony śluzowej pomiędzy ramionami nożyc. Nie pozostaje więc nic

innego, jak zdać się na łaskę asystenta z narażeniem się na wszystkie ztąd płynące a już wyjaśnione niekorzyści.

Mówił mi jeden z kolegów, operujący zazwyczaj tem narzędziem, że zawsze musi szukać części błoniastej na główce, bo w kość nożyc tych wbić się mu nie udaje. Łatwo pojąć, o ile to utrudnia całe postępowanie w razie, gdy szukany szew znajduje się gdzieś na obwodzie a nie na części przodującej główki. Wówczas narzędzie nie trafia prostopadle na przodującą część główki, ale przeciwnie musi poza nią się przeciskać w kierunku stycznej, aż dotrze do szwu upatrzonego. Dobrze jeszcze, gdy dachówkowato na siebie zachodzące kostki ściśniętej czaszki dają szparę przystępną od przodu dla dzióba nożyc, t. j. gdy brzeg kości w tyle leżącej kładzie się czyli zachodzi na kość bliżej wejścia leżącą, bo w przeciwnym razie szpara taka wcale do wbicia w nią nożyc nie jest przydatną. Ale gdy wreszcie wbijemy nożyce w taki obwodowo leżący szew, to działanie nożyc po zwróceniu ich o ćwierć obrotu jest niedostateczne, bo trafiają kości na płask, a nie na kant, więc też nie tną należycie; również zagrażać to może samej matce, gdyż rozwarcie ramion narzędzia, ustawionego n. p. tuż za spojeniem łonowem, zbyt silnie uciśnie części miękkie matki, tam do kości przyparte. Wreszcie, gdy otwór w główce zrobiony nie leży w osi przewodu rodnego, to odpływ mózgu i założenie późniejsze kranioklastu są też utrudnione.

Inne narzędzia, do przedziurawienia główki podane, nie muszą już wcale być w zastósowaniu poręczne, skoro nie znalazły szerszego rozpowszechnienia.

Niejednokrotnie przy przewiercaniu główki żałowałem, że nie mam pod ręką jakiego odpowiedniego trójgrańca; — aż wreszcie, obmyślawszy szczegóły, dałem sobie sporządzić perforator na zasadzie świdra trójgraniastego.

Jest to narzędzie (patrz rysunek) z jednolitego kawałka metalu, 27 ctm. długie i składa się: *a*) z cienkiego styliska 16 ctm. długości, opatrzonego na końcu poprzeczną rączką; *b*) z pełnego, 8 ctm. długiego walca, o średnicy 2 ctm.; *c*) z końca 3 ctm. długiego, który się przedstawia w postaci trójściennego ostrosłupa, przyczem ściany tego ostrosłupa są wklęsło podebrane dla tem dosadniejszego działania.

Użycie tego narzędzia samo się nasuwa. Wprowadza się je w zwykły sposób pod osłoną ręki, aż się szpic oprze o przodującą część główki. Następnie wśród miarowych ruchów obrotowych, wykonywanych drugą ręką, tam i napowrót, popycha się zlekka i statecznie narzędzie głębiej, w miarę powiększającego się otworu. Część walcowata służy dla dogodniejszego dzierżenia narzędzia w ręce, która pozostając w przewodzie rodnym kontroluje przez cały czas postęp i pracę narzędzia. Bez użycia jakiejś znaczniejszej siły, prawie jakby bez oporu w najkrótszym czasie otwór w główce jest gotowy.

Narzędzie więc to przedstawia następujące korzyści: przedewszystkiem, jako jednolity wszędzie wypolerowany i wyniklowany kawałek stali jest idealnym przedmiotem dla wyjałowienia. Powtóre niepotrzebną staje się pomoc obca nie tylko do obrotów narzędzia, ale nawet, rzec mogę, do ustalenia główki w razach, gdy ta siłami przyrody nie jest ustaloną, albowiem opór przy wierceniu jest tak minimalny, że do dostatecznego ustalenia wystarczy ręka samego operatora znajdująca się w przewodzie rodnym, jeżeli tylko się, bodaj jednym palcem, zahaczy za szczękę, oczodół i t. p. Jest to bardzo doniosła zaleta mojego perforatora, bo prawie zawsze, szczególnie na wsi, zmuszony jestem operować sam bez asystencyi zawodowych osób. Jakże łatwo i pewnie można tym perforatorem wymóżdżyć główkę pozostałą po dekapitacyi!

Wybór okolicy, gdzie się ma na główce otwór wiercić jest obojętny; perforator każdą część, czy to będzie ciemię, czy podstawa czaszki, niemal równie łatwo przewierci — przystawia się więc narzędzie wprost do części przodującej bez dalszego wyboru. Ponieważ zkądinąd lekarze przywykli wszelkie nakłócia zapomocą trójgrańców lub igiełek dokonywać jednorazowem pchnięciem, czyli wbiciem narzędzia użytego, więc wyraźnie tu jeszcze raz zaznaczam, że do należytego zastósowania opisanego tu perforatora należą koniecznie ruchy obrotowe tam i napowrót, które zwolna otwór powiększają, a bardzo małej siły potrzebują.

To łatwe wiercenie sprawia, że już raz przewierconą główkę można z łatwością jeszcze w innych nastawiających się ku temu miejscach wielokrotnie wprost jak sito podziurawić i w ten sposób osiągnąć bardzo nawet wydatne pomniejszenie główki tak, że ją w kawałkach drobnych zwolna dałoby się właściwie zupełnie, a stosunkowo łatwo, usunąć! Tego rodzaju zastósowania nie miałem jeszcze sposobności wypróbować; gdyby jednak nie zawiodło, to sposób ten mógłby nawet do pewnego stopnia zacieśnić granice wskazań do cięcia cesarskiego, albowiem, jak to wyżej wspomniałem, perforatorem moim łatwo nie tylko sklepienie, ale i podstawę czaszki rozwiercać, a w następstwie rozdrobnić.

Te korzyści i zalety, jakie posiada mój perforator przed innemi tego rodzaju narzędziami powinny, zdaje mi się, zapewnić mu stałe uznanie i użycie. Wiem, że wprawny położnik, przywykłszy raz i urobiwszy swą rękę i czucie do danego narzędzia, niechętnie z niem rozbrat weźmie dla nowych prób. Pochodzi to po części z tego, że właśnie z powodu swej wprawy lekceważy i zapoznaje drobne wady narzędzia, które jednakże dla mniej wprawnych nabierają poważniejszego znaczenia. Jakkolwiek więc nie kusiłbym się własnym pomysłem ułatwiać pracę zawodowym położnikom, to jednak do nich to, a głównie do czcigodnych klinicystów nauczycieli odnieść się i odwołać muszę, bo onito całym zastępom lekarzy dają w rękę instrument na drogę ich życia zawodowego. Póki narzędzie moje nie będzie w szkole wypróbowane, póki uczniom nie wskaże się sposobu operowania tem właśnie narzędziem, póty nikt tego narzędzia nie będzie używał, póty nigdzie nie będzie go można nabyć. A sądzę, że już ten jeden wzgląd, iż lekarz, mając to narzędzie w ręku, nie potrzebuje oglądać się na asystenta, wystarczyć powinien, aby perforator mój znajdował się w ręku tych wszystkich, którzy zazwyczaj operować muszą bez asystencyi zawodowego kolegi.

II. O anomaliach odruchów, w szczególności kolanowych i o towarzyszących im uczuciach (sensacyach) w przypadkach nerwic.

Podał
Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Ciąg dalszy).

Histerya. W dostępnej mi literaturze znalazłem następujące szczegóły, odnoszące się do histeryi: Stern-

berg podnosi nasamprzód, że wpływ torujący bodźców czuciowych u chorych na histeryę jest silniejszy, niż u zdrowych osobników. Przytacza dalej doświadczenia Féréa, który stwierdził u histerycznych wzmożenie odruchów kolanowych pod wpływem wpadającego światła czerwonego. Nadto wspomina Sternberg, że u chorych, w mowie będących, zachodzi często wzmożenie odruchów ścięgnistych, w 20% przypadków zaś spostrzegać się daje drganie w nodze. Loewenfeld ogólnie tylko oświadcza, że odruchy kolanowe są w histeryi częstokroć wzmożone, a braknie ich jedynie w wyjątkowych przypadkach. A Cramer, powołując się na doświadczenia przeważającej liczby badaczy, twierdzi, że u histerycznych ogólna pobudliwość odruchów, a więc i odruchów kolanowych, jest częstokroć wzmożona. Cramer sam znalazł wzmożenie tej pobudliwości w 28% przypadków; w 7% jego przypadków brakło odruchu kolanowego zupełnie. Autor ten jednakże w statystyce swej nie rozróżnia histeryi jako nerwicy i psychozy. A. Schwarz spostrzegał w jednym przypadku histeryi odruchy skórne, oraz odruchy ścięgniste kolanowe obustronnie osłabione. Po napadzie zaś kurczowym były te ostatnie odruchy silniejsze po stronie prawej, niż drugostronnie. Niekiedy łączą się według Sternberga z właściwymi odruchami ścięgnistymi rozmaite odruchy wikłające; rzadziej zdarzają się przypadki histeryi, w których odruchy ścięgniste bywają osłabione. W przypadkach takich mógł Sternberg wywołać ścięgnisty odruch kolanowy li tylko manipulacyą Jendrássika. Wbrew twierdzeniu Althausa, nadmienia Sternberg, że w porażeniu połowiczem i w porażeniu częściowem przyrody histerycznej *(monoplegia)* daje się stwierdzić częstokroć różnica odruchów pomiędzy obu stronami ciała, a mianowicie najczęściej różnica tego rodzaju, że odruchy ścięgniste są wzmożone po stronie połowiczego porażenia ruchowego lub czuciowego. Osłabienie odruchów po tej samej stronie zachodzi w takich razach rzadko. Déjérine (przytoczony u Sternberga) opisuje przypadek histeryi (połowicze porażenie ruchowe, połączone z połowiczem porażeniem czucia), w którym odruchów kolanowych brakło obustronnie. Charcot, Blocq i inni podnoszą, że kurcze histeryczne są zawsze połączone ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych (Sternberg str. 254 i 255). Charcot, Richer, Tamburini, Sepilli i inni robili, jak twierdzi Sternberg, doświadczenia, odnoszące się do stanu ścięgien w hipnozie, poddając jej chorych histerycznych. Stwierdzili oni, że w okresie letargicznym są u nich odruchy ścięgniste wzmożone. Stan ten obejmuje cały szereg mięśni, czasem zaś okazuje wahania większe lub powoduje przedłużone drganie mięśni. Niekiedy zaś uderzenie, mające wywołać odruch ścięgnisty, przyczynia się do pojawienia się skurczu mięśni. W okresie kataleptycznym odruchy ścięgniste są według Tamburiniego i Sepilliego osłabione lub braknie ich zupełnie.

Niedomoga nerwowa (neurastenia). Sternberg, Loewenfeld, Ziehen, Agostini i inni podnoszą, że odruchy ścięgniste w niedomodze nerwowej są niejednokrotnie wzmożone, bądźto jednostronnie, bądźteż po obu stronach. Podczas gdy Sternberg nadmienia, że wśród zaburzeń psychicznych: idei przymusowych i lęków, zwłaszcza gdy nimi już od lat młodych znaczy się niedomoga nerwowa, odruchy ścięgniste są osłabione, Longaard spostrzegał w chwilach wzruszeń wzmożenie tych objawów. Czasami w niedomodze nerwowej dają się spostrzegać drgania nogi.

Spostrzegane przezemnie przypadki nerwic z anomaliami odruchów były następujące:

Spostrzeżenie I. Ojciec bardzo umysłowo rozwiniętego i wykształconego, 25 lat liczącego pacyenta, cierpi na chorobę sercową; matka umarła z suchot płucnych. Czworo rodzeństwa jest zdrowe. Tylko jedna z sióstr cierpi od urodzenia na padaczkę, do której dołączyło się później, po przebyciu zapalenia opon mózgowych, przytępienie umysłowe. Z chorób dziecięcych przechodził chory płonicę. W piętnastym roku życia cierpiał pacyent na nasieniotok i kurcze, które opiekujący się nim lekarze uważali za kurcze histeryczne. Wśród nich chory popadał w stan zamroczenia. Sam podaje n. p., że słyszał dźwięki mowy, nie rozumiejąc znaczenia słów, że widział osoby i przedmioty blizko stojące, jakby przez mgłę, a dalej się znajdujących nie dostrzegał wcale.

Obecnie chory ten cierpi na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, oraz na znużenie fizyczne i psychiczne. Z tymi stanami łączy się niepokój psychiczny, zmienne tło uczuciowe, objawiające się niekiedy gwałtownemi wzruszeniami, oraz chwiejnością w zamiarach, w postanowieniach i w działaniu. Stósowanie spraw życiowych do własnej osoby wypada ekscentrycznie u tego chorego. W ostatnich czasach nie był on zupełnie zdolny do pracy umysłowej, albo mógł pracować li tylko wieczorami przez 1—2 godzin, podniecony paleniem papierosów. Zdarzają się jednakże chwile, w których jest on usposobienia rzeźwego, wesołego i podniesionego. Wtedy jego pamięć, wyobraźnia, umysłowość, siła woli, wnioskowanie, tworzenie i odtwarzanie umysłowe wzmagają się. Z tą świeżością i twórczością umysłową łączy się w tym czasie także rzeskość i siła fizyczna. „Jasne te chwile", jak je zowie pacyent, trwają dniami i tygodniami, by nagle ustąpić znowu miejsca psychicznemu zobojętnieniu i osłabieniu, skojarzonemu ze znużeniem i wyczerpaniem fizycznem. Czasami zmianę tę uwydatniają wzmiankowane wyżej kurcze drgawkowe (kloniczne). Po nastąpieniu tej zmiany chory jest „najzupełniej do niczego, obawia się ludzi, zmiany miejsca i stosunków towarzyskich, podjęcia podróży i t. p.; zwykle też w chwilach takich nie podróżuje, obawiając się jakiegoś, nie dającego się bliżej określić niebezpieczeństwa. Wśród tych różnorodnych lęków chory znajduje się w usposobieniu i nastroju rozdrażnionym. Uczucie lęku wynurza się w chwili danej ze zwierciadła samowiedzy, jako uczucie dominujące. Przyswajanie wyobrażeń *(Apperception)*, kojarzenie obrazów i pojęć psychicznych, oryentowanie się w czasie i przestrzeni, jakoteż czynność umysłowa nie są w czasie lęku zbytnio upośledzone; natomiast wola jest zahamowana, a uwaga chorego chwilami rozstrzelona, chwilami zaś zwrócona na wzmiankowany psychiczny nastrój. Wśród niego ulega on niekiedy także utrudnieniu w mowie. Wtedy albo nie jest w stanie mówić, albo z największa trudnością przychodzi mu zebrać świadome pojęcia i myśli w odpowiadające im słowa. Czynność serca jest w czasie lęków przyśpieszona i nierówna; chory skarży się wtedy na kołatanie; oddechanie zazwyczaj jest prawidłowe.

Czasami (2—3 razy) chory wśród bardzo silnych lęków doświadczał uczucia gorąca w tylnej części głowy. Uczucie to ogarniało chwilami, idąc z góry ku dołowi, cały kręgosłup. Lęk przechodził wówczas w przestrach i przerażenie. Chory, leżący w łóżku, zrywa się wtedy na równe nogi. Po przebyciu lęków doświadcza on niekiedy przedmiotowego uczucia wzmożonej ciepłoty ciała, nadto czuje się najzupełniej wyczerpanym. Z uczuciem wyczerpania łączy się zobojętnienie lub przygnębienie.

Stan obecny. Pacyent budowy dość silnej, mięśnie i podściółka tłuszczowa miernie rozwinięte. Cera twarzy i barwa ciała śniado-żółtawa. Zabarwienie dostępnych dla oka błon śluzowych różowe, wpadające w ton czerwony.

Czynność serca słaba i równocześnie przyśpieszona. Uderzenie serca i jego koniuszka w położeniu poziomem nie są widoczne i wyczuwalne. W położeniu na lewym boku dostrzedz i wyczuć można uderzenie koniuszkowe w piątem międzyżebrzu, na wewnątrz od linii sutkowej, jako słabo wstrząsające drgania. Tony serca tępe, słabe, jakby z oddalenia słyszalne, ale czyste. Kształt stłumienia serca wykazuje granice prawidłowe. Tętno sprychowe, zwykle trochę przyspieszone (80 uderzeń na minutę), arytmiczne i nierówne co do siły. Tętnica sprychowa okazuje zmienną objętość i napięcie. Mocz nie zawiera składników patologicznych. Czynności innych narządów wewnętrznych są prawidłowe. Odruchy kolanowe bywają nadzwyczajnie wzmożone czasowo, a mianowicie w chwilach, w których chory jest silnie rozdrażniony. Przy uderzeniach w więzadło rzepkowe następują drgania mięśnia czworogłowego, który silnie podnosi podudzie w górę. Lecz drgania nietylko tu pokazują się; dostrzegać się one dają jednocześnie w mięśniu czworogłowym uda po stronie przeciwnej i ogarniają zarazem mięśnie brzucha, piersi i kończyn górnych. Podczas gdy drgania te (przyrody klonicznej) przedstawiają się w dolnych i średnich częściach ciała (dolne kończyny, brzuch) jako silne wstrząśnienia, gubią się one w górze, t. j. na piersiach i kończynach górnych, w falowaniach prążkowatych i włókienkowatych. Równocześnie z wymienionymi objawami występują inne. Przy każdem uderzeniu w więzadło rzepkowe kurczą się mięśnie twarzy, która przyjmuje wyraz bólu i lęku, przechodzącego chwilami w przestrach. Pacyent jednocześnie oświadcza, że przy uderzeniach w ścięgno uczuwa niemiłe, bliżej trudno się określić i umiejscowić dające sensacye, połączone z uczuciem lęku, obawy i przestrachu. Wzmożone odruchy brzuszne przebiegają żywem i silnem falowaniem nie tylko okolicę mięśni prostych, ale i ukośnych zewnętrznych brzucha, znikając w krańcach wzmiankowanych mięśni. Takie nieprawidłowości odruchów przedstawia chory w chwilach silnego rozdrażnienia. Wśród równowagi psychicznej i uwarunkowanego nią spokojnego usposobienia — co zwykle bywa po wzięciu ciepłej kąpieli, — odruchy kolanowe i brzuszne są wprawdzie także wzmożone, lecz drgania mięśni nie ogarniają jednakże wtedy całego nieomal ciała, lecz ograniczają się do mięśni wstrząśniętej uderzeniem kończyny dolnej, oraz do mięśni ścian brzusznych (mięśnia prostego i ukośnego zewnętrznego), poruszonych manipulacyą, wywołującą ten rodzaj odruchów. W chwilach fizycznego i psychicznego spokoju nie odczuwa chory także wyżej opisanych niemiłych sensacyj. Oddziaływanię trochę rozszerzonych źrenic na światło i na akomodacyę jest prawidłowe. Ruch oczu także prawidłowy. Lekkie drżenie wysuniętego języka. Odruchy gardlane *(Pharynxreflexe)* wzmożone. Bardzo wybitny znak Rosenbacha. Znaku Romberga niema. Czucie w lewej stronie ciała przytępione.

Stan umysłu. Zcharakteryzowany przez samego chorego stan psychiczny dopełnili częściowo otaczający go znajomi i opiekujący się nim poprzednio lekarz; częściowo miałem zaś i sam sposobność stwierdzić go naocznie. Przedstawia się on, jako niepokój psychiczny, ciągle zmienne tło uczuciowe z lękami i wybuchowo występującemi wzruszeniami; dalej, jako wahania się stopnia ciepła wyobraźni, umysłowości i woli; chwiejność w kojarzeniu myśli, wnioskowaniu, twórczości i odtwarzaniu umysłowem; jako rozstrzelenie uwagi; dziwactwo i wzmożona znacznie podawczość *(Suggestibilität)* w napadach histerycznych (kurczowych), jako znieczulenie psychiczne, mianowicie w dziedzinie psychicznowzrokowej i słuchowej, połączone z zamroczeniem samowiedzy. Stan psychiczny poza napadami histerycznymi znaczy się albo zupełnym, albo częściowym brakiem pamięci, odnoszącym się do zajść, które wśród nich miały miejsce.

Rozpoznanie: *Histerya męzka z poszczególnymi rysami niedomogi nerwowej (neurastenii).*

Leczenie i przebieg choroby. Chorego, który sam okazywał wielką ochotę udania się w góry, wysłałem w jedno z miejsc klimatycznych Alp północnych, gdzie spędził całe lato. Czuł się tam stosunkowo dobrze i mógł się nawet od czasu do czasu zajmować pracą umysłową. Stan ten znośny trwał mniej więcej przez cztery miesiące. Nagle dostał pewnego dnia bez żadnego świadomego mu powodu kurczów drgawkowych w trzech następujących po sobie napadach, z których pierwszy trwał mniej więcej 3 kwadranse i był połączony z dość silnem zamroczeniem samowiedzy. Kurcze były tak silne, że chory upadł na ziemię i rozrzucił w blizkości jego znajdujące się przedmioty w chaotyczny nieład. W napadzie drugim samowiedza była mniej zaburzona. Chory widział n. p., ale jakby przez mgłę, nie mogąc rozpoznać przedmiotów i otaczających go osób; słyszał dźwięki mowy i słowa, nie rozumiejąc ich znaczenia i t. p. Napad ten trwał mniej więcej $1^1/_2$ godziny. Trzeci napad był najkrótszy, gdyż trwał tylko kwadrans. Po wszystkich trzech napadach kurczowych, a zwłaszcza po drugim, dręczył chorego lęk straszliwy, że choroba jego skończy się obłąkaniem. Do powstania lęku tego przyczynić się mogło orzeczenie lekarza miejscowego, który, nie znając napadów kurczowych histeryi, oświadczył choremu bez ogródki, że cierpi na napady maniakalne! Przywołany inny lekarz uważał te napady zgodnie ze mną, za histeryczne. Gdy chory przyszedł po nich do siebie, pamięć była, jak już o tem ogólnie powyżej wspomniałem, odnośnie do zajść, które się wydarzyły w napadzie pierwszym, prawie zupełnie zniesioną; odnośnie zaś do zajść w napadach następnych tylko częściowo zaćmioną. Powróciwszy w m. wrześniu r. zeszłego do Monachium, zasięgnął chory mej rady. Leczyłem go wtedy poddawaniem; zakazałem palić papierosy i cygara, zaleciłem ciepłe kąpiele 2 razy tygodniowo o ciepłocie 28° R., a przedewszystkiem dyetę psychiczną, tj. nie pozwoliłem początkowo wcale pracować umysłowo, a później zgodziłem się na 2—3 godz. pracy umysłowej. W końcu roku zeszłego odwiedził mnie chory po dłuższej przerwie i oświadczył, że czuje się względnie bardzo dobrze. Czy jednakże znaczne to polepszenie będzie trwałe, o tem, na podstawie dotychczasowego wahającego się przebiegu choroby, wątpić należy.

Spostrzeżenie II. Przypadek ten mogę tu podać tylko pobieżnie, z powodu, że dotyczył on człowieka przejezdnego, który tylko dwa razy zasięgał mojej rady. Chory liczył lat około 40, budowy średniej; mięśnie i podściółka tłuszczowa miernie rozwinięte; barwa skóry żółto-czerwonawa; błony śluzowe dla wzroku dostępne, dość silnie czerwono zabarwione. Źrenice rozszerzone, prawidłowo oddziaływały na światło i akomodacyę; ruchy oczu prawidłowe; płatki uszne przyrośnięte. Trzecia gałęź nerwu trójdzielnego prawego jest silnie tkliwa na ucisk w miejscu wystąpienia swego na brodę. Jeden ząb szczęki dolnej po tej samej stronie spróchniały. Wysunięty język drży dość silnie. Uderzenia serca i jego koniuszka nie są widoczne, ani wyczuwalne. Kształt przytłumienia sercowego prawidłowy. Tętno nierówne i przyspieszone (88—90 uderzeń na minutę). Tętnica sprychowa okazuje napięcie zmienne. Ogólna przeczulica skóry. Okolice, odpowiadające jajnikom u kobiet, obustronnie na ucisk wrażliwe. Objaw Rosenbacha. Objawu Romberga niema. Odruchy kolanowe obustronnie bardzo wzmożone. Przy uderzaniu w więzadło rzepkowe występują po obu stronach kilkorazowe, rytmiczne, szybko po sobie następujące, drgania mięśnia czterogłowego, prócz tego drgania jego antagonistów. Wybitne wzmożenie odruchów brzusznych. Przy wywoływaniu tych odruchów występuje rynienkowate ściąganie się ścian brzusznych. Tworzą one znaczne wgłębienie, idące obustronnie od pępka granicami okolicy pod — i nadpępkowej, w dalszym zaś biegu granicami okolicy podżebrowej i biodrowej. Pacyent

jest niezmiernie drażliwy i wrażliwy. Przy każdem dotknięciu ciała zapytuje wśród lęku i obawy, co z nim zamierzam począć. Przy wezwaniu, by oczy zamknął, błaga, by mu nic złego nie uczynić i by pozwolić samemu zamykać i otwierać oczy przy ich badaniu. Wśród tej czynności, jak i przy badaniu odruchów kolanowych twarz chorego przybiera wyraz osłupienia i przerażenia, wyrażający się otwartemi szeroko ustami, osłupiałym wzrokiem i silnem podniesieniem brwi. Od czasu do czasu zgrzyta chory zębami. Leżąc na kanapie, skrobie kurczowo jej obicie palcami. Wezwaniu, by zgrzytać i kurczyć rękę zaprzestał, nie czyni zadość.

Stan umysłowy. Tłem nastroju psychicznego tego chorego było przygnębienie, z ktorego błyskawicznie występowały to niepokój, to lęk, to przerażenie, to osłupienie. Ze stanami tymi łącza się chwiejność woli, rozstrzelenie uwagi, osłabienie kojarzeń myśli i wnioskowania, oraz wzmożona poddawczość. *(Suggestibilität)*.

Rozpoznanie: *Histerya męzka z rysami niedomogi nerwowej.*

Prawdziwie żal mi było bardzo, że nie mogłem spostrzegać dłużej tego ciekawego przypadku. Zdaje mi się jednakże, że niezwykła zmienność nastrojów psychicznych, zależność ich od wyobrażeń, wzmożona poddawczość chorego i chwiejność jego wnioskowań, wystarczają do rozpoznania histeryi.

Znakomici badacze francuzcy: Charcot, Gilles de la Tourette, P. Janet, Richer i inni kładą na te rysy psychiczne, w stworzonym i dopełnionym przez nich obrazie histeryi, wagę największą, uważając zarazem objawy fizyczne, jako następcze i drugorzędne. Do tych teoryj przyznaje się i w ostatnich czasach szerzy je w Niemczech Juliusz Paweł Moebius. (C. d. n.)

III. Dalsze uwagi o hematynie obojętnej.

Podał

Dr. W. Arnold.

(Dokończenie).

Decydująca jednak, jak mnie się zdaje, była dla prof. Wachholza ta okoliczność, że roztwór hemochromogeny, zagotowany do wrzenia, zachowuje się podobnie, jak roztwór hematyny obojętnej, to zn. traci swe czerwone zabarwienie, przyjmując zabarwienie brunatne, podczas gdy równocześnie występuje widmo hematyny zasadowej. Po oziębieniu się płynu wraca znów widmo i barwa hemochromogeny Fakt ten — zresztą powszechnie znany — znałem i ja. Sądzę jednak, że podobne pod jednym względem zachowanie się dwóch barwików nie może stanowić o ich identyczności, jeżeli istnieje cały szereg ważnych różnic między takowymi. Istnieje jednak jeszcze szereg ważnych okoliczności, odróżniających hemochromogenę od hematyny obojętnej.

Bardzo ważną jest przedewszystkiem ta okoliczność, że hemochromogena jest ciałem, niezmiernie chciwie łączącem się z tlenem powietrza atmosferycznego. Produktem utlenienia jest — jak wiadomo — hematyna. Wystarcza skłócić roztwór alkalicznej hemochromogeny, aby utlenić takową na hematynę, t. j. sprowadzić zmianę barwy czerwonej na brunatną, podczas gdy równocześnie występuje widmo hematyny zasadowej. Łatwo się można przekonać, że roztwór hematyny obojętnej można choćby pół dnia kłócić i przelewać, nie sprowadzając żadnej zmiany. Można się również o tem przekonać, że roztwór hematyny obojętnej może być w niezamkniętem naczyniu przechowany miesiące całe bez żadnej, choćby najmniejszej zmiany, podczas gdy roztwór hemochromogeny, przechowywany w epruwetce, szczelnie niezatkanej, rychło traci swe znamienne, wiśniowo-czerwone zabarwienie, a przyjmuje zabarwienie brunatne, przemieniając się na zwyczajną hematynę zasadową. Okoliczności te same przez się wystarczają, by udowodnić odrębność hematyny obojętnej. Nie od rzeczy będzie wskazać jeszcze na pracę Hoppe-Seylera (ogłoszoną w *„Mediz. chem. Untersuchungen s. Hoppe-Seyler“ IV. H. 1871.* p. t. „Beiträge zur Kenntniss des Blutes des Menschen und der Wirbelthiere“), w której między innemi rzeczami zajmuje się Hoppe-Seyler też odkrytą przez niego hemochromogeną, opisując jej własności, oraz warunki, wśród których się tworzy. Otóż Hoppe-Seyler postępował w sposób następujący: Przez odpowiedni przyrząd przeprowadzał tak długo (2—3 godz.) prąd wodoru, aż rozczyn oksyhemoglobiny, znajdujący się w rozszerzeniu kulistem takowego, nie został odtleniony na hemoglobinę, poczem mięszał z tym roztworem hemoglobiny roztwór wyskokowy potażu żrącego, znajdujący się w innem miejscu przyrządu. Wówczas otrzymywał purpurowo zabarwiony osad hemochromogeny, oraz purpurowy jej roztwór (w wyskoku alkalicznym). Roztwór ten hemochromogeny jednak w tej samej chwili niemal, w której zetknął się z powietrzem atmosferycznem (przez odłamanie końców przyrządu), tracił swe piękne, czerwone zabarwienie, przyjmując zabarwienie roztworu hematyny zasadowej. Uwzględnijmy, że alkaliczny roztwór wyskokowy hemochromogeny, — zawierający więc w myśl prof. Wachholza nadmiar ciała odtleniającego, — w zetknięciu z powietrzem atmosferycznem prawie natychmiast tracił swe własności, przemieniając się na hematynę zwyczajną. A uwzględniwszy to, czy jeszcze można przypuścić, że roztwory wyskokowe hematyny obojętnej, które powstają przez zmięszanie wyskoku z roztworem methemoglobiny lub przez zobojętnianie hematyny zasadowej, a które, jak prof. Wach. twierdzi, są roztworami hemochromogeny — własności swe przez całe miesiące zachowałyby stykając się przez ten czas z powietrzem atmosferycznem? Chyba, że to jest zupełnie nieprawdopodobnem. Uwzględnijmy nadto, że stracona z rozczynu w postaci osadu czerwonego hematyna obojętna może leżeć na sączku całymi tygodniami w zetknięciu z powietrzem atmosferycznem, nie zmieniając w niczem swych własności, i rozpuszczając się na nowo na roztwór hematyny oboiętnej w wyskoku rozcieńczonym pewną ilością roztworu stężonego soli obojętnej (soli kuchennej).

Muszę tu jeszcze zauważyć, że według Hoppe-Seylera tworzy się wśród warunków, przez niego zestawionych, hemochromogena z hemoglobiny nie wskutek odtleniającego działania wyskoku, — o czem Hoppe-Seyler nigdy nie myślał, — tylko w ten sposób, że barwik krwi, wskutek działania potażu żrącego, rozpuszczonego w wyskoku, rozkłada się na hemochromogenę i składnik białkowy. Hemochromogena, którą Hoppe-Seyler uważa za najpierwszy produkt rozkładu barwika krwi, przechodzi w zetknięciu z powietrzem atmosferycznem natychmiast na hematynę zwyczajną, podczas gdy w jego przyrządzie, pozbawionym tlenu, zmienić się nie może. (Dodać jednak jeszcze winieniem, że Hoppe-Seyler wyraźnie wspomina, że gdybyśmy użyli zamiast odtlenionej hemoglobiny — methemoglobiny, to nawet w przyrządzie, z którego zapomocą wodoru tlen usunięto, otrzymamy nie hemochromogenę, lecz hematynę zwyczajną).

Muszę jeszcze zrobić tę uwagę, że hemochromogena znana nam jest dotąd w postaci rozczynu alkalicznego, a od niedawnego czasu w formie stałej; o tej ostatniej wspomnę jeszcze później, mówiąc o hematynie obojętnej, otrzymanej w stanie stałym, której niestety prof. Wachholz w swej rozprawie nie uwzględnił. Obojętnego jednak rozczynu hemochromogeny nie otrzymano wcale, a jednak twierdzi prof. Wachholz, że obojętne roztwory hematyny, przezemnie opisane, są właśnie roztworami hemochromogeny. Przekonałem się zresztą, że alkaliczny roztwór hemochromogeny, jeżeli takowy zobojętniamy, w chwili, gdy ilość zasady uległa już pewnemu zmniejszeniu, (roztwór jednak posiada jeszcze wcale wybitne oddziaływanie alkaliczne), osadza znaczniejszą część hemochromogeny w postaci czerwonego strątu, który zacho-

wuje swą barwę tylko w zetknięciu z roztworem, zawierającym jeszcze nadmiar ciała odtleniającego. Jeżeli jednak roztwór w dalszym ciągu zobojętniamy, wydziela się z niego wprawdzie reszta hemochromogeny, ale osad zmienia swą barwę czerwoną na brunatną, to znaczy hemochromogena przechodzi w hematynę zwyczajną.

Przypadkowo zrobiłem spostrzeżenie, że hemochromogenę można strącić z rozczynu alkalicznego jeszcze zapomocą silnie zgęszczonego rozczynu potażu żrącego lub sody żrącej; (użyłem roztworu, zawierającego 135,0 NaOH na 365,0 wody, nadaje się jednak do tego każdy stężony ług sodowy lub potasowy). Hemochromogena wydziela się w postaci nader delikatnego, (po godzinie lub do następnego dnia zbijającego się w kłaczki, pływające w cieczy) strątu, pięknie czerwonego, o lekkiem odcieniu fioletowym. Strącałem ją z roztworu, sporządzonego w sposób, już wyżej podany (przez dodanie wyskoku do zalkalizowanego, wodnego roztworu krwi, a następnie zmięszanie roztworu hematyny zasadowej, w ten sposób otrzymanej, z żółtym siarczkiem amonowym). Roztwór hemochromogeny powinien być więcej zgęszczonym.

Osad ten posiada barwę pięknie żywo-czerwoną (czereśniową), w cieńszej warstwie najwięcej zbliżoną do barwy cynobrowo-czerwonej. Rozpostarty w cienkiej warstewce na płycie szklanej lub na sączku już po kilku godzinach traci swą jasno-czerwoną barwę, zamieniając się na brunatną hematynę. W zetknięciu z roztworem, w którym strąt ten wytworzyliśmy, zachowuje swe znamienne własności również dopóty, dopóki nie wyczerpie się zapas ciała odtleniającego, to znaczy po kilku dniach, dzięki utleniającemu działaniu powietrza atmosferycznego zamienia się na brunatną hematynę zasadową. Jeżeli nieco z tego strątu czerwonego dodamy do wody przekroplonej, to rozpuszcza się w takowej z łatwością, równocześnie jednak występuje barwa brunatna i znamienne widmo hematyny zasadowej. Tak samo rozpuszcza się w wyskoku. Jeżeli nieco hemochromogeny, straconej z roztworu zapomocą stężonego ługu potasowego (chcąc oddzielić strąt ten od cieczy, musimy użyć do tego lejka, którego rurkę tylko w górnej części wypełniamy warstewką całkiem lekko ułożonej wełny szklanej, gdyż roztworu, zawierającego tak znaczną ilość wodorotlenku sodowego przez zwykły sączek przesączyć nie możemy) damy do epruwetki i dolejemy nieco wyskoku 96%, to hemochromogena rozpuszcza się w nim z łatwością, przechodząc jednak równocześnie natychmiast na zwyczajną brunatną hematynę zasadową. Jakże prof. Wachholz wytłómaczy to spostrzeżenie, że hemochromogena w roztworze wyskokowym natychmiast przechodzi w hematynę zwyczajną, skoro sam twierdzi, że wskutek odtleniającego działania wyskoku hematyna zamienia się na hemochromogenę? (Jestto zresztą to samo spostrzeżenie, o którem Hoppe-Seyler wspomina, tylko że warunki doświadczenia są tu znacznie uproszczone). Hemochromogena, uzyskana sposobem dopiero co opisanym, nie jest w tak wysokim stopniu wrażliwą na wpływ powietrza atmosferycznego, jak hemochromogena w doświadczeniach Hoppe-Seylera lub Zeyneka. Tłómaczy się to warunkami, wśród których tworzy się i pozostaje stracona z roztworu hemochromogena, a mianowicie obecnością znacznej ilości potażu żrącego lub sody żrącej, oraz obecnością ciała odtleniającego.

Strąt ten, badany w cienkiej warstwie między dwiema płytkami szklanemi, okazuje znamienne widmo hemochromogeny. Strąt hematyny obojętnej ma barwę ciemniej czerwoną i daleko mniej wybitną, bez śladu odcienia fioletowego; zato zwłaszcza w cienkiej warstwie widoczny jest odcień żółtawy. Wogóle barwa strątu hemochromogeny jest uderzająco różną od barwy hematyny obojętnej. Osad ten hematyny obojętnej na wpływ powietrza atmosferycznego wcale nie jest wrażliwym i może być bez zmiany przez nieograniczony czas na sączku przechowywanym.

Strąt hematyny obojętnej, w celu jej porównania z hemochromogeną, uzyskaną wyżej podanym sposobem, otrzymać można najłatwiej w sposób następujący: do roztworu methemoglobiny, uzyskanej w zwyczajny sposób zapomocą żelazisinku potasowego, dodaje się kilka ctm. sześć. chloroformu, wstrząsa się kilka razy, aż barwa brunatna nie przejdzie w jasno-czerwoną (przemiana methemoglobiny na hematynę obojętną), co następuje po kilku sekundach; następnie tolewa się ½ obj. 96% wyskoku, zatyka się próbówkę palcem, mięsza się zawartość z alkoholem, poczem próbówkę się odstawia. Hematyna obojętna wydziela się ilościowo z roztworu w postaci strątu czerwonego, osiadającego nad chloroformem. Płyn nad osadem posiada barwę lekko żółtawą (od żelazisinku potasowego), nie zawiera już jednak wcale barwika krwi. Płyn ten, jak również i chloroform, należy ostrożnie odlać, następnie wlewa się do próbówki wodę przekroploną, w celu przemycia osadu, który z powodu chloroformu, mechanicznie przylegającego, bardzo szybko napowrót gromadzi się na dnie; powtarza się to dopóty, dopóki osad nie jest zupełnie czysty. (Przemyć go można zresztą i na sączku). Osad ten przy tych manipulacyach nie zmienia się wcale i może być potem — w stanie wilgotnym — nieograniczony czas przechowywanym w próbówce. Sposób powyższy pozwala nam otrzymać hematynę obojętną w najkrótszym czasie. Strąt ten, badany w cienkiej warstwie między dwiema płytami szklanemi, okazuje bardzo pięknie i wyraźnie widmo hematyny obojętnej, tak różne od widma hematyny odtlenionej. Sposób ten otrzymania hematyny obojętnej, jest zarazem cenną, a może jedyną próbą chemiczną na methemoglobinę, pozwalając w jednej chwili odróżnić ją od hematyny, która tej próby nie daje. Że zaś otrzymany strąt jest istotnie hematyną obojętną, wynika to z zachowania się tego osadu (vide *„Przegl. Lek.“* 1899, N. 52, s. 706).

Zauważyć jeszcze muszę, że wyskok w moich doświadczeniach służy raz jako środek rozpuszczający (przy zobojętnianiu rozczynu alkalicznego hematyny), to znów nadto jeszcze ma rozłożyć barwik krwi na części składowe, t. j. białko i hematynę (obojętną). O działaniu odtleniającem w tych przypadkach, — jak przekonaliśmy się, — mowy niema.

Przejdę teraz do omówienia kilku ważniejszych punktów mej pracy, których prof. Wachholz nie uwzględnił.

I tak nie uwzględnił on mojego twierdzenia, że wszędzie, gdzie barwik krwi w rozczynie obojętnym rozkłada się na swe składniki (n. p. przez gotowanie) powstaje hematyna obojętna. Nie uwzględnił dalej twierdzenia, iż methemoglobina ulega przemianie na hematynę obojętną nawet wskutek działania czynników chemicznych, tak obojętnych pod względem chemicznym, jak n. p. eter i chloroform; a przecież prof. Wachholz powinien był i w tych przypadkach wykazać jakiś czynnik odtleniający. Nie uwzględnił również wcale i tej okoliczności, że otrzymałem hematynę obojętną nie tylko w postaci rozczynu, ale i w postaci osadu lub strątu czerwonego.

Jeżeli uwzględnimy, że Hoppe-Seylerowi nie udało się otrzymać hemochromogeny w stanie stałym, a to z powodu nadzwyczajnej wrażliwości tego barwika wobec tlenu atmosferycznego (powiodło to się dopiero Zeynekowi: „Ueber das Hämochromogen Hoppe-Seyler's, *Zeitschrift f. physiol. Chemie*, r. 1898, Heft 5 und 6, oraz rozprawa p. t. „Ueber das Hämochromogen“ w *Wien. klin. Wochenschrift*, 1899, Nr. 51), to dojdziemy do przekonania, że hematyna obojętna, otrzymana w postaci strątu barwy czerwonej, nie może być identyczną z hemochromogeną, a okoliczność ta będzie dla nas znów dowodem, przemawiającym za odrębnością hematyny obojętnej wogóle.

Aż do roku 1898 nie wiedziano wogóle, czy istnienie hemochromogeny w stanie stałym jest możliwem, to zn., czy może być odosobnioną i w stanie suchym bez zmiany przechowywaną. Hoppe-Seyler otrzymał ją wprawdzie jako strąt barwy czerwonej, czy purpurowej, jednak w zamkniętym przyrządzie, z którego powietrze atmosferyczne zostało usunięte i nie kusił się wcale o odosobnienie jej. Ja otrzymałem ją również, jak już wspomniałem, w postaci pię-

knie czerwonego strątu, wydzielając ją z roztworu alkalicznego, zawierającego nadmiar ciała odtleniającego, raz przez zobojętnianie takowego, a powtóre strącając ją zapomocą zgęszczonego ługu potasowego lub sodowego w nadmiarze dodanego; (ten ostatni sposób zasługuje na pierwszeństwo). Jednak żaden z tych sposobów nie nadaje się do otrzymania hemochromogeny w stanie czystym, gdyż osady te w zetknięciu z powietrzem atmosferycznem rychło zamieniają się na brunatną hematynę. Zadanie to postawił sobie i rozwiązał R. v. Zeynek. Opiszę pokrótce sposób postępowania tego autora, gdyż sądzę, że rzuci to pewne światło na własności tego barwika. Hemochromogenę otrzymał Zeynek z hematyny, rozpuszczonej w roczczynie wyskokowym amoniaku, odtleniając takową zapomocą wodnika hydrazyny *(Hydrazinhydrat)* i strącając ją z roztworu zapomocą eteru. Hemochromogena przedstawia się wówczas w postaci czerwonego strątu, barwy, jak powiada Zeynek, czerwonego fosforu. Po usunięciu cieczy, znajdującej się nad osadem, przemywa osad eterem; (wszystkie te czynności odbywają się w przyrządzie, z którego zapomocą wodoru wyparto powietrze atmosferyczne). Nakoniec osusza osad przy ciepłocie 30°—40° C. przez kilka godzin w prądzie wodoru, a następnie jeszcze przez godzinę przy ciepłocie do 130° C., gdyż zauważył, że osad, jeżeli tylko ślad wilgoci w nim pozostał, był nadzwyczajnie wrażliwym na powietrze atmosferyczne. Przez to jednak barwa czerwona zmieniała się na brunatno-czerwoną. Chcąc się przekonać, czy hemochromogena nie uległa przy tych manipulacyach przemianie na hematynę, użył tego sposobu, że cząstkę uzyskanego preparatu rozpuszczał w rozcieńczonym amoniaku. Otrzymywał zawsze pięknie czerwony roztwór hemochromogeny. Aby jednak wykluczyć działanie powietrza atmosferycznego, które zamieniłoby hemochromogenę natychmiast na hematynę, użyć musiał do tego osobnego małego przyrządu, z którego najpierw musiało być wydalone w zupełności powietrze atmosferyczne, zanim mógł przystąpić do rozpuszczenia barwika w amoniaku. Przytaczam to wszystko dlatego, że zastósowanie tych wszystkich środków ostrożności przez Zeyneka przekona chyba każdego, że czerwone strąty i roztwory hematyny obojętnej, które przez nieograniczony czas pozostać mogą bez najmniejszej zmiany w zetknięciu z powietrzem atmosferycznem, hemochromogeną być nie mogą.

Widzimy więc z tego wszystkiego, że opisana przezemnie hematyna obojętna nie jest, jak sądzi prof. Wach., hemochromogeną, od której różni ją wszystko (widmo, barwa, chemiczne zachowanie się wobec tlenu) a z którą posiada tylko jedną własność wspólną, że zagotowana zmienia swoją barwę na brunatną, okazując widmo hematyny zasadowej, podobnie jak hemochromogena. — Przejdę obecnie do jednego z zasadniczych twierdzeń w mej pracy, które prof. Wach. również podał w wątpliwość.

W mojej rozprawie o hematynie obojętnej twierdzę, że do otrzymania roztworu hematyny obojętnej potrzeba koniecznie obecności soli obojętnej (najlepiej NaCl); że więc otrzymać możemy roztwór hematyny obojętnej albo w ten sposób, iż dolejemy do roztworu methemoglobiny, zmięszanego poprzednio z wystarczającą ilością zgęszczonego roztworu soli kuchennej równą ilość 96% wyskoku, albo zobojętniając zapomocą kwasu solnego roczczyn alkaliczny wyskokowy hematyny. Otóż prof. Wachholz twierdzi, że dodatek roztworu soli jest zupełnie zbyteczny. Że tak jednak nie jest, stwierdzić to można w sposób dwojaki:

A. Roztwór wodny świeżej krwi zamieniam zapomocą kilku kropel 10% roztworu żelazosinku potasowego na methemoglobinę. Do 5 ctm. sześć. jednego roztworu methemoglobiny dodaję 3—5 ctm. sześć. zgęszczonego roztworu soli kuchennej, (albo dodaję chlorek sodu *in substantia*), do drugiego zaś tylko czystą wodę w tej samej ilości. Następnie dodaję do każdej próbki po równej ilości wyskoku 96%. Natychmiast zabarwia się roczczyn brunatny methemoglobiny na barwę jasno-czerwoną, z powodu przemiany methemoglobiny na hematynę obojętną. Rozczyn jednak, do którego dodaliśmy sól kuchenną, jest zupełnie przeźroczysty, nadając się doskonale do badania spektroskopowego, podczas gdy roztwór drugi, do którego dodaliśmy tylko czystą wodę, natychmiast ulega silnemu zmętnieniu, gdyż wydziela się natychmiast hematyna obojętna w postaci strątu delikatnego, jasno czerwonawego, który po pewnym czasie na dnie się osadza. Wachholz powiada, że i roczczyny, zaprawione solą kuchenną, szybko mętnieją. Tak jednak nie jest. Roztwory nasycone solą kuchenną, zachowywały bowiem zazwyczaj swoją przeźroczystość przez czas dłuższy, a tylko z roztworów, nie zawierających dostatecznej ilości chlorku sodowego, wydzielała się hematyna obojętna w wyższym lub niższym stopniu. Przypominam tutaj sposób przygotowywania roztworów hematyny obojętnej, opisany we wstępie mojej pracy (5 ctm. sześć. 1% roztworu methemoglobiny zaprawiałem chlorkiem sodu *in substantia*, następnie dolewałem 5 ctm. sześć. wyskoku 96% — lub do 3 ctm. sześć. 1% roztworu methemoglobiny dolewałem jeszcze 3 ctm. sześć. roztworu chlorku sodowego; czasem dodawałem nadto jeszcze chlorku sodowego *in substantia*, a następnie tę samą objętość wyskoku). Uzyskane w ten sposób roztwory hematyny obojętnej zachowywały przez dłuższy czas swoją przeźroczystość, a dopiero po pewnym — zresztą różnym — czasie mała część hematyny obojętnej wydzielała się z roztworu w postaci osadu czerwonego. Posiadam roztwory hematyny obojętnej uzyskane przez rozpuszczenie strątu hematyny obojętnej w wyskoku, rozcieńczonym roztworem soli kuchennej, które od kilku miesięcy nieznacznie tylko się zmieniły. (Czasem zresztą i z roztworu, nasyconego chlorkiem sodu, wydziela się pewna część hematyny obojętnej, choć regułą jest, że roztwory, tak przyrządzone, przez dłuższy czas pozostają przeźroczyste). Jeżeli jednak z roztworu wydziela się hematyna obojętna, to zazwyczaj powodem jest zbyt mała ilość wyskoku lub chlorku sodowego. W każdym razie jednak różnica między zachowaniem się roztworu methemoglobiny, do którego dodaliśmy chlorek sodu, a roztworem czystym, jest olbrzymia, gdyż ostatni natychmiast po dodaniu wyskoku ulega zmętnieniu tak, iż o badaniu widma mowy być nie może, podczas gdy pierwszy, nawet jeżeli ilość chlorku sodowego była niewystarczającą, przez pewien czas jest zupełnie przeźroczystym i może być pod względem spektroskopowym badany. Więc, choćbyśmy nawet stale przeźroczystego roztworu hematyny obojętnej otrzymać nie byli w stanie, to mimo to zostałby fakt, że tylko przez dodanie soli obojętnej do roztworu methemoglobiny uzyskać możemy roztwór hematyny obojętnej. Nie zaprzeczam zresztą wcale, że hematyna obojętna okazuje dążność do powolnego wydzielania się zroztworu, zazwyczaj jednak nawet po tygodniach większa część barwika jest w roztworze, a tylko część na dnie w postaci osadu czerwonego. Zresztą powolne to wydzielanie się hematyny obojętnej z roztworu jest, — jak już podnosiłem, — ważną i znamienną właściwością hematyny obojętnej, odróżniająca ją od oksyhemoglobiny lub hemochromogeny, których roztwory zawsze pozostają przeźroczyste. Więc raz jeszcze powtarzam, że choćbyśmy roztwór przeźroczysty hematyny obojętnej byli w stanie uzyskać tylko na czas ograniczony, to fakt ten nie umniejszyłby wartości spostrzeżenia, że tylko obecność soli obojętnej umożliwia uzyskanie takowego, a nawet stanowiłby ważną cechę rozpoznawczą tego barwika. Widzimy jednak, że otrzymanie przeźroczystego roztworu hematyny obojętnej nie jest bynajmniej trudnem i że obecność soli obojętnej zapobiega w każdym razie natychmiastowemu strąceniu hematyny obojętnej po dolaniu wyskoku do roztworu methemoglobiny, umożliwiając w ten sposób badanie roztworu zapomocą przyrządu widmowego.

Zresztą mógł prof. Wachholz przekonać się o wpływie i znaczeniu soli obojętnej (NaCl, KCl) dowodnie i w drugi sposób, o którym również wspomniałem: b. Hematyna obojętna, wydzielona z roczczynu wyskokowego alkalicznej hematyny (przez zobojętnienie takowego zapomocą kwasu sol-

nego), a następnie na sączku dokładnie przemyta, jest zgoła nierozpuszczalna w płynach obojętnych; jeżeli jednak użyjemy wyskoku, rozcieńczonego pewną ilością stężonego wodnego rozczynu soli kuchennej, dość łatwo przez lekkie już ogrzanie rozpuszcza się.

Przyjrzawszy się więc pracy prof. Wachholza stwierdzić musimy, że zarzuty jego, skierowane przeciwko istnieniu hematyny obojętnej, po zanalizowaniu takowych, okazały się zupełnie bezpodstawnymi. Hematyna obojętna stanowi więc trwałe wzbogacenie spektroskopii krwi, a prof. Wachholz, — po uwzględnieniu moich wywodów, — z faktem tym pogodzić się będzie musiał.

IV. Kilka słów jeszcze w sprawie hematyny obojętnej.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Zanim w krótkości odpowiem na „Dalsze uwagi“ Dra Arnolda, czuję się w obowiązku zaznaczyć, że moją poprzednią rozprawką nie miałem zamiaru wystąpić przeciw osobie Dra Arnolda, którego, nie znając, wysoko poważam już choćby z tego względu, że przy uciążliwych obowiązkach zawodowych tak chętnie poświęca i czas i trudy na doświadczalne prace naukowe. Badania moje na temat poruszony przez Dra Arnolda podjąłem dlatego, ponieważ pierwsza jego publikacya wydała mi się błędną, a wszakżeż wszelka dyskusya w sprawie naukowej jest bardzo pożądaną, gdyż tylko w ten sposób można dojść do pewników naukowych. Polemika, jaka się w sprawie hematyny obojętnej między Drem Arnoldem a mną wywiązała, jest, jak mniemam, dowodem żywotności tematu, poruszonego przez Dra Arnolda.

A teraz przystępuję do krótkiej odpowiedzi na obszerne „Dalsze uwagi“ Dra Arnolda, stanowiące prawdziwe „uzupełnienie“, jak się wyraża sam ich autor, pierwszego, zanadto skróconego, doniesienia.

Dr. Arnold zakończył swą pierwszą publikacyę podaniem następujących cech charakterystycznych dla swej hematyny obojętnej: 1) rozczyn wyskokowy hematyny obojętnej posiada barwę czerwoną z odcieniem żółtawym; 2) rozczyn ten otrzymamy j e d y n i e wobec odpowiedniej ilości soli obojętnej; 3) posiada znamienne widmo z dwóch smug między *D* a *b;* 4) z n a m i e n n ą cechą jego jest zmiana barwy na brunatną, wraz z pojawieniem się widma hematyny zasadowej przy ogrzaniu rozczynu, ponowne zaczerwienienie i powrót dawnego widma po jego oziębieniu. Przejdę po kolei wartość tych 4 cech hematyny obojętnej:

Co do 1 cechy: twierdzę stanowczo, że rozczyny hemochromogeny posiadają zabarwienie identyczne z zabarwieniem hematyny obojętnej, t. j. wszystkie one mają barwę czerwoną z odcieniem żółtym, a bynajmniej nie mają odcienia fioletowego. Na zarzut Dra Arnolda, że identyczność tego zabarwienia moich rozczynów hemochromogeny z rozczynami hematyny obojętnej — była następstwem błędnego, przezemnie stósowanego sposobu przygotowania rozczynów hematyny zasadowej przez ogrzewanie rozczynu krwi, zaprawionego KOH, odpowiadam: w ten sposób przygotowane rozczyny dawały wyraźne widmo hematyny zasadowej, za dodaniem zaś siarczku amonu (po oziębieniu) czerwieniły się i dawały typowe widmo hematyny odtlenionej, które, po zagotowaniu, ustępowało miejsca widmu hematyny zasadowej, a po oziębieniu znowu wracało, zatem zachowały się jak prawdziwe rozczyny hematyny zasadowej i hemochromogeny, zkąd wypływa wniosek, że mimo obaw Dra Arnolda, tyczących się „zbyt energicznie działających manipulacyj, któreby mogły zmienić własności ciał“, ogrzanie mych rozczynów nie zaszkodziło nic powstającym w nich hematynie zasadowej i odtlenionej. Zatem, pod tym względem, błędu w mojem postępowaniu nie było. Chcąc atoli wykluczyć wszelkie źródło mylki, sporządziłem ze krwi świeżej odwłóknionej (wołowej!) rozczyny hemochromogeny o jednem i tem samem zgęszczeniu w następujące sposoby: *a)* z 30% KOH zagrzaniem, następowem oziębieniem i siarczkiem amonu; *b)* w ten sam sposób, lecz bez ogrzewania (hematyna tworzyła się powolniej)[1]; *c)* z methemoglobiny zmięszanej z 30% KOH + siarczek amonu; *d)* w sposób podany przez Dra Arnolda, t. j. rozczyn krwi + 10% KOH + alkohol + siarczek amonu; *e)* z 10% KOH + kilka kropli wodnika hydrazyny [2]; *f)* z kryształków heminy, rozpuszczonych przy pomocy 10% KOH + siarczek amonu i *g)* w sposób, podany pod *f)*, lecz zamiast siarczku amonu dodałem kilka kropli wodnika hydrazyny. Wszystkie te rozczyny, z wyjątkiem wymienionego pod *e)*, były jednako, t. j. czerwono zabarwione z odcieniem żółtym, a nie fioletowym, a porównane z rozczynem hematyny obojętnej, przygotowanej z Methb, zupełnie się barwą od niego nie różniły. Nie ufając własnemu wzrokowi, pokazywałem te rozczyny kilku gościom mego Zakładu, nieświadomym rzeczy i nieuprzedzonym, a wszyscy oni uznali identyczność zabarwienia żółto-czerwonego rozczynów. Rozczyn hemochromogeny, wymieniony pod *e)*, nie zmienił barwy po dodaniu wodnika hydrazyny na czerwoną, lecz pozostał oliwkowo zabarwionym, mimo to dawał typowe widmo hemochromogeny. Po upływie 24 godzin zaczerwieniał się, ale stawał się zarazem mętnym.

Co do 2 cechy. Dodanie soli obojętnej, n. p. chlorku sodu, do rozczynu methemoglobiny obojętnej (istnieje przecież także Methb zasadowa i ztąd trzeba dla jasności bliżej Methb użytą określić), zanim się go zmiesza z $^1/_2$ objętości 96% wyskoku, nie jest tak niezbędnem, żeby można twierdzić, iż rozczyn hematyny obojętnej można otrzymać „jedynie w razie obecności odpowiedniej ilości soli obojętnej“. I bez tego dodatku rozczyn Methb obojętnej się czerwieni i daje widmo z dwóch opisanych smug, jednak przyznaję, że rozczyny bez dodatku soli prędzej stają się mętnymi. Jednak nawet rozczyny, sporządzone z nadmiarem NaCl po upływie stosunkowo krótkiego ($^1/_2$—1 godziny) czasu stale się mąciły, zagotowane wyjaśniały się i pozostawały przeźroczystemi po oziębieniu ich, atoli i w tych osadzał się strąt (mniej znaczny, niż w niegotowanych) na ścianach naczynia. O tem mąceniu się rozczynów hematyny obojętnej wie Dr. Arnold, skoro w swych „dalszych uwagach“ raz wspomina, że „zresztą po różnym czasie mała część hematyny obojętnej wydzielała się z roztworu“, na innem zaś miejscu powiada „choćbyśmy nawet stale przeźroczystego roztworu hematyny oboj. otrzymać nie byli w stanie“. Błędu w tym względzie zresztą się nie dopuściłem, albowiem, mając już wieloletnią wprawę w badaniu spektralnem, nie odważyłbym się opierać swego zdania na badaniu mętnych rozczynów. Korzystałem zawsze z ich przejrzystości wkrótce po sporządzeniu rozczynu, a następnie po jego odstaniu.

Ponieważ z jednej strony Dr. Arnold wykazał, że hematynę obojętną można otrzymać także przez zobojętnienie alkoholowego zasadowego rozczynu hematyny, z drugiej zaś strony wiadomo jest, że hematyna zasadowa i kwaśna istnieją w wodnych rozczynach, przeto powinnaby także i hematyna obojętna istnieć w wodnym rozczynie. Gdyby Dr. Arnold p o t r a f i ł u z y s k a ć s w ą h e m a t y n ę o b o j ę t n ą w w o d n y m r o z c z y n i e b e z d o d a t k u a l k o h o l u, przezemnie kwestyonowanego, w takim razie przyznałbym się otwarcie, a nawet z radością, do myłki w sądzie. Niestety, liczne moje doświadczenia, wykonywane zapomocą zobojętniania wodnych rozczynów hematyny zasadowej, sporządzanej z rozczynów odwłóknionej krwi na zimno (lecz nie sposobem Dra Arnolda, aby uniknąć alkoholu) i na gorąco, oraz z kryształków heminy, przekonały mnie o niemożebności wytworzenia hematyny obojętnej bez obecności alkoholu w rozczynie. Z chwilą

[1]) Użyłem tu sposobu, który podał S z i g e t i (*Wiener klin. Wochenschrift* 1893, Nr. 17), użyłem tylko nieco większej dawki KOH, niż podaje S z i g e t i.

[2]) v. Z e y n e k. Ueber das Hämochromogen. Separat-abdruck aus *Hoppe-S. Ztschr.* T. 25, Z. 5 i 6.

zobojętnienia rozczyn się natychmiast mącił, mimo nawet poprzedniego dodania NaCl i osadzał się ciemnobrązowy kłaczkowaty strąt. Czy fakt ten dowodzi istnienia hematyny obojętnej?

Co do 3 cechy, Dr. Arnold zarzuca mi, że liczby moje dla hemochromogeny nie wydają mu się prawdopodobnemi, zarazem powołuje się co do położenia drugiej smugi na Neubauera i Vogla, wedle których rozpoczyna się ona „kurz vor *E*. und sich etwas über *b* hinaus erstreckt“. Na zarzut ten mogę tylko to odpowiedzieć, że moje oznaczenie obu smug odpowiada najzupełniej położeniu, opisanemu przez Hoppe-Seylera: „zwei sehr deutliche Absorptionsstreifen, von denen der eine zwischen *D* und *E*, etwas näher an *D*. als an *E*, doch fast in der Mitte zwischen beiden Liniengruppen steht, während der andere..., auf der Liniengruppe *E* liegt, bis sich oder über *b* ausbreitet und ungefähr eben so weit auch von *E* nach *D* hin“. Tak niezgodnie z Neubauerem i Voglem określa smugi Hoppe-Seyler, do którego ja mam więcej zaufania. Zresztą różnice w oznaczeniu smug tłómaczą się niejednako zgęszczonymi rozczynami, o czem wbrew oświadczeniu Dra Arnolda, tak co do hemochromogeny, jak i OHb, dowodnie się przekonałem. Nawiasem wspomnę, że, jeźli podręcznik Halliburtona i inne nie określają zgęszczenia rozczynów, których widma podają, to jest to usprawiedliwione, mówią bowiem o związkach już znanych, gdy się atoli nowy związek wykrywa i ogłasza, nie należy tego szczegółu ominąć, już choćby tylko dla tego, aby przy ludzkiej nieufności mógł się każdy chcący o istocie nowego związku z wszelkimi szczegółami i w tych samych warunkach przekonać.

Widmo rozczynów hemochromogeny odpowiadało swem położeniem prawie zupełnie widmu rozczynów hematyny obojętnej, jak to w pierwszem swem doniesieniu nadmieniłem; obecnie zaś przekonałem się między innemi, że widmo rozczynu hemochromogeny, sporządzonej z heminy + KOH + wodnik hydrazyny było z widmem hematyny obojętnej (sporządzonej z Methb. ob.) nie prawie, ale zupełnie, co do położenia smug, zgodne. I ten szczegół także jest ważnym, że w obu rozczynach jest kolor niebieski mało pochłonięty. Różnica w obrazie obu tych widm tylko w tem się zaznacza, że widmo hemochromogeny jest bardzo wyraziste, zaś widmo zupełnie przejrzystych rozczynów hematyny obojętnej jest mało wyraziste i jakby zatarte. Zobojętniając rozczyn hemochromogeny, zaprawiony poprzednio solą kuchenną i badając go co chwila widmowo, otrzymałem całkiem podobne, mało wyraziste widmo. Dodawszy zaś ślad siarczku amonu do rozczynów hematyny obojętnej, otrzymywałem wyraziste widmo hemochromogeny, przyczem rozczyn, jak to przez porównanie stwierdziłem, nie zmieniał w niczem swej barwy z żółtawym odcieniem. Gdyby nawet widmo hematyny obojętnej było zasadniczo różne od widma hemochromogeny, co atoli, jak wykazałem, wcale nie ma miejsca, to nie mógłbym na tej wyłacznej podstawie opierać stwierdzenia nowego związku, aby nie uledz zarzutowi, jaki czynią Nencki i Sieber[3]) „den Pseudochemikern, welche sich bei ihren Arbeiten einzig mit dem Spektralapparate begnügen und daraufhin neue Körper entdecken“.

Co do 4 cechy. Nie wątpię ani na chwilę, że Dr. Arnold wiedział „równie dobrze“ jak ja o tem, że hemochromogena przez zagotowanie w rozczynie się strąca, rozczyn daje widmo hematyny zasadowej, a przez oziębienie napowrót się rozpuszcza; jednak dziwi mnie, że wiedząc o tem i przekonawszy się o podobnem zachowaniu się swej hematyny obojętnej, po pierwsze już choćby dlatego nie porównał w pierwszej swej pracy hemochromogeny z hematyną obojętną, a uczynił to dopiero teraz po mojem odezwaniu się, powtóre, że mimo jednakowego zachowania się przy gotowaniu i oziębianiu obu rozczynów, przecież uważa to zachowanie się swej hematyny obojętnej za „znamienną cechę“ jej roztworów (*Przegl. lek.* 1899 str. 706 II. kolumna 4). Wszakżeż zrozumiałem jest, że to, co jest wspólnem dla dwóch substancyj, dla żadnej z nich z osobna już „znamiennem“ być nie może. Powyższe zachowanie się hematyny obojętnej nie jest zatem dla niej znamiennem, zarazem jest ono atoli szczegółem, przemawiającym stanowczo przeciw jej istnieniu, a to z następujących przyczyn: Zachowanie się hemochromogeny przy ogrzewaniu i oziębianiu jej rozczynów jest całkiem zrozumiałe, bo przez ogrzanie strąca się częściowo wytworzona hemochromogena, podczas gdy zawarta w rozczynie zasadowym hematyna zasadowa występuje wyraźnie tak co do barwy, jak i widma. Po oziębieniu rozczynu rozpuszcza się hemochromogena na powrót, jak to wykazał Hoppe-Seyler. Ale jak wytłómaczyć powyższe zachowanie się hematymy obojętnej? Rozczyn jej jest obojętnym, nie zawiera on żadnej zasady, i oto przez ogrzanie tego obojętnego rozczynu obojętnej hematyny powstaje hematyna zasadowa, a przez oziębienie rozczynu hematyny zasadowej ulega ona zobojętnieniu! Zatem, w myśl powyższego zachowania się, zagotowanie równa się dodaniu zasady, oziębienie zobojętnieniu. Nie wiem, czy nad tem zjawiskiem zastanawiał się Dr. Arnold. Otóż zjawisko to pozwolę sobie wyjaśnić w sposób następujący: Puppe[4]), docent i asystent zakładu sądowolekarskiego w Berlinie, badając spektralnie płyny krwawe, uzyskane przy przechowywaniu preparatów sposobem Kayserlinga, celem utrzymania ich naturalnych barw, przekonał się, że najpierw używana w tych celach formalina zmienia OHb na brunatną kwaśną hematynę, która, pozostając następnie pod wpływem alkoholu absolutnego lub 96% lub nawet jeszcze słabszego, jak się o tem niejednokrotnie sam i wspólnie z asystentem zakładu Drem Horoszkiewiczem przekonałem, zamienia się w typową hematynę zasadową. Tak więc obojętny alkohol zmienia barwik krwi na hematynę zasadową, a zastósowany w odpowiedniej ilości w dalszym ciągu odtlenia ją na hemochromogenę, której widmo w tych razach jest dla tego tak mało wyraźne, ponieważ rozczyny, mimo zasadowego działania alkoholu, są zamało jeszcze zasadowe, a zarazem i działanie redukujące alkoholu nie zupełnie wystarczająco odtleniające. W tych warunkach znika hemochromogena przy ogrzaniu tem łatwiej i pozwala się wyraźnie uwidocznić hematynie zasadowej.

A teraz przystępuję do odpowiedzi na jeszcze dwie, wyraźniej niż poprzednio podniesione w „Dalszych uwagach“ cechy hematyny obojętnej. Pierwsza z nich polega na tem, że czerwone straty hematyny obojętnej mogą pozostać „przez nieograniczony czas“ w zetknięciu z powietrzem bez najmniejszej dla siebie zmiany tak, że nawet po dłuższym czasie rozpuszczone wyskokiem, rozcieńczonym pewną ilością wysyconego wodnego roztworu chlorku sodu, tworzą rozczyny hematyny obojętnej o pierwotnej czystości barwy i widma. Hemochromogena w przeciwstawieniu, jeżeli jest strącona, rozkłada się w zetknięciu z powietrzem na hematynę zasadową, jak to wykazał Zeynek. Że w doświadczeniach Zeyneka strąt hemochromogeny w zetknięciu z tlenem powietrza musiał się zmienić w hematynę zasadową, pochodziło ztąd, że autor użył rozmyślnie do wytworzenia hemochromogeny amoniakalnego wyskokowego rozczynu hematyny, którą odtleniał wodnikiem hydrazyny „beides Substanzen — jak sam powiada (str. 494) — die sich ohne Rückstand verflüchtigen lassen“. Atoli strąt hemochromogeny, sporządzonej zapomocą KOH i siarczku amonu, opiera się tak samo długo działaniu tlenu z powietrza, jak i jej rozczyny, przez które się nawet powietrze przepuszcza, jeźli tylko siarczek amonu jeszcze jest obecnym w osadzie, względnie w rozczynie. Okoliczność zaś, że strąt hematyny rozpuszcza się w wyskoku, rozcieńczonym zgęszczonym rozczynem NaCl za lekkiem ogrzaniem i daje swe zwykłe widmo, nie stanowi żadnej

[3]) *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* T. 24. 1888 str 436.

[4]) Über das Princip der Conservirung itd. Vierteljahrschr. f. gericht. Med. 1899 T. 17 str. 266.

cechy dla hematyny obojętnej, albowiem także i strąt hemochromogeny, nawet taki, jak Zeyneka, który był pozbawiony amoniaku i hydrazyny, jeźli będzie rozpuszczony w amoniaku i hydrazynie, nie może być pod ich wpływem niczem innem, jak tylko hemochromogeną. Zeynek rozpuszczał swą stałą hemochromogenę w samym tylko amoniaku przy wykluczonym dostępie powietrza i tem udowodnił, że strąt jego był w istocie hemochromogeną. Jeźli Dr. Arnold chce udowodnić, że jego strąt jest w istocie hematyną obojętną, niech się postara o rozpuszczenie go w innym odczynniku, n. p. wodzie, ale nie w wyskoku, tj. w odczynniku, z którego pomocą uzyskał hematynę obojętną w rozczynie przed jej strąceniem.

Drugą z tych cech podnosi Dr. Arnold temi słowy: „i tak nie uwzględnił on (tj. ja) mojego twierdzenia, że wszędzie, gdzie barwik krwi w rozczynie obojętnym rozkłada się na swe składniki (n. p. przez gotowanie) powstaje hematyna obojętna“. Zapytam się tylko, czy Dr. Arnold widział i badał tę hematynę obojętną, otrzymaną przez zagotowanie obojętnego rozczynu OHb? Rozczyn ten nawet przy nadmiarze Na Cl staje się wtedy brudnokawowej barwy, tworzy się w nim zbity strąt, który nawet po oziębieniu nie czerwieni się, a płyn nad i pod nim jest zupełnie przejrzysty, bezbarwny i nie daje żadnego widma. Tak wygląda hematyna obojętna, uzyskana przez zagotowanie obojętnego rozczynu OHb!!

Widzimy więc z tego wszystkiego, że opisana przez Dra Arnolda hematyna obojętna jest hemochromogeną, od której niczem się nie różni, chyba tylko sposobem otrzymania. Tak więc nie nadeszła jeszcze chwila trwałego wzbogacenia spektroskopii krwi hematyną obojętną.

W końcu, dziękując Szanownej Redakcyi za dwukrotną gościnę, oświadczam, iż nadal w tej sprawie zrzekam się już głosu.

V. Oceny i sprawozdania.

Władysław Biegański. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych.** (Tom pierwszy, str. 514. — Warszawa, 1900. Wydawnictwo *Gazety lekarskiej).*

Nietrudnem jest zadanie sprawozdawcy, gdy ma mówić o pracy, napisanej znanem i wytrawnem piórem dobrze naszemu piśmiennictwu zasłużonego autora, nadto gdy już samo przez się ukazanie się dzieła tej miary i treści przyjąć musimy z uznaniem; tem zaś chętniej bierzemy pióro do ręki, że dzieło niniejsze jest niejako zapowiedzią mającego powstać podręcznika do nauki o chorobach wewnętrznych. Taką bowiem nadzieję robi nam Dr. Biegański w przedmowie, oświadczając, że wprawdzie nie przyprowadzono dotąd do skutku pierwotnego zamiaru napisania podręcznika siłami zbiorowemi, ale myśli tej nie porzucono zupełnie. Oczekiwaćby więc należało, że i inni współpracownicy pójdą za przykładem kol. Biegańskiego, który, wydając „Wykłady“, dobrze rzecz zapoczątkował. Przedmiotem wykładów są choroby zakaźne ostre, z których dur brzuszny, wysypkowy, gorączka powrotna, ospa, płonica, odra, zakażenie posocznicze, róża, gościec stawowy ostry i zakażenie rzeżączkowe, błonica — wreszcie krztusiec — zawarte zostały w niniejszym tomie I, reszta pomieszczoną zostanie w mającym się ukazać tomie II. Bardzo dobrze stało się, że Biegański wybrał dla swoich wykładów ten a nie inny dział medycyny, gdyż wybór ten, jak to z góry można przewidzieć, uczyni dzieło poczytnem. Jest to bowiem ten dział naszej nauki, w którym ostatnie czasy najwięcej zmian przyniosły i to zmian takich, że musi się z niemi liczyć tak dobrze badacz naukowy, jak i zajmujący się praktyczną medycyną lekarz. Ztąd też każdy odczuwał potrzebę tego rodzaju podręcznika, w którymby uwzględniono postępy nauki aż do ostatniej chwili i skupiono to wszystko, co w różnych czasach przynoszą dzienniki lekarskie Prawda, że w tym razie niedokładnie z przedmiotem obeznanemu łatwo popaść w błąd zbytniego uganiania za nowościami, przeładować dzieło teoryą, uczynić je ciężkiem i minąć się w ten sposób z istotnem zadaniem podręcznika. Po przeczytaniu „Wykładów“ odniosłem to wrażenie, że Biegański umiał znaleźć ten szczęśliwy środek: rozstrząsa on sprawy nowe i najnowsze, zwłaszcza co do etyologii chorób, nad któremi się zastanawia, daje następnie czytelnikowi kompletny obraz obecnego stanu wiedzy omawianej sprawy, aż do ostatnich czasów, a jednak nigdzie nie daje się dostrzedz przeładowanie dzieła teoryą, ani też zbytnie rozwleczenie jednej części na niekorzyść drugiej. Ztąd też szersze omówienie etyologii nie uszczupla w niczem części klinicznej dzieła. Biegański jest i tu znakomitym pisarzem. Kreśli on nie tylko jasnym i zwięzłym stylem obrazy chorobowe, nietylko ułatwia czytelnikowi dobrym rozkładem poszczególnych części (rzecz nader ważna dla uczących się) zoryentowanie się w szczegółach, ale przytoczywszy i opisawszy poszczególne objawy, tłómaczy ich znaczenie, przyczyny powstawania i t. d. Weźmy przykład: mówiąc o gorączce w durze, nie ogranicza się on do wymieniania jej typu, nieprawidłowości i t. d., lecz wyjaśnia też przyczynę jej pojawiania się. W tej części „Wykładów“ najwybitniej występuje samodzielność autora; z każdego ustępu, z każdego niemal zdania widnieje doświadczony i na nowoczesnem stanowisku stojący klinicysta, a jego „Wykłady“ są nie zbiorem cudzych zapatrywań, lecz wytrawnym sądem własnym, zdobytym długoletnią pracą, doświadczeniem i rozmyślaniem. Nie narzuca się on przytem czytelnikowi ze swojem zdaniem, lecz wobec różnych zdań stara się go przekonać i to najczęściej nie jakimś długim wywodem, lecz przytoczeniem krótkiej obserwacyi własnej.

Bardzo znamienne są ustępy dzieła B., w których ten lekarz myśliciel nie mógł się powstrzymać od wypowiedzenia swoich cennych, lecz do rzeczy wprost nienależących, uwag ogólnej natury (str. 29, 30, lub str. 58, 59, 60); ale właśnie uwagi te nadają dziełu wybitne piętno indywidualności.

W ustępach, omawiających leczenie, główny nacisk położył Biegański na ogólne zasady leczenia, na zapobieganie, higienę i dyetetykę; równocześnie jednak pomieścił wiele nieocenionych dla praktyki szczegółów, jak n. p. stósować należy kąpiele w durze, lub jak przyrządzić beftea, jak zastrzykiwać surowicę i wiele innych. Co do samego leczenia lekarstwianego, to stanowisko autora „Wykładów“ jest umiarkowane; nie hołduje on zasadom nihilizmu terapeutycznego, przeciwnie, przytacza całe szeregi środków, a oparłszy się na swojem doświadczeniu, zaleca nawet jeden lub drugi z leków lub sposobów leczenia; podnieść atoli winienem, że żaden lek, żadne polecenie nie wychodzi z pod pióra B. krytycznie nie rozważone, lub odpowiednio nie uzasadnione. Jedynie w omówieniu leczenia błonicy wytknąłbym za małe dawki surowicy (dzieciom do lat dwóch poleca B. 500 jednostek, a w przypadkach błonicy krtani powtórzenie dawki w ciągu 6 godzin; tymczasem, zdaniem naszem, najmniejsza jednorazowa dawka lecznicza winna być 1000, a wobec błonicy krtani — 2000 jednostek, uzupełniana w miarę potrzeby co 12—24 godzin), jak również za słabe podkreślenie korzyści z intubacyi i potrzeby wykonywania tej operacyi w praktyce prywatnej przez wszystkich lekarzy.

Należy jeszcze wspomnieć o słownictwie w „Wykładach“. Otóż zaznaczyłem już, że styl Biegańskiego jest jasny, zwięzły, potoczysty, i rzeczywiście szkoda, że autor był zmuszony, wobec nieustalonego słownictwa, wprowadzić (tak sam tłómaczy to w przedmowie) bądź co bądź rażące ucho nazwy „dyfteryt“, „tyfus“, „szkarlatyna“ i t. d. Uderzyła mnie też, zapewne przez pomyłkę użyta nazwa „mętne obrzmienie“ zamiast „ćme zwyrodnienie“ do oznaczenia niemieckiego „trübe Schwellung“.

Piśmiennictwo polskie uwzględnione jest w „Wykładach“, jak to bywa zawsze w dziełach Biegańskiego, nader

szczegółowo; tem bardziej dziwi nas pominięcie dość ważnych, mojem zdaniem, dwóch prac prof. Nowaka J. o błonicy i jednej Dra Jeża W. o znaczeniu ciałek białych w durze brzusznym.

Nie kończę niniejszego krótkiego sprawozdania polecaniem dzieła, boć poleca się ono samo tak treścią, opracowaniem, jak i zasłużonem w piśmiennictwie nazwiskiem autora; nie mogę jednak położyć swego podpisu, aby z naciskiem i uznaniem nie podnieść, że „Wykłady“ dedykował autor Uniwersytetowi Jagiellońskiemu z powodu 500-letniej rocznicy jego odnowienia.

Doc. Dr Jan Raczyński.

VI. Wyciągi.

Bernhard. **Przypadek krwi pienistej (Pneumathaemia) i narządów pienistych.** *(Deutsche med. Woch.* 1900, Nr. 5). 55-letni idyota zachorował nagle wśród 40·2°, biegunki, bezmoczu, duszności, drgawek. Śmierć po 40 godzinach. Sekcya wykazała krew pienistą, narządy wewnętrzne trzeszczące wskutek zawartości mnóstwa drobnych jamek, zawierających gazy bezwonne. Bakteryologicznie wykazano tzw. *bacillus aërogenes capsulatus*, znajdowany już przez wielu badaczy w podobnych przypadkach i będący niewątpliwie przyczyną niezwykłych zmian, znajdowanych po śmierci. Jak wykazały badania histologiczne B., przygotowuje prątek ten podstawę do „pienistości“ narządów już za życia, wytwarzając w nich ogniska obumarłej tkanki, w których miejscu, częściowo prawdopodobnie jeszcze za życia, — a zresztą po śmierci, — powstają potem (bez udziału gnicia) jamki, wypełnione gazem, przez prątki wytworzonym. Przypadek B. dowodzi, że *bacillus aërogenes capsulatus* może samoistnie wywołać ogólne zakażenie i śmierć; w danym przypadku szybki przebieg i nagła śmierć wśród znamiennych objawów wskazują, że przyczyną śmierci było istotnie spienienie krwi, powstałe za życia. (Podobny przypadek widzieliśmy w r. z. w krakowskim Zakładzie anatomii patol. *przyp. spr.*). *Ciechanowski.*

Marfan (Paryż): **O znaczeniu drobnoustrojów w chorobach żołądkowo-jelitowych u osesków.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Zeszyt 8, 9, 10, 11, 1899). W gruntownej pracy, obejmującej obecny stan nauki o drobnoustrojach, powodujących choroby żołądkowo-jelitowe u osesków, autor rozróżnia dwa rodzaje zakażenia, a mianowicie: postać pierwotną i następową. Pierwsza może być spowodowana przez łańcuszkowce, a szczególnie przez odmianę, którą opisał Escherich, oraz przez *bac. pyocyaneus*, a prócz tego mogą spowodować tę postać *proteus vulgaris* i *b. coli*. Ten rodzaj zakażenia może przyjąć charakter nagminny, a czynnik chorobotwórczy podług Eschericha i Lesagea zmienia się zależnie od pory roku i miejsca. Drugą postać powodują *b. coli*, *b. proteolyticus*, a może i *proteus vulgaris*. — Na podstawie badań swych dzieli M. choroby żołądkowe u osesków na 4 gromady: 1) Chor. żołądkowo-jelitowe dyspeptyczne, powstające u osesków, przeładowanych za częstem lub za obfitem podawaniem pokarmu lub też nieodpowiednimi pokarmami, które nie ulegają należytemu strawieniu, a w następstwie tego wytwarzają się istoty drażniące lub toksyczne, które powodują następowe zatrucie dyspeptyczne, skutkiem czego powstają zaburzenia siły wydzielniczej i w ruchu robaczkowym. Następstwem tego drobnoustroje w przewodzie pokarmowym odzyskują siłę zabójczą i stają się silnym czynnikiem zakaźnym 2) Chor. żołądkowo-jelitowe zakaźne: drobnoustroje chorobotwórcze mogą się dostać do przewodu pokarmowego przez usta i żołądek, gdzie wydzielają jady i powodują zaburzenia w trawieniu i dyspepsyą. Następstwem tego występują zaburzenia w wydzielaniu i ruchu robaczkowym. 3) Chor. żołądkowo-jelitowe toksyczne, powstałe pod wpływem przetworów trujących (kalomel, fosfor itp.), istot szkodliwych, dostających się do mleka matek lub krów. Mogą one przedewszystkiem działać na ściany przewodu pokarmowego i spowodować zaburzenia w wydzielaniu i ruchu robaczkowym, a tem samem zaburzenie w trawieniu. 4) Choroby żołądkowo-jelitowe następowe, powstałe w następstwie różyczki, zapalenia płuc, ropienia w skórze itp. Sposób powstawania schorzeń w tej gromadzie nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. *Jan Landau.*

Scholz. **W sprawie przyczyny śmierci z oparzenia.** *(Münch. med. Woch.* 1900 Nr. 5).

Zapomocą doświadczeń na królikach, którym parzono dla porównania bądź pewną część skóry, bądź pewną część otrzewnej, jakoteż zapomocą parzenia królikom uszu, pozbawionych poprzednio krwi, dochodzi S. do wniosku, że w śmierci z oparzenia nie mają żadnego znaczenia chemiczne zmiany w skórze, lecz że odgrywa tu rolę samo tylko działanie gorąca na krew. Oparzenie części skóry nie jest dla ustroju tak szkodliwe, jak oparzenie równie wielkiej części otrzewnej oparzenie uszu, niezawierających krwi, znoszą króliki bez szkody, nawet jeśli po oparzeniu krążenie krwi w uszach znowu powróciło; natomiast giną po oparzeniu uszu, jeśli krwi z nich nie usunięto i krążenia nie przerwano. Stąd wynika, że w oparzeniu nie można uważać skóry za źródło substancyj, zatruwających ustrój, ani też znanych powszechnie zmian we krwi oparzonych (zakrzepy w naczyniach włosowatych i t. d.), za skutek działania substancyi trujących, wessanych z oparzonej skóry; natomiast przyczyną śmierci z oparzenia jest połączony wpływ wytworzonych przez gorąco fizycznych i chemicznych produktów rozpadu samejże krwi. *Ciechanowski.*

Prof. Dr. N. Kalenderu (Bukareszt): **Leczenie tętniaków tętnicy głównej podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 4. 1900). Po krótkim wstępie, poświęconym etyologii i patogenezie tętniaków, omawia autor dotychczasowe sposoby leczenia tego cierpienia (galwanopunktura, akupunktura, wcierania szaruchy, jodek potasowy itp.), przychodząc wreszcie do wniosku, że wszystkie te zabiegi nie mogą się poszczycić wynikami zbyt świetnymi. W ostatnich czasach podali Lancereaux i Paulesco nową metodę leczenia tętniaków, zasadzającą się na podskórnych wstrzykiwaniach rozczynu żelatyny, która, wprowadzona do krwi, podnosi, jak wiadomo, jej krzepliwość. Już w samym worku tętniakowym są dane warunki do szybszego krzepnięcia krwi (szorstkość wewnętrznej powierzchni ściany naczyń, zwolniony prąd krwi), do czego jeszcze dołącza się poprzednio wymieniona własność żelatyny, co wszystko razem wzięte, powoduje z czasem znaczne zmniejszenie się tętniaka, ustąpienie towarzyszących objawów, wogóle wyleczenie cierpienia, oczywiście tylko w pojęciu klinicznem. Tę metodę zastosował autor u chorego kiłowatego, 45 lat liczącego, u którego tętniak, rozpoznany klinicznie, został także stwierdzony radioskopijnie. Ponieważ leczenie przeciwkiłowe pozostało bez skutku, dlatego przeszedł K. do podskórnych wstrzykiwań 1% rozczynu żelatyny, w ilości 100 cm³ jednorazowo, powtarzając tę dawkę raz na tydzień. Po 5-tem wstrzyknięciu wszystkie objawy tętniaka zarówno jak i towarzyszące przypadłości uciskowe znikły bez śladu tak, że chory, który już był stracił wszelką nadzieję wyleczenia, uważa się za zupełnie zdrowego. Dodać w końcu należy, że sam zabieg nie jest wcale trudny. Do wstrzykiwań używa się albo zwykłej strzykawki, albo też przyrządu służącego do wstrzykiwań rozczynu soli kuchennej, przyczem się bierze $1_{,0}$ żelatyny na $110_{,00}$ fizyologicznego roztworu NaCl, ogrzanego do 38° C; wstrzykując w okolicę pośladkową jednorazowo 100—200 ctm³ i powtarzając to raz na tydzień. Boleśność, jaka czasami w miejscu wstrzyknięcia występuje, usuwa się ciepłymi okładami, wzniesienie się przy tem ciepłoty ciała nie ma znaczenia.

Dr. Henryk Pisek.

Edm. Hoke (Z kliniki lekar. prof. R. Jakscha): **O wykazaniu cukru gronowego w moczu zapomocą błękitu metylowego.** (*Prager med. Wochenschrift*, XXIII. Nr. 35). Wynalazcami sposobu wykrywania cukru gronowego zapomocą błękitu metylowego byli Fröhlich, Bremer, Le Goff, Baduell i Castellari. Sposób ten polega na własności, że cukier gronowy redukuje błękit metylowy w rozczynie alkalicznym na bieleń metylowy. Autor poddał próbie 80 różnych moczów, pochodzących nietylko od chorych na cukrzycę, ale także od cierpiących na choroby zakaźne nerwowe, raka, zatrucie fosforem i t. d. — i spostrzegł, że redukcya błękitu metyl. występowała dość szybko w moczach, zawierających większe ilości indykanu, urobiliny, hematoporfiryny, najprędzej zaś w moczach, zawierających cukier gronowy. Barwik żółci nie wpływa widocznie na redukcyę. Celem więc usunięcia istot, które, podobnie jak cukier gronowy, działają redukująco na błękit metylowy, mięszał Hoke, w myśl wskazówek Fröhlicha, 10 ctm³ moczu z 5 ctm³ zgęszczonego rozczynu octanu ołowiowego oboj. z dodaniem 5 ctm³ takiegoż rozczynu octanu ołowiowego zasadowego i przepuszczał mięszaninę przez sączek aż do otrzymania płynu wodojasnego. W ten sposób otrzymany płyn po dolaniu równej ilości odczynnika ogrzewał w probówce. W razie obecności cukru silnie błękitna ciecz wyjaśniała się po dłuższem ogrzewaniu zupełnie. Próba jest dosyć czułą — bo wykazuje jeszcze 1°/₀₀ cukru gronowego; jednakowoż nie można jej oddawać pierwszeństwa przed innemi, znanemi powszechnie próbami na cukier gronowy.

Dr. Zygmunt Wąsowicz.

Dr. Bhalchandra Krishna (Bombaj): **Szczepienia ochronne przeciwdżumowe Haffkina i ich następstwa** (Gazeta „Kesari", podług listu z Indyj Dra Kaszkadamowa. *Bolnicznaja Gazeta Botkina* Nr. 52, 1899). Wobec rozpowszechniających się w Indyach wieści o bezskuteczności, a nawet szkodliwości ochronnych szczepień przeciwdżumowych, na wezwanie gazety „Kesari" zebrał autor szczegółowe dane w tym kierunku i zestawił je w obszernej pracy, z której dają się wyciągnąć następujące wnioski: 1⁰ Przyznać należy, iż niekiedy po szczepieniach ochronnych szczepionką Haffkina dają się spostrzegać pewne zaburzenia, jako to: osłabienie, lekka gorączka, utrata łaknienia, bóle głowy, rwa w kończynach, ropnie w miejscu wstrzykiwań itp.; prócz tego niektórzy lekarze spostrzegali u chorych na gruźlicę, gościec, zapalenia nerek itp. po zaszczepieniu pogorszenie się poprzednio już istniejącego stanu chorobowego; wogóle jednak ilość tych zaburzeń, wobec ogólnej ilości szczepień ochronnych, jest znikomo mała i zaburzenia te są zazwyczaj rychło przemijające [na 86,000 zebranych przez autora przypadków szczepień ochronnych spostrzegano nieco cięższe powikłania — (rwę, ropnie w miejscu wstrzykiwań, tężec) — zaledwo w czterdziestu kilku przypadkach, t. j. około 0·05%]; zresztą nie można tutaj stósować zasady: „*post hoc, ergo propter hoc*", albowiem przeważną ilość powikłań po zaszczepieniu przypisać należy niedostatecznej czystości, niezwracaniu uwagi na ogólny stan, wiek i płeć szczepionych, wreszcie niezachowaniu przepisów szczepienia. W zwykłych warunkach szczepienia ochronne mogą co najwyżej spowodować nieznaczne podniesienie ciepłoty, oraz w miejscu zaszczepienia obrzęk i lekkie zapalenie, z czego zmiany miejscowe odnieść należy do zadrażnienia pod wpływem znajdujących się w szczepionce Haffkina martwych prątków dżumowych, a podniesienie ciepłoty do działania części płynnej szczepionki; objawy te zresztą, o ile nawet występują, to trwają najwyżej 2—6 dni. 2⁰ Szczepienia ochronne przeciwdżumowe nie zabezpieczają bezwarunkowo zaszczepionego; w każdym jednak razie, jeśli nie całkowicie, to w bardzo znacznym stopniu zmniejszają możliwość zakażenia się, a nawet w razie zakażenia przebieg choroby jest łagodniejszy: na 119,911 osób zaszczepionych zachorowało 1008 (0,8%), zmarło zaś 650 (0,5%); w tychże miejscowościach nie zaszczepiło się 175,486 osób i z pośród nich zachorowało 9492 (5,4%), zmarło zas 9016 osób (5.2%); sądząc z tych liczb, szczepienie ochronne zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia się dżumą 7 razy, śmiertelność zaś nawet 10 razy. 3⁰ Szczepionka Haffkina posiada podwójne działanie: znajdujące się w niej martwe prątki dżumowe posiadają własności bakteryobójcze i chronią ustrój od zakażenia dżumą; jeśli mimo to zakażenie nastąpi, wtedy poczyna działać część płynna szczepionki, dodając ustrojowi sił do walki z chorobą; innymi słowy: martwe prątki dżumowe w szczepionce odgrywają rolę środka ochronnego, części zaś płynne, środka leczniczego. 4⁰ Doświadczenie wielu lekarzy, zajętych walką z dżumą, wykazuje, iż dwukrotne zaszczepienie szczepionką Haffkina (z przerwą dwutygodniową pomiędzy pierwszem a drugiem szczepieniem) dostatecznie uodparnia ustrój i uodpornienie to trwa przynajmniej 6 miesięcy, choć ścisłe określenie czasu trwania uodpornienia jest wogóle niemożliwe. 5⁰ Szczepienia ochronne dają najlepsze wyniki, jeśli były wykonane przed wybuchem epidemii, jakkolwiek należy je stósować i podczas samej epidemii: już zakażonym one nie szkodzą, a raczej mogą dopomódz do zwalczenia choroby, niezakażeni zaś do tego czasu stają się odpornymi przeciw zakażeniu. 6⁰ Nawet wielokrotne szczepienia (autor przytacza kilka przykładów, przeważnie z pośród lekarzy, którzy poddawali się szczepieniu nawet po 12 razy) żadnej szkody ustrojowi nie przynoszą. 7⁰ Szczepionka Haffkina, odpowiednio stosowana, jest środkiem najdogodniejszym, najpewniejszym i najskuteczniejszym do zwalczania dżumy, jak dotychczas przynajmniej nie dającym się zastąpić żadnym innym.

Dr. Gliński.

Dr. Rudolf Ssuer: **O pęknięciach spojenia łonowego.** (*Wien. klin. Woch.* Nr. 51 r. 1899). W klinice wiedeńskiej w roku 1898 do końca roku ubiegłego, na 64,419 powodów wydarzyły się trzy pęknięcia spojenia łonowego, dwa pierwsze przy kleszczach, pierwszy przy miednicy ogólnie ścieśnionej, drugi przy miednicy koksalgicznej; trzeci wreszcie wydarzył się wśród wydobywania główki wymóżdżonej przy miednicy krzywiczej płaskiej. Ponieważ w żadnym z opisanych przypadków nie używano do przeprowadzenia główki przez przewód kostny zbyt wielkiej siły, a w ostatnim przypadku nawet wcale nawet nie próbowano kleszczy, przeto autor przypuszcza, że pęknięcie spojenia wydarzają się tylko u kobiet do tego usposobionych. Skłonność taką daje miednica ogólnie ścieśniona, osteomalatyczne i lejkowata. Autor przypuszcza, że przy wydobywaniu płodu nie rzadko przydarzają się pęknięcia pojedyńczych więzów starszych, tylko nie zawsze są te przedarcia tak znaczne, by spowodowały rozstąpienie się kości.

Przy pęknięciach spojenia nie zawsze pękają stawy krzyżowo-biodrowe, jak tego dowodzą przypadki autora. Leczenie należy w przypadkach pęknięć niepowikłanych ranami części miękkich ograniczyć się do leczenia opaskami ustalającemi, a nie potrzeba uciekać się do szwu kostnego, jak radzi Dührssen, gdyż zeszycie nie musi dać dobrego wyniku i jest zabiegiem poważnym.

St. D.

Model. **Nadzwyczaj ciężkie zatrucie źle odżywionego dziecka 10-tygodniowego makowcem. Dziesięciogodzinna faradyzacya** *n. phrenicus*. **Wyleczenie.** (*Münch. med. Woch.* 1900, Nr. 5). Treść przypadku w tytule. Dodać należy, że dziecko było nadzwyczaj wyniszczone wskutek nieżytu jelit. Nieostrożność piastunki wywołała otrucie makowcem, przepisanym w maleńkich dawkach z powodu niepowstrzymanych biegunek. M. zastał dziecko bez oddechu, bez tętna, bez odruchów, zimne. Z początku sztuczne oddechanie, drażnienie skóry etc. —; faradyzacyę zastósowano dopiero po ½ godz. i utrzymywano 10 godzin. Dziecko ocalało; zginęło potem na błonicę, mając lat 7. M. ostrzega najusilniej przed podawaniem opiatów u dzieci.

C.

M. Fuchs: **Przyczynek do wyjaśnienia sprawy powstawania, znachodzenia się i znaczenia komórek eozynochłonnych, ze szczególnem uwzględnieniem plwociny.** (Z klin. lek. Prof Jakscha w Pradze. *Deutsches Archiv für klinische Medizin*. Tom 63, 1899). Sprawa powstawania ciałek eozynochłonnych i miejsca takowego nie jest dotychczas dostatecznie rozjaśnioną. Teorye Ehrlicha, Stutza, Schultzego, Menssera, Stan. Kleina i innych, jakkolwiek trudno im odmawiać do pewnych granic słuszności, to jednak nie są i nie mogą być ostatecznym wynikiem badań, podjętych w tym kierunku. Logicznem następstwem tego jest, że i rola, jaką ciałka eozynowe według różnych badaczy w ustroju odgrywają, nie może być ściślej określoną, a przypisywanie im nadto jakichś cech rozpoznawczych i prognostycznych we wszystkich chorobach jest co najmniej nieusprawiedliwione. F. w swej rozprawie, nawiasem mówiąc odznaczającej się pracowicie i wyczerpująco zestawioną literaturą, przedstawia wyniki swych badań nad powstawaniem, znachodzeniem się i znaczeniem komórek eozynochłonnych w narządzie oddechowym. W tym celu plwocinę, pochodzącą od cierpiących na wszelkie możliwe choroby płucne, poddawał ścisłemu badaniu i na podstawie tego dochodzi do ostatecznych wniosków, które jednak, jak i badania jego poprzedników, opierają się na prawdopodobieństwach. Wnioski te dadzą się streścić w sposób następujący: Komórki eozynochłonne nie mają jednego tylko sposobu powstawania; mogą one brać swój początek tak z ciałek neutrofilnych, jak niemniej z ulegających zmianie ciałek krwi czerwonych (przez pewien rodzaj fagocytozy). Znachodzą się wszędzie, powstają więc we wszystkich tkankach i narządach. Według doświadczenia autora nie powinno im się przypisywać szczególniejszego znaczenia rozpoznawczego i prognostycznego. Przy podniesionej ciepłocie ustroju liczba ich się zmniejsza. Ciałka eozynowe, znajdowane w plwocinie, powstają prawdopodobnie w narządzie oddechowym i znachodzą się w ilości różnej przy wszystkich chorobach takowego, przebiegających bez podniesienia ciepłoty. Tworzą one wreszcie pewien rodzaj policyi zdrowotnej, czuwającej nad tem, aby wrogie dla ustroju drobnoustroje doń nie wtargnęły.

Dr. Zygmunt Wąsowicz.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 7 lutego 1900 r.

Przewodniczący kol. Prof. Jordan.

Kol. Sekretarz odczytuje protokół z dnia 31 stycznia b. r.

W dyskusyi nad protokołem zabiera głos kol. Herman Hirsch i podnosi, że wniosek kol. prof. Ciechanowskiego, odsyłający sprawę jego wniosków do komitetu Tow. lek., rozumiał inaczej, niż podano w protokóle.

W protokóle pomieszczono słowa »odsyła je do ostatecznego załatwienia Komitetowi«, podczas gdy on i koledzy, obecni na ówczesnem posiedzeniu, rozumieli, że komitet wystąpi z przerobionymi wnioskami raz jeszcze na posiedzeniu Tow. lek. i dopiero po przyjęciu wniosków przez pełne Tow. lek., prześle je komitet do miejscowych dzienników.

Stąd też niespodzianką dla niego był komunikat komitetu Tow. lek., jaki się pojawił w dzisiejszych pismach codziennych.

W odpowiedzi zabierają głos kol. sekretarz i kol. Przewodniczący.

Pierwszy zaznacza, że wniosku kol. prof Ciechanowskiego inaczej rozumieć nie mógł, wobec dwukrotnego objaśnienia, jakie dał kol. Przewodniczący w sprawie wniosków kol prof. Ciechanowskiego i kol. Schönguta przed poddaniem ich pod głosowanie: »wniosek kol. prof. Ciechanowskiego jest najdalej idącym, bo sprawę kończy, podczas gdy wniosek kol. Schönguta sprawę wniosków tylko do następnego posiedzenia odracza«. Jeżeli zatem wniosek kol. prof. Ciechanowskiego miał sprawę zakończyć, to odesłanie wniosków do komitetu Tow. mogło mieć za cel jedynie ostateczne ich załatwienie. — Wobec tego wniosku tego inaczej rozumieć nie mógł i musiał go też w podanem brzmieniu w protokóle umieścić.

Kol. Przewodniczący podnosi w odpowiedzi co następuje: Koledze wnioskodawcy rozchodziło się o rzecz samą, a nie o formę. Wnioski podane przez niego miały dać zadośćuczynienie kol. prof. Bujwidowi. — Tow. lek. na wniosek kol. prof. Ciechanowskiego wnioski kol. Hirscha w zasadzie przyjęło i odesłało je jedynie celem zmiany formy do komitetu Tow. lek. Komitet dostawszy określony mandat, musiał go wypełnić bez względu na to, czy on mu był miły, czy nie; i wypełnił go sumiennie. Każdy bezstronny, kto zna wnioski kol. Hirscha i czytał wnioski komitetu w dzisiejszych dziennikach, przyznać musi, że zasada pozostała niezmienioną w niczem, że zmieniono tylko formę i wprowadzono ton miększy.

Że komitet wniosków przed ich ogłoszeniem nie przedstawił pełnemu Tow. l ek., to rzecz jasna, bo 1) sam wnioskodawca dyskusyi nad wnioskami nie żądał. i 2) wniosek kol. prof. Ciechanowskiego złożył sprawę wniosków kol. prof. Nowaka i kol. Hirscha w ręce komitetu z poleceniem ostatecznego ich załatwienia. — Po tych wyjaśnieniach zamknął kol. Przewodniczący dyskusyę, protokół przyjęto bez poprawki.

Do komisyi, mającej się zająć uczczeniem pamięci śp. kol. N. Kostaneckiego przedstawia komitet kolegów: prof. Bujwida, prof. Zarewicza, Hirscha, Drobę, Glińskiego.

Do komisyi, mającej się zająć wypracowaniem memoryału w myśl wniosku kol. prof. Nowaka, przedstawia komitet kolegów: Prof Browicza, prof. Bujwida, prof. Nowaka i prof. Ciechanowskiego. Obie listy przyjęto.

Kol. Murdzieński podnosi sprawę koleżeńską, prosi przeto kol. Przewodniczącego o zainaugurowanie posiedzenia poufnego. — Rozpoczęto żywą dyskusyę poufną, zakończoną wnioskiem kol. prof. Trzebyckyego, który ma być umieszczony w *„Przeglądzie lekarskim"*, a opiewającym: »Tow. lek. uchwala, by sprawy, dotyczące agendy lekarzy, członków Tow. lek., tylko w Tow. lek., albo w gronie lekarzy, a nie na szpaltach dziennikarskich były załatwiane«.

Wniosek jednogłośnie przyjęto.

Na członków Tow. lek. przyjęto jednogłośnie (49 głos. na 49 głosujących) kolegów: Doboszyńskiego, Dobrowolskiego, Miszewskiego, i Wernikowskiego.

Na tem zakończono część administracyjną posiedzenia i przystąpiono do części naukowej, poczem nastąpił zapowiedziany odczyt kol. prof. Browicza:

Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do naczyń krwionośnych włoskowatych.

Na podstawie mikroskopowych obrazów wątrób chorobowo zmienionych, a mianowicie wątrób o zastoju żółci śród - i międzykomórkowym, których preparaty mikroskopowe barwione były metodą van Giesona, w których tkanka łączna, ściany naczyń krwionośnych włoskowatych i tak zwane granice komórek wątrobnych barwią się fuksyną, cytoplazma kwasem pikrynowym, a jądra hematoksyliną, do czego przyłącza się, jako czwarta, naturalna barwa żółci wśród komórek, jakoteż między komórkami nagromadzonej doszedł prelegent do następujących rezultatów:

1) iż przewody żółciowe międzykomórkowe, zgodnie z dawniejszemi zapatrywaniami przez wielu badaczy mniej lub więcej stanowczo wypowiadanemi, posiadają własne ścianki. W ściankach tych nie dostrzegł prelegent dotąd struktury, jakkolwiek uważa to za możebne i prawdopodobne, iż ścianki te złożone są z komórek.

2) iż przewody żółciowe międzykomórkowe, otaczające nakształt obręczy bryłkę komórkową w jednym południku, dochodzą tuż do naczyń włoskowatych krwionośnych, a nawet częściami biegną wzdłuż naczyń krwionośnych.

3) iż odróżniać należy cztery kategorye przewodów żółciowych śródzrazikowych; a) śródkomórkowe, z których żółć dostaje się do b) międzykomórkowych, stamtąd do c) śródbeleczkowych, oddzielonych od naczyń krwionośnych włoskowatych szeregiem komórek wątrobnych, a wreszcie dostaje się żółć z przewodów śródbeleczkowych do przewodów wyścielonych nabłonkiem.

4) iż tak zwane przestwory limfatyczne okołonaczyniowe, w których niejako zanurzone ma być naczynie krwionośne włoskowate, jako takie istnieć nie mogą, tem bardziej, iż istnieją wskazówki, iż resztę obwodu poza obrębem w pewnym stałym kierunku wzdłuż naczyń krwionośnych włoskowatych biegnących przewodów żółciowych przylega ściana naczynia krwionośnego ściśle do brzegu komórek wątrobnych, o czem prelegent później wiadomość podać zamierza.

5) iż wskutek powyżej podanego stosunku przewodów żółciowych międzykomórkowych do naczyń krwionośnych włoskowatych w razie zastoju żółci międzykomórkowego, przepełnienia przewodów żółciowych międzykomórkowych, łatwo przychodzi do przerwania cieniutkich ścianek przewodów żółciowych międzykomórkowych i naczyń krwionośnych włoskowatych i wylania się żółci do naczyń krwionośnych, o czem świadczą obrazy mikroskopowe, wykazujące obecność żółci w naczyniach krwionośnych i ślady wlewania się tejże z przewodów międzykomórkowych. Dostawanie się żółci wśród wątroby w obieg ogólny dzieje się więc także drogą naczyń krwionośnych. Takieżsame obrazy spotyka się u psa, u którego w następstwie wstrzykiwania pod skórę toluilendiaminu powstała żółtaczka.

(Praca ogłoszona w rozprawach Akademii umiejętności w Krakowie).

Dr Stanisław Droba, sekretarz.

VIII. Korespondencye.

Warszawa, luty 1900 r.

Każdy początek jest trudny, powtarzać sobie muszę, ilekroć zasiadam do pisania listu z Warszawy. — A trudność w danym razie bynajmniej nie polega na wyszukaniu stosownego tematu, gdyż jest ich wiele pod ręką, a raczej od wyboru. Bo proszę sięgnąć tylko do wypadków ostatnich tygodni, a znajdziesz tyle spraw o etykę potrącających, że pisać byś mógł bez końca o tem, co wyniknąć może, gdy się sprawdza paradoksalne na pozór, „kochają się, jak ginekologowie". Wolę jednak nie poruszać spraw, które toczą się w granicach osobistych nieporozumień i tylko od czasu do czasu, jak język płomienisty w czasie pożaru jednego domostwa, napawać mogą obawą pożogi wszystkich mieszkańców pożarem objętej dzielnicy. — Nieporozumienia pomiędzy ludźmi istniały, istnieją i istnieć będą i jeżeli o co w przyszłości dbać należy, to chyba o to, by ludzie, zająwszy swój umysł poważniejszą pracą, mniej mieli ochoty i czasu do zajmowania się drobnostkami codziennego życia. Poważniejszych tematów nam nie brak, bo weźmy naprzykład sprawy, które mają być omawiane w Sekcyi prasowej naszego Zjazdu. Z pomiędzy tematów nie znajduję wprawdzie ani jednego nowego, t. j. takiego, o którymby się już nie mówiło lub nie pisało, tem niemniej za zasługę komitetowi urządzającemu ów Zjazd poczytać muszę, że z taką skwapliwością myśl Dra Święcickiego w dalszym ciągu poprowadzić zamierza. Być może że się mylę, tem niemniej głośno wyznać muszę, że brak kierunku w lekarskiej prasie polskiej (mówię specyalnie o prasie w Królestwie) sprowadził, a raczej podtrzymuje, jałowość, jaka widnieje w myślach i czynach naszych. Gdyby debaty nad potrzebami reform na tem polu pozostały na razie w sferze tylko teoretycznych postulatów, w co nie chce mi się wierzyć, to i wtedy szerokie omówienie braków i podanie środków zapobieżenia im musi wydać w przyszłości dodatnie wyniki. Obrady nad piśmiennictwem polskiem muszą być nacechowane śmiałością poglądów, muszą obejmować rdzeń złego, które się panoszy, muszą tego lub innego autora dotknąć w jego dumie pisarskiej, tem niemniej nosić winny piętno dobroci i szczerości, od tego bowiem zależeć będzie praktyczny wynik obrad. — Osobiście, przypisując wielkie znaczenie przyszłym obradom, starałem się wyrozumieć wielu z tych, którzy głos pierwszy w Sekcyi prasowej zabrać zamierzają i lubo nie wszyscy mogli się już skrystalizować w swych wywodach, tem niemniej wrażenie, jakie z rozmów tych wyniosłem, było dla mnie bardzo przyjemne. — W rozmowach, które w kółku przyjaciół prowadzić mi się zdarzało, najwięcej sprzecznych zdań usłyszałem, gdy mowa była o ostatnim punkcie programem objętych zagadnień. Nikt z moich towarzyszów nie wątpi, że reformy w polskich czasopismach lekarskich są potrzebne, jakość jednak tych reform poddawana była ostrej krytyce; gdy jedni bowiem w dobitnych słowach dowodzili, że przedewszystkiem należy zmniejszyć liczbę wydawnictw, gdyż brak nam sił pisarskich i środków na utrzymanie, to dla innych ten czynnik był mniej znaczącym. Wielu z kolegów jest zdania, że nadmierna liczba pism lekarskich nie jest zjawiskiem ujemnem, że złe polega na grupowaniu się przyjaciół danego wydawnictwa, że raczej należy pomyśleć o wyszukaniu środka, który zapobiegałby antagonizmom, wytwarzającym się w koteryach kółek wydawniczych, samej zaś liczby wydawnictw zmniejszać nie należy, a prędzej dążyć winniśmy do pomnożenia ich. — Inni wreszcie, pokaźni liczbą, godząc zwolenników pierwszego i drugiego kierunku, sądzą, że nie tyle zmniejszenie liczby wydawnictw oddziałać może dodatnio, ile nadanie każdemu odrębnej cechy. Zdaniem tych kolegów zlanie się niektórych pism w jedną całość oddziałałoby dobrze na sposób redagowania pisma, skupiłoby siły koło jednego ogniska, co nie pozostałoby bez wpływu na kierunek i znaczenie samego organu. I wydawnicza część pism polskich w poufnych gawędach doczekała się krytyki, z której ośmielam się tylko powtórzyć myśl jednego kolegi, utrzymującego, że wszystkie wydawnictwa polskie bez względu na miejsce, gdzie się drukują, powinny być wydawane na koszt ogółu lekarzy polskich. Notując tę myśl owego kolegi (za co niech się na mnie nie gniewa), z obowiązku sprawozdawcy podkreślić winienem znaczenie jej przeprowadzenia;z drugiej jednak strony wiem dobrze, że przeprowadzenie to do skutku nie dojdzie, gdyż na razie jest trudne, wygląda na utopię i nie dostraja się do tonu, który wydaje nasze społeczeństwo, rozdzielone granicami, podzielone na kółka i kółeczka. Gdybyśmy mniej podobni byli do ptaków, co to o gnieździe wspólnem dotąd pamiętają, dopóki nie nadejdzie chwila całkowitego opierzenia i uskrzydlenia, myśl owego kolegi prędzejby się urzeczywistnić dała. A tak musimy jeszcze poczekać.

Niemniej żywo omawianą była przez nas sprawa „organizacyi sprawozdań dla prasy lekarskiej zagranicznej": gdy bowiem jedni byli zdeklarowanymi przeciwnikami podobnej organizacyi, inni za nią gorąco przemawiali. Pierwsi, podzieliwszy się na dwie frakcye, utrzymywali, że staranie o referaty z prac polskich do pism zagranicznych nie do nas należy, gdyż nie my powinniśmy dbać o to, by niemiec lub francuz poznał dobytek naukowy polski. Drudzy zaś twierdzili, że nie warto tworzyć organizacyi, chociażby dla tej przyczyny, że medycyna polska w swej oryginalnej części, składa się zazwyczaj z przyczynków do takiej lub innej kwestyi, prac zaś o oryginalnej i bogatej szacie jej brak. „Przyczynki owe", mówił jeden kolega, „przyczyniają się chyba do zagmatwania a nie do oświetlenia podjętych zagadnień; czyż więc zależeć nam winno na szerzeniu naszego obskurantyzmu?" „Stwórz dzieło wiekopomne, twierdził ów pesymista, a ręczyć ci mogę, że z najdalszych krańców Europy kulturalnej, z Tokio, z Portoryko i t. p. miejsc, zlecą się, jak kruki, ludzie wiedzy, by z ust polskich usłyszeć mogli mądre słowo".

Niektórzy z przeciwnej obu tym frakcyom partyi, jakby w odpowiedzi na powyższe twierdzenia, dowodzili, że medycyna polska w porównaniu z rozwojem tej nauki u innych ludów, ani nie jest tak biedną, jak to utrzymują niektórzy, ani nie jest tak mało oryginalną, jak dowodzą pesymiści, aby się miała wstydzić występu na arenę wiedzy wszechludzkiej. Na potwierdzenie zaś powyższych słów przytaczali cały szereg polskich autorów, których prace chętnie są drukowane w czasopismach zagranicznych. Zda-

niem tych kolegów, przy obecnych warunkach naszych drukowanie prac przez polskich autorów w pismach francuskich lub niemieckich jest zjawiskiem złem, ale koniecznem. Złem jest dlatego, że przy obecnej walce narodowościowej, przy całym szowiniźmie, z jakim ludy najkulturalniejsze nawet występują w obronie praw ojczystej mowy, sprawa rodzinnego słowa lekceważoną być nie powinna. Koniecznem złem jest dlatego, że Polak, który pragnie dowieść, że on, jako członek swego narodu, w postępie wiedzy wszechludzkiej żywy przyjmuje udział, musi myśl swoją w obcej mowie drukować, bo inaczej zrozumianym nie będzie. „Rozumiemy“, prawią zwolennicy tego oświetlenia potrzeb organizacyi sprawozdań, „że nauka jest dobytkiem kosmopolitycznym, że nie powinno się do niej przyczepiać zagadnień narodowościowych, że mąż nauki śmiać się ma prawo, gdy mu czynią zarzut, że myśl oryginalną w obcej mowie wyraził, tem niemniej pragniemy, by dotąd, dopóki waśnie narodowościowe nie ustaną, dopóki anglik, francuz, włoch, niemiec i słowianie nie zgodzą się, że naukowym językiem będzie jeden język, dopóki wszyscy oni twierdzą, że ten tylko naród ma prawo do nazwy kulturalnego szczepu, który w swej ojczystej mowie najwięcej się przyczynił do postępu wiedzy, dotąd szczególniejsza dbałość o rodzinne słowo na sercu leżeć nam powinna. Przy tej dbałości jednak, w myśl wiekowej tradycyi, zapominać nie powinniśmy, że należymy do tych szeregów, które w postępie wszech-ludzkiej wiedzy niepoślednie miejsce zajmowały, zapominać niepowinniśmy, że w obecnych tembardziej warunkach nie wolno nam dobrowolnie skazywać na wykreślenie imienia polskiego ze skorowidzu tych narodów, którym bodaj nawet przyczynkami, postęp kosmopolitycznej nauki na sercu leży“.

Nie wiem jak do czyjego, do mojego jednak przekonania trafia powyższe rozumowanie, gdyż nie wierzę, by się sprawdziło kiedykolwiek przysłowie „nie chciała góra do Mahometa, przyszedł Mahomet do góry“, gdyż dla mnie wszelki szowinizm w ogóle, w sprawach zaś ogólnej natury, poszczególe, jest obcy. Mnie się wydaje, że uszczerbku imieniowi polskiemu nie przyniesiemy, gdy się postaramy o to, by myśli, które się rodzą w polskich głowach, które znalazły swe ujście w polskich pismach lekarskich lub na posiedzeniach polskich Towarzystw naukowych, w obcej mowie zreferowane były.

A zresztą o cóż idzie? Czyż myśl sama jest nowa? przeciwnie: dziś istnieje cały szereg sprawozdawców, którzy, czy to na zaproszenie redakcyj pism obcych, czy wreszcie z własnej woli, przygotowują sprawozdania.

Sądzę, że proponowana przez Komitet organizacya sprawozdań dla prasy lekarskiej zagranicznej ma na celu stworzenie organizacyi, która, wykluczywszy wszelką dowolność, skierowałaby całą pracę na drogę sprawiedliwego poczucia obowiązku.

Może się mylę, może sprawozdawcy sekcyjni w innem oświetleniu przedstawią nam na Zjeździe podniesione przezemnie zagadnienia; niech mi oni jednak wybaczą śmiałość, którą ujawniłem, poruszając sprawy, na których zapewne lepiej się oni znają, choćby dla tego, że zgłębić istotę zagadnień musieli wszechstronniej, niż to uczynił przygodny korespondent. *Beta.*

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROGRAM

wystawy przyrodniczo-lekarskiej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie r. 1900.

I. *Literatura przyrodnicza, lekarska i techniczna* z czasu od roku 1891 do 1900 włącznie, a więc: 1) Pisma peryodyczne przyrodnicze i lekarskie, technologiczne i techniczne. Wydawnictwa książkowe peryodyczne. 2) Dzieła i rozprawy przyrodnicze, lekarskie i techniczne. 3) Diagramy, kartogramy, mapy i wszelkie wykazy statystyczne z zakresu demografii, fizyografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej, zdrojowej, zakładów ubezpieczenia robotników od wypadków, Kas chorych i t. p. 4) Plany i opisy szkół, kuchni, łazienek, rzeźni, szpitali, zakładów dobroczynnych, higienicznych wogóle, a w szczególności urządzeń w fabrykach i pracowniach rękodzielniczych. 5) Drzeworyty, litografie, sztychy, fotografie i inne sposoby odwzorowywania przedmiotów, mających związek z naukami przyrodniczemi, lekarskiemi i technicznemi, wykonane dla celów naukowych, dydaktycznych i dla popularyzowania wiedzy.

II. *Okazy z zakresu nauk przyrodniczych*, jakoto: 1) Okazy flory, fauny i skamielin. 2) Górnictwo i hutnictwo. 3) Rolnictwo i ogrodnictwo. 4) Preparaty anatomiczne i anatomo-patologiczne, tudzież zbiory preparatów mikroskopowych. 5) Okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne. 6) Okazy i modele z zakresu techniki naukowej wszelkich gałęzi umiejętności przyrodniczych i lekarskich, higieny i technologii.

III. *Przetwory chemiczne i wyroby chemiczno-technologiczne*, a więc: 1) Produkty chemiczne krajowe surowe i przerobione, służące do lecznictwa, celów higienicznych i rolnictwa. 2) Wyroby farmaceutyczne fabryczne i przemysł aptekarski. 3) Wody mineralne naturalne polskie, przetwory w zdrojowiskach polskich otrzymywane. 4) Wody mineralne naśladowane i sztuczne lekarskie.

IV. *Przemysł techniczny*: 1) chemiczny, 2) mechaniczny, 3) budowlany.

V. *Higiena.* 1) Produkty spożywcze i dyetetyczne, a więc: mięso, drób, ryby, sposoby karmienia i hodowania. Konserwy, marynaty. Gotowe potrawy i sposób ich przygotowania. Jarzyny i owoce. Wszelkie wyroby i przetwory gospodarstwa mlecznego, oraz przyrządy wzorowe do prowadzenia takiego gospodarstwa potrzebne. Kefir, kumys. Mleko wielokrotne i mleko lekami zaprawione. Pieczywo zwykłe i specyalne dla chorych. Miody zwykłe i miody lecznicze, oraz to wszystko, co ma związek z hodowaniem pszczół, otrzymywaniem miodu surowego, oraz przerabianiem jego. Wina owocowe i wina lecznicze, wina naturalne dla chorych i wszystko to, co ma związek z fabrykacyą win i ich pielęgnowaniem. 2) Sposoby i środki żywienia ludności, wojska. Kuchnie tanie, polowe. Wartość odżywcza pokarmów w zastosowaniu do potrzeb społecznych. Pokarmy sztuczne. Fałszowanie pokarmów i napojów, oraz sposoby wykrywania jego. 3) Urządzenie mieszkań, jak umeblowanie, opalanie, przewietrzanie, oświetlanie, zaopatrywanie w wodę, wydalanie odpadków i nieczystości, desinfekcya. 4) Odzież, materyały surowe i przerabiane. 5) Urządzenia zdrowotne miast, jak: Wodociągi, kąpiele, kanalizacya, usuwanie odpadków, ogrzewalnie publiczne, łaźnie ludowe, oświetlanie, zabezpieczanie od pożarów, ratownictwo w nagłych przypadkach, urządzenia sanitarne na przypadek epidemij i klęsk elementarnych. 6) Urządzenia szpitalne. 7) Urządzenia szkolne i ochron dla dzieci, więc okazy ławek, tablic, przyrządów pomocniczych pedagogicznych, rozrywki, ogrzewanie, oświetlanie, wentylacya. 8) Zestawienie usiłowań, zmierzających do utrzymania i podniesienia zdrowotności młodzieży, więc: plany parków Jordana, urządzenia gniazd sokolich, okazy i modele przyrządów gimnastycznych; kolonie wakacyjne i lecznicze: internaty i bursy szkolne. 9) Środki i sposoby ochraniania zdrowia i życia robotników przy wykonywaniu specyalnych zawodów.

VI. *Narzędzia i przyrządy.* 1) Narzędzia anatomiczne, chirurgiczne, okulistyczne, położnicze, dentystyczne, semiotyczne, weterynaryjne. 2) Przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneotechniczne, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne. 3) Opaski i środki opatrunkowe.

VII. *Pielęgnowanie chorych.* Przyrządy i materyały do pielęgnowania chorych służące, jakoto: nosze, wózki, namioty, baraki, wozy szpitalne, wagony, wanny, natryski i t. p.

VIII. *Fotografia*, a mianowicie: 1) Aparaty fotograficzne i wszystko to, co do zdejmowania fotografij, wywoływania i reprodukowania jest potrzebne. 2) Fotografia, zastosowana do nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych. 3) Fotografie amatorskie w okazach. 4) Pomysły własne w modelach i rysunkach, odnoszące się do samej techniki fotograficznej, jakoteż do stosowania sztuki fotograficznej w naukach przyrodniczych, lekarskich i technicznych.

IX. *Wszystkie inne przedmioty*, które się nie dały pomieścić w powyższych działach, a mające związek z naukami przyrodniczemi, lekarskiemi i technicznemi.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 8 marca.

* *Otrzymujemy następującą odezwę:*

Koledzy!

Pięć wieków upływa od chwili, kiedy prastare Studium generale Kazimierza Wielkiego, wskutek restauracyi dokonanej przez Władysława Jagiełłę i Jadwigę, dźwignęło się jako Uniwersytet Jagielloński do nowego rozwoju i blasku.

Profesorowie Uniwersytetu urządzają uroczysty obchód tej rocznicy, której odgłos sięgnie daleko po za granice naszego narodu i przypomni cywilizowanemu światu zasługi jego i zdobycze na polu nauki i oświaty.

Starożytna tradycya przekazała nam jednak fakt, że korporacyę uniwersytecką stanowili nietylko profesorowie, lecz także doktorowie wszystkich wydziałów. Tradycya ta żyje w nas, którzy na Uniwersytecie Jagiellońskim osiągnęliśmy ten zaszczytny naukowy stopień. Dlatego w licznym zastępie naszym, rozrzuconym po całym kraju na różnych stanowiskach pracy społecznej, zbudziło się przekonanie, że w chwili tak uroczystej powinniśmy jako doktorowie stanąć obok profesorów i do uświetnienia obchodu według sił się przyczynić.

Pragnąc tę myśl urzeczywistnić, niżej podpisani postanowili odezwać się do wszystkich Kolegów, Doktorów Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Spełnimy obowiązek, który na nas nakłada starożytna tradycya i uczucie wdzięczności, jeżeli na obchodzie samym wystąpimy jako gremium doktorów obok Profesorów Uniwersytetu, a nadto przyczyniając się do uświetnienia obchodu złożymy Uniwersytetowi w darze fundusz, w podobny sposób, jak złożyli go już Profesorowie Uniwersytetu. Jeżeli każdy, ktokolwiek na Uniwersytecie Jagiellońskim osiągnął stopień doktorski, złoży na ten cel kwotę co najmniej 10 koron, a zamożniejsi więcej, to fundusz zbierze się znakomity. Sposób zaś gremialnego naszego udziału w obchodzie oznaczy Senat akademicki w programie uroczystości, zakreślając mu, o ile miejsce pozwoli, najszersze granice.

Zbieraniem funduszu zajmuje się Dr. Gustaw Romer, Dyrektor referent Tow. Wzajemnych Ubezpieczeń w Krakowie. Pod jego adresem należy też nadsyłać składki. W końcu m. marca fundusz zebrany wręczony będzie Jego Magn. Rektorowi Uniwersytetu wraz ze spisem doktorów i kwot przez nich ofiarowanych.

Pospieszcie z nami, Koledzy, pamiętając, że w sponsyi doktorskiej ślubowaliśmy nos huius Universitatis piam semper memoriam habituros eiusque res ac rationes adiuturos.

Dr. Kazimierz hr. Badeni, Dr. Antoni Beaupré, Dr. Artur Benis, Dr. Michał Bobrzyński, X. Dr. Józef Caputa, Dr. Adam Doboszyński, Dr. Józef Ekielski, Dr. Lesław Gluziński, Dr. Feliks Koneczny, Dr. Włodzimierz Kozłowski, Dr. August Kwaśnicki, Dr. Stanisław Kwiatkowski, Dr. Władysław Lisowski, Dr. Roman Ławrowski, Dr. Julian Morelowski, Dr. Józef Muczkowski, Dr. Franciszek Murdzieński, Dr. Wiktor Opolski, Dr. Franciszek Paszkowski, Dr. Ignacy Petelenz, Dr. Karol Pieniążek, Dr. Andrzej hr. Potocki, Dr. Gustaw Romer, Dr. Lucyan Rydel, Dr. Damian Sawczak, Dr. Stanisław Skobel, Dr. Józef Surzycki, X. Dr. Franciszek Świderski, Dr. Stanisław Tomkowicz, Dr. Stanisław Ustyanowski.

Powyższą odezwę rozesłał Komitet do wszystkich Doktorów Uniwersytetu Jagiellońskiego, których adresy były mu wiadome; ponieważ zachodzi wątpliwość, że wiele adresów było niedokładnych wiele zaś wprost niewiadomych, przeto podpisany Komitet wykonawczy zwraca się na tej drodze do kolegów z gorącą prośbą, aby bez względu na to, czy odezwę otrzymali, raczyli jak najśpieszniej datki swoje nadesłać, zwłaszcza, że termin jubileuszu już jest bardzo blizkim.

Uproszeni osobnymi listami Komitetu delegaci, zechcą łaskawie wpływem swym akcyę naszą usilnie poprzeć.

Dr. Józef Muczkowski. Dr. Stanisław Tomkowicz.
Dr. Stanisław Kwiatkowski.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem przyjęto do grona członków czynnych Dra Kaz. Mieroszewskiego i Dra Tymoteusza Piotrowskiego. Następnie kol. doc. Bosowski przedstawił chorego z *mycosis fungoides*; kol. dr. Grażyński okazał rurki ebonitowe do intubacyi; kol. dr. Stankiewicz objaśnił rzadki preparat anatomiczny, wreszcie kol. doc. Kryński miał wykład pod tyt.: »Przyczynek do techniki trepanacyi wyrostka sutkowego«.

(L.). Kursa przygotowawcze do egzaminu fizykackiego w terminie letnim b. r. rozpoczną z d. 2 kwietnia: doc. dr. Seńkowski (Chemia sądowa i higieniczna); dr. Lemberger (Farmakognozya wraz z toksykologią); dr. Bier (Bakteryologia i higiena): dr. Horoszkiewicz (Medycyna sądowa). Oznaczenie godzin później nastąpi.

* Na walnem Zgromadzeniu Towarz. lekarsk. galic. uchwalono, jak dowiadujemy się, przeprowadzić taką zmianę statutu, któraby nadała Sekcyi lwowskiej większą z jednej strony autonomię pod względem naukowym i reprezentacyjnym, a z drugiej strony nie naruszyła w niczem dotychczasowych postanowień statutowych pod względem funduszu pensyjnego i zapomogowego, oraz stosunku Towarzystwa krakowskiego do galicyjskiego.

* VIII. Zjazd lekarzy powiatowych odbył się dnia 28 z. m. we Lwowie pod przewodnictwem radcy Merunowicza. Stawiło się przeszło 60 lekarzy powiatowych. Dr. Kuczera mówił o próbie Vidala, służącej do szybkiego rozpoznania duru brzusznego; dr. Barzycki odczytał uchwały osobnej ankiety, wymierzone przeciw groźnemu szerzeniu się chorób wenerycznych w kraju. W dalszym ciągu toczyły się rozprawy nad potrzebą energicznych środków przeciw wzmagającej się u nas jaglicy. Ponieważ Namiestnictwo poleciło lekarzom rządowym czuwanie nad naftą, w celu zapobieżenia częstym wypadkom, spowodowanym naftą wybuchającą, Dr. Gołębiowski demonstrował podręczne sposoby, umożliwiające rozeznanie na poczekaniu takiej nafty. Wnioski i interpelacye w sprawach ściśle zawodowych zakończyły Zgromadzenie zjazdowe.

* »Wiener medic. Presse« podaje w Nr. 20, że międzynarodowa Rada zdrowia w Aleksandryi rozpisała konkurs na posadę lekarza w Suezie z pensyą miesięczną 540—700 koron i na drugą taką posadę dla lekarza-kobiety — na tych samych warunkach. Podania należy wysyłać wprost do międzynarodowej Rady sanitarnej w Aleksandryi, gdzie można się dowiedzieć o innych warunkach konkursu. »Wiener medic. Presse« nie podaje ostatecznego terminu wnoszenia podań.

Nekrologia. Zmarli: W Kolonii zmarł prof. Leichtenstern, głośny klinicysta i autor cennych rozpraw z zakresu medycyny wewn.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Postępie Okulistycznym* (Luty): Strzemińskiego Ign. Przypadek nosacizny pierwotnej na spojówce powiekowej (dok.). Prof. Wicherkiewicza B.: O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci (c. d.). W *Medycynie* Nr. 7: Dr. Bregman L. E.: Przyczynek do akromegalii. Wizela A.: Metoda „leczenia w łóżku“ chorych umysłowych (dok.). W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 3: Wizela A.: W sprawie sanatoryów dla niezamożnych chorych nerwowych. Steinhausa I.: Nowotwory, ich przyczyny i klasyfikacya w świetle poglądów współczesnych. Dr. Sterlinga W.: W sprawie pomocy lekarskiej dla biednych w Warszawie. Dr. Wąsowicza: Jubileusz 25-letniej działalności prof. dra Edw. Korczyńskiego. Dr. Peszke J.: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 9: Dr. Majewskiego A.: Przyczynek do rozpoznawania zbiorowisk płynu podprzeponowych. Prof. Browicza T.: O śródnaczyniowych komórkach we włosowatych naczyniach krwionośnych zrazików wątroby. Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (dok.). W *Nowinach lekarskich* Nr. 5: Zembrzuskiego L.: Stan współczesny nauki o pasorzytniczem pochodzeniu raka. Stasińskiego: Przypadek neuroparalitycznego zapalenia rogówki (Spostrzeżenie z praktyki).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 17 Marca 1900. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O leczeniu krwisteku omacicznego *(Haematocele periuterina).*

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Jeżeli która z nauk lekarskich, to niewątpliwie ginekologia doznała w ostatnich dziesiątkach lat bardzo znacznych przeobrażeń. Kierunek leczenia operacyjnego, wyrabiający się na podłożu takiem, jak przyjęte zasady postępowania przeciw — i bezgnilnego, dosięgnął bardzo znacznego rozwoju. Imponujące wyniki, które osiągano, dawały pochop do coraz to śmielszych zabiegów operacyjnych, które święciły tryumf chirurgii i sprawiły, że operacyjne leczenie ginekologiczne stanowi dziś jeden z najpokaźniejszych działów tej nauki. Gorączka operacyjna tak przejęła ginekologów, że wreszcie zaczęto nawoływać do odwrotu i umiarkowania.

Krok w krok z rozwojem sposobów leczniczych szedł i postęp nauki o chorobach kobiecych, skutkiem czego pojęcia nasze i poglądy, dotyczące chorób kobiecych, musiały uledz bardzo wielkiej zmianie. A przemiana pojęć musiała być tem znaczniejsza, o ile nauki lekarskie wogóle w ostatnich dziesiątkach lat doznały znakomitej przemiany, że wspomnę tylko o wpływie nauki nowej, jaką jest nauka o drobnoustrojach i ich znaczeniu chorobotwórczem.

Kto śledził postęp ginekologii i wyrobił sobie ogólny pogląd na pochód tego postępu, musi przyznać, że rozwój ginekologii dokonywał się gwałtownie. Najlepszym probierzem tego jest szybki rozrost piśmiennictwa ginekologicznego. Wielka liczba czasopism podawała prace ginekologiczne, powstawały coraz to nowe czasopisma specyalnie ginekologiczne, zawiązało się mnóstwo naukowych towarzystw ginekologicznych. Wszędzie napotykało się nowości, dotyczące chorób kobiecych.

I dzisiaj praca literacka płynie z rozwiniętymi żaglami; i dzisiaj ruch w towarzystwach jest żywy, niemniej jednak w latach ostatnich czuć się daje odmienny kierunek, jakby się zaczynał w tej nauce inny okres, nacechowany krytycyzmem. Nie spotykamy tyle nowości, ale spotykamy więcej prac pogłębiających coraz gruntowniej naukowe zdobycze. Kierunek to mojem zdaniem zdrowy, który dążyć powinien do uporządkowania tego, co nauka przyniosła, albowiem skutkiem gwałtownego jej rozwoju w wielu zagadnieniach zapanował chaos, powstało mnóstwo odmiennych poglądów z niekorzyścią dla dalszego postępu.

Te myśli dały mi pobudkę do zastanowienia się nad cierpieniem, o którego leczeniu mówić zamierzam.

Rzecz o krwisteku przedstawia temat zbyt rozległy, posiadający bardzo obszerne piśmiennictwo, abym go mógł w całości tu traktować; postanowiłem zatem podjąć na razie część praktyczną, t. j. leczenie tego cierpienia, a spraw teoretycznych dotknąć tylko o tyle, o ile mi to będzie w wywodzie moim niezbędne. O leczeniu tego cierpienia będę mówił tem chętniej, ile że poglądy w tym kierunku bardzo wybitnie się różnią, jak to się będę starał wykazać. Co się tyczy teoretycznej, ściśle naukowej, części tego przedmiotu, to zaznaczyć muszę, iż wiele już zbadano, więcej jednak jeszcze do zbadania pozostaje. I tu istnieją znaczne różnice poglądów, zapatrywania jednakowoż są więcej zbliżone, aniżeli w sprawach, dotyczących leczenia.

Przez krwistek rozumiemy nagromadzenie pewnej ilości krwi w jamie otrzewnowej koło macicy w ograniczonym przestworze.

Jak autorowie prawie zgodnie przyjmują, najczęstszą przyczyną powstawania tego cierpienia jest przerwanie ciąży zamacicznej i tu znów najczęściej tak zwane poronienie trąbkowe, rzadko zaś pęknięcie trąbki.

F e h l i n g oblicza, że 90—95% wszystkich przypadków krwisteku należy uważać jako pochodzące z poronienia trąbkowego.

Prócz tej przyczyny mogą być i inne, a mianowicie: nieprawidłowe krwawienie do jamy otrzewnowej podczas miesiączkowania; w przypadkach pewnych zmian chorobowych trąbek; dalej w przebiegu sprawy zapalnej otrzewnej, pokrywającej narządy płciowe; wśród niektórych chorób zakaźnych; w przypadkach oparzenia, otrucia; u osób, obarczonych wadą serca, chorobą nerek, plamicą krwotoczną *(purpura)*; wreszcie podają autorzy rzadkie przypadki wyjątkowe, wśród których krwistek powstał.

Ponieważ krwistek wyjątkowo tylko bywa przedmiotem badania na stole sekcyjnym, więc o stosunkach anatomicznych tego cierpienia niemamy dostatecznych wiadomości. Przypadki operacyjne, o ile dostarczyły materyału do badania, rozjaśniły nieco te stosunki; mimo to jednak wiele zagadnień należy uważać jako niezałatwione i bliższego zbadania potrzebujące.

Niemal wszyscy autorowie godzą się na to, że pierwotnie powstaje krwotok do jamy otrzewnowej, a potem następuje otorbienie, zgodnie z poglądem, wypowiedzianym przez N é l a t o n a, chociaż niemożna wykluczyć możebności powstania krwisteku przez wylanie się krwi do przestworów już istniejących, które, jako ograniczone, pozostały po przebytych sprawach chorobowych, jak to sobie wyobrażał S c h r o e d e r. W każdym razie taki sposób powstawania krwisteku uważać należy jako wyjątkowy.

W jaki sposób odbywa się krwawienie i otorbienie krwi nagromadzonej, tego właściwie jeszcze dobrze niewiemy i spotykamy się pod tym względem z rozmaitemi przypusz-

czeniami. Najpoważniejsze w tym kierunku spostrzeżenia ogłosił Sänger, który wykazał sposób tworzenia się i otorbiania krwisteków w pewnych przypadkach. Spostrzeżenia te niemogą nam jednak wyjaśniać sposobu powstania we wszystkich przypadkach, które przedstawiają pewną rozmaitość postaci i przebiegu klinicznego.

Najczęstszy typowy obraz chorobowy przedstawia nam się jako krwistek zamaciczny (*haematocele retrouterina*); rzadziej spotykamy krwistek przedmaciczny (*haematocele anteuterina*), koło trąbki (*h. peritubaria*), w zatoce Douglasa po jednej stronie (*h. lateralis*).

Co do częstotliwości cierpienia niemamy dat dostatecznych, gdyż dawniejsze podania w tym kierunku są niepewne, już ze względu na to, że rozpoznawanie przyrody guzów, pozostających w związku z narządem płciowym, niebyło tak jak dziś wydoskonalone, a nowsze zestawienia nie są dostateczne.

Co do przebiegu, to podają autorzy, że w przypadkach krwisteku, powstałego po ciąży trąbkowej, cechującemi są nawroty, czyli następowe krwotoki, zaś odwrotnie cechą krwisteku pochodzenia miesiączkowego (haematocele catamenialis) jest jednorazowe wystąpienie i brak następowych krwotoków.

Trwanie cierpienia przedstawia się rozmaicie. W przypadkach pochodzenia miesiączkowego, które zazwyczaj przebiegają bardzo pomyślnie, może nastąpić wessanie w 6—8 tygodni; w przypadkach, zawdzięczających swe powstanie ciąży zamacicznej, trwa znacznie dłużej, często miesiące, a czasem cierpienie nie ustępuje i utrzymuje się w jednostajnej mierze.

Rokowanie, można powiedzieć, nie jest złe, albowiem rzadko cierpienie to prowadzi do zejścia śmiertelnego; ze względu jednak na zupełne wyzdrowienie zawsze musimy je uważać, jako bardzo ciężkie, jużto dlatego, że może trwać bardzo długo, już też, że mogą występować powikłania, które, aczkolwiek nie prowadzą wprost do zejścia śmiertelnego, to przecież mogą powodować długotrwałe lub też stałe kalectwo.

Ananoff podaje następujące zestawienie:

W przypadkach leczenia zachowawczego śmiertelność wynosi 18·4%; w przypadkach, w których wykonano nakłócie krwisteku 15·1%; po nacięciu przez pochwę 10%.

Fiodoroff znalazł: na 122 przypadków, leczonych zachowawczo, 3 przypadki śmierci = 2·6%; na 64 przypadków, leczonych przez nakłócie krwisteku, 9 przypadków śmiertelnych, co czyni 17·1%; na 36 przypadków po nacięciu guza od strony pochwy 4 śmiertelne = 8·5%.

Thorn stoi wprawdzie na stanowisku leczenia zachowawczego, ale operuje wszędzie, gdzie tego potrzeba i w tych warunkach podaje ogólnie śmiertelność na 0·6%.

Zweifel zebrał z piśmiennictwa opisanych przypadków 129, z których 24 zakończyły się śmiercią, czyli 18·4%; nadto przytacza Voisina, który przy leczeniu zachowawczem oblicza odsetek śmiertelności na 33·3%, po leczeniu operacyjnem 37·5%, i zestawienie Barnesa, który podaje na 41 przypadków leczenia zachowawczego, 7 przypadków zejścia śmiertelnego, czyli 17%.

Zejście chorobowe może nastąpić przez wessanie krwisteku; przez pęknięcie otorbienia i wylanie się treści do jamy brzucha; przez przebicie do pęcherza moczowego, do odbytnicy lub do pochwy; przez zropienie lub zposoczenie; wreszcie po wessaniu krwi przez przeobrażenie w torbiel o treści surowiczej.

Sprawa leczenia krwisteku przedstawia temat bardzo chaotyczny. Podczas gdy jedni polecają postępowanie zachowawcze, wyczekiwanie i leczenie przez pobudzanie wessalności, ganią zaś postępowanie operacyjne — inni radzą drogę operacyjną, a między tymi napotykamy zupełnie odmienne zapatrywania co do wskazań, mianowicie, kiedy mamy operować i jaką drogą operować?

Aby to uwidocznić, przedstawię poglądy autorów niektórych: najskrajniejszym w tym kierunku jest Winckel, który broni ściśle zachowawczego postępowania i twierdzi, że przy tem postępowaniu nigdy żadnego przypadku nie stracił. Weiss podaje 50 przypadków, z których tylko w 2 był zmuszony operować.

Wielu autorów poleca postępowanie zachowawcze i radzi tylko w przypadkach wyjątkowych postępowanie operacyjne, gdy krwistek przechodzi w ropienie lub zposoczenie, a niektórzy między nimi podają jeszcze wskazania, jeżeli guz się nie zmniejsza, jeżeli się utrzymują znaczne bóle, objawy uciskowe ze strony narządów sąsiednich, jeżeli istnieją nawroty zapalne. Do tych należą: Hegar, Auvard, Pozzi, Surer, Strauch, Krasskowsky, Maugin, Rosenwasser, Thorso, Cestan, Spiker, Elschner, Pestalozza, Fritsch.

Inni wreszcie radzą postępowanie operacyjne jużto w celu radykalnego usunięcia cierpienia, które może mieć rozmaity przebieg, jużteż w celu skrócenia leczenia, które może być zanadto długotrwałem, a do tych należą: Gusserow, Turetta, Bertrand, Culingworth, Henrotay.

Inni radzą operować u tych osób, które nie mają dostatecznej opieki: Gusserow, Rossenwasser, Rosthorn.

Tak ci, którzy są więcej za postępowaniem zachowawczem, jakoteż i ci, którzy są do operacyi pochopniejsi, różnią się znowu bardzo między sobą co do sposobu operowania: Pozzi poleca operowanie przez pochwę, a jeżeli się podejmuje laparotomię, to poleca dążyć do guza podotrzewnowo, albo operować dwuczasowo. Gani zaś wykonywanie laparotomii tam, gdzie niema właściwego otorbienia, a tylko zlepy narządów sąsiednich.

Inni polecają operować od strony pochwy: Zweifel, Surer, Routhie, Strauch, Krasskowsky, Fiodoroff; Cestan, Condamin. Gusserow radzi operować przez pochwę, laparotomię uważa za zbyteczną; Spiker uważa operacyę przez pochwę, jako typową; Pestalozza radzi operować tylko przy zropieniu przez pochwę, zresztą drogą laparotomijną; Fehling, który dawniej operował przez pochwę, radzi obecnie operować drogą laparotomijną; Schauta gani nacięcie od pochwy, jako niedostateczne i poleca usuwanie sprawy chorobowej przez laparotomię; Goelet również doradza laparotomię, nawet przy zropieniu i gdy krwotok trwa; zresztą poleca leczenie elektrycznością; Turetta radzi zawsze laparatomię; Sänger żąda, aby torebka otorbiająca krew była dostatecznie mocna tak, aby się krwistek dał w całości przez laparotomię wyłuszczyć; Thorn doradza tam, gdzie się musi operować, laparotomię; Reyniero Henrotay — podobnie; Rosenwasser przechyla się do

operacyi przez laparotomię; Walzberg radzi tylko wtenczenczas operować przez laparotomię, gdy guz zrośnięty z powłokami brzusznemi; Jakobs robi równocześnie histerektomię; Bertrand radzi w świeżych przypadkach laparotomię, w przewlekłych zaś laparotomię podotrzewnową.

Jak już z tego zestawienia widać, najwięcej zwolenników liczy postępowanie zachowawcze, a u tych, którzy polecają postępowanie operacyjne, spotykamy się z poglądami, które są sobie wprost przeciwne.

Leczenie zachowawcze przeprowadzają wszyscy zgodnie, dążąc do pobudzenia wessania krwisteku środkami zwykłymi, przy zastósowaniu spokoju.

Sposób operowania przez powłoki brzuszne również wykonywują zgodnie z małemi tylko odmianami, zależnemi od napotykanych warunków po otwarciu jamy brzusznej. Główną zasadą jest usunięcie krwisteku i jego źródła, zatamowanie krwotoku. W przypadkach bez powikłań — zaszycie jamy brzusznej, w przypadkach powikłanych zastósowanie tamponu Mikulicza.

Inaczej rzecz się ma z zabiegiem operacyjnym, wykonywanym przez pochwę.

Jeżeli się wczytujemy w piśmiennictwo tego przedmiotu, musi zwrócić naszą uwagę okoliczność, że sposób operowania przez pochwę różnie bywa pojmowany i wykonywany. I tak jedni radzą po otwarciu sklepienia i jamy krwisteku usunąć całą zawartość guza, wydobywają tkwiące w otwartej jamie i do ścian poprzyczepiane skrzepy, co więcej, radzą je nawet wyskrobywać; inni robią przestrzykiwania wypróżnionej jamy, aby prądem wstrzykiwanego płynu resztę zawartości guza usunąć; inni wreszcie zadawalniają się postępowaniem mniej radykalnem, usuwają treść o tyle tylko, o ile się to dobrowolnie lub z łatwością udaje, ganią zaś surowo wyskrobywanie jamy, przestrzykiwania, i polecają tylko tamponowanie, względnie drenowanie otwartej i wypróżnionej jamy.

Chcąc przedstawić moje zapatrywanie na sprawę leczenia krwisteku zamacicznego, muszę przedewszystkiem zaznaczyć, że mówić będę o krwisteku, już istniejącym jako takim, a nie zaś o pierwszych momentach jego powstawania. Powstanie krwisteku łączy się najczęściej z pojęciem ciąży zamacicznej i stanowi wolny krwotok do jamy brzucha. W przypadkach tych już to obecna ciąża zamaciczna, już też krwotok wewnęczny, będą nam wskazywać postępowanie.

Biorąc krwistek jako taki, muszę powiedzieć, że cierpienie to uważam za bardzo poważne. Na kilkadziesiąt przypadków, które miałem sposobność spostrzegać wśród mej 25-letniej działalności lekarskiej, widziałem wprawdzie jeden tylko przypadek przed 15 laty z zejściem śmiertelnem na zapalenie otrzewnej posokowate, ale natomiast widziałem przypadki leczone po roku bezustannie, a jeden przypadek ze sfer lekarskich, którym się nasze powagi zawodowe interesowały i był przedmiotem wielokrotnych narad koleżeńskich, trwał przy postępowaniu zachowawczem blizko 2 lata. Spostrzegałem przypadki z przebiciem krwisteku do odbytnicy z następowemi, długotrwałemi powikłaniami, podobnież przebicie do pęcherza, które prowadziło do zmian chorobowych w drogach moczowych. Widziałem po latach nawroty spraw zapalnych po krwistekach usuniętych, ropienia w jamie Douglasa, które potem pod rozpoznaniem *abscessus pelvis* były leczone, a zawdzięczały swe pochodzenie krwistekowi pozamacicznemu.

W obec tego nie mogę się zgodzić na oświadczenie Winckla, który twierdzi, że nie widział zejścia niekorzystnego i dlatego jest ściśle za postępowaniem zachowawczem. Zdanie to Winckla tłómaczę sobie w ten sposób, że dotyczy ono przypadków, spostrzeganych na klinice, bo niezaprzeczenie to jest pewnem, że przypadki pod ścisłą opieką i ciągłym nadzorem lekarskim przebiegają najpomyślniej. Zależy jednak od tego, kiedy Winckel swe przypadki wypuszczał z opieki i kiedy uważał sprawę krwistekiem zwaną, za ukończoną. Natomiast godzę się na zdanie Fehlinga, który również nie widział zejścia śmiertelnego; operował jednak tam, gdzie tego była potrzeba i może właśnie dlatego nie widział wcale zejścia śmiertelnego.

Na przeciw zdania Winckla mamy zestawienia statystyczne, któreśmy wyżej podali, a które stwierdzają, że cierpienie to nie jest tak niewinne, jakby się zdawało i że inni autorzy widzieli dość liczne przypadki zejścia śmiertelnego. Jak z tych zestawień widać, nie zgadzają się one ze sobą, w każdym jednak razie nie twierdzą, aby krwistek był cierpieniem tak niewinnem.

Tę niezgodność zapatrywań autorów na wyniki postępowania leczniczego i na częstotliwość zejścia śmiertelnego w przypadkach krwisteku odnieść należy do tej okoliczności, że zebrane statystyki odnoszą się do przypadków, leczonych w czasach dawniejszych i w różnych warunkach. Wiadomo jest, że wszędzie tam, gdzie była należyta opieka lekarska i wszelkim wymaganiom nauki działo się zadość, przebieg krwisteku był zwykle pomyślny, a zatem w domach ludzi zamożnych i u osób leczonych w szpitalach, i klinikach. Niepomyślne zaś powikłania spostrzegamy u tych osób, które nie miały dostatecznych warunków do leczenia i pozostawały w domu. Kto zatem będzie zbierał statystykę ze szpitali, lub u ludzi zamożnych z praktyki prywatnej, ten znajdzie inne daty, aniżeli ten, kto będzie zbierał je z praktyki prywatnej u ludzi biednych.

Drugą przyczyną, która mogła wpływać na wynik zestawień statystycznych, jest okoliczność, że do zestawień mogły być wzięte przypadki, niezupełnie jeszcze wyleczone, w których sprawa chorobowa nie dobiegła dostatecznego zakończenia. Okoliczność to ważna, bo wiadomo jest, że bardzo wiele przypadków, leczonych klinicznie, skoro objawy przykre dla chorej ustąpią, usuwa się z pod naszej obserwacyi i mogą uchodzić za pomyślnie zakończone. Przypadki te atoli później mogą okazywać różne powikłania i przedstawiać ciężkie obrazy chorobowe. Z tegoby wynikało, że dotychczasowe zestawienia nie mają wielkiej wartości i przy zestawianiu przypadków należałoby brać przypadki leczone i spostrzegane w jednakowych warunkach z dokładnem określeniem okresu przebiegu choroby. Mimo to jednak z tych zestawień i uwag, jakie się nasuwają, można już wyciągnąć pewne praktyczne wnioski. Pierwsze, że cierpienie to, tak długotrwałe, nadaje się więcej do leczenia szpitalnego, jeżeli domowe warunki nie pozwalają na ścisłe dozorowanie i ścisłe przeprowadzenie leczenia, a dalej, że do bardzo długiego leczenia zachowawczego nadają się przypadki u osób zamożnych, a z pomiędzy osób uboższych przypadki u osób, które mogą na dłuższy przeciąg czasu pozostać w szpitalu, zatem osoby wolne, niezamężne. Osoby zaś biedne, zamężne,

które dłużej w szpitalu leżeć nie mogą, które, jak w naszych stosunkach, gdy im się nieco podmiotowo polepszy, chcą i powracają do domu, powinny być leczone tak, aby czas leczenia, o ile możności, był skrócony, a nadto, aby osobie, wypuszczonej z opieki lekarskiej, jak najmniejsze zagrażało niebezpieczeństwo w czasie dalszego przebiegu leczenia poza szpitalem. — Do tych celów nadaje się przedewszystkiem leczenie operacyjne, za pomocą którego możemy niewątpliwie już to zupełne wyleczenie uzyskać, jużteż trwanie leczenia bardzo znacznie skrócić i chore od dalszych powikłań zabezpieczyć. Im gdzieś ludność biedniejsza, tem więcej przypadków będzie się nadawać do leczenia operacyjnego — i tu zapatrywania moje schodzą się z zapatrywaniami Rosenwassera, który radzi operować osoby, pozbawione opieki.

W tym duchu przemawia Gusserów i takież zdanie wypowiada Rosthorn w co tylko wyszłem z druku dziele zbiorowem Veita.

W Galicyi, w naszych opłakanych stosunkach społecznych, w obec tak znacznej liczby ludności biednej, kierunek operacyjny ma więcej podstawy i praw do rozwoju, niż na zachodzie i w okolicach, gdzie przeciętnie publiczność za zamożną uważać należy. Jeżeli Gusserów radzi to w Berlinie, a Rosthorn w Pradze, to tem większe znaczenie ma ten wzgląd u nas.

Przechodząc od tego ogólnego poglądu do samego cierpienia, sądzę, że krwistek zamaciczny przedstawia cierpienie, które może mieć tak wiele różnych powikłań, gdyż spotykamy się z niem w tak różnych okresach jego przebiegu, że i postępowanie nasze lecznicze musi być koniecznie różne. W obec tego istotnie zwracać musi naszą uwagę okoliczność, że u niektórych autorów napotykamy jakby szablonowe polecanie pewnego postępowania, zachwalanie pewnej metody, lub drogi operacyjnej. Szablonowość, sądzimy, jest tutaj błędną i stanowi właśnie główną przyczynę, wywołującą tak różne zapatrywania na sposób leczenia tego cierpienia. Każdy przypadek powinien być dla siebie należycie oceniony i dla każdego poszczególnego przypadku powinnyśmy odnaleźć wskazania do postępowania. Dla każdego przypadku musi być plan postępowania obmyślany, do wyboru służą nam sposoby używane. Tak jak nie możemy uwzględniać tylko postępowania zachowawczego, a ganić postępowanie operacyjne, tak też nie możemy być zwolennikami postępowania tylko operacyjnego. Podobnie też nie możemy polecać więcej jednego postępowania operacyjnego, niż drugiego. Raczej powiedzieć musimy, że w obec pewnych przypadków tylko pewne postępowanie może być dobre i wskazane. W jednym przypadku może się nadawać laparotomia, podczas gdy inne postępowanie jest nieracyonalne, w innym znowu tylko operacya wykonana przez pochwę ma racyę bytu, a wszelka inna jest niestósowną.

Aczkolwiek poglądy autorów są tak sprzeczne, a niektóre mają cechę szablonowości, to przecież ujawnia się dążność do indywidualizowania przypadków: zgodnie prawie, z nielicznymi tylko wyjątkami, radzą operatorowie, jeżeli krwistek przechodzi w ropienie, aby go otwierać przez pochwę, a niektórzy polecają laparotomię, wykonaną podotrzewnowo. Tak, jak dla szczególnego przypadku zropienia polecają autorowie ten, nie inny sposób postępowania, tak samo też i dla innych poszczególnych powikłań powinniśmy postawić ścisłe wskazania i wtenczas, sądzę, byłaby dopiero rzecz uporządkowana i mogłoby zwolna nastąpić ujednostajnienie w leczniczem postępowaniu wobec krwisteku.

Widziałem wiele przypadków krwisteku o rozmaitym przebiegu i towarzyszące mu powikłania, różne też stosowałem postępowanie. Na podstawie tej przyswoiłem sobie pewne poglądy na leczenie krwisteku, które tu skreślić pragnę.

We wszystkich przypadkach niepowikłanych, to jest w przypadkach krwisteku miesiączkowego, dalej tam, gdzie guz nie jest wielki, niema znaczniejszych objawów uciskowych, nie występują następowe krwotoki, a do tego u osób zamożnych, mogących mieć należytą opiekę i wygody w domu, nadto u osób, które mogą pozostawać czas długi w szpitalu, radzę postępowanie zachowawcze. W tym celu najważniejszem jest spokojne leżenie w łóżku, w przypadkach świeżych, gdzie się jeszcze sączenia krwi domyślać mogę, okłady lodowe na brzuch. Uważanie na oddawanie moczu i stolca. W razie potrzeby odprowadzanie moczu cewnikiem i bardzo ostrożne lewatywy z oliwy. Ważnem jest, aby chore mocz i stolce oddawały w leżącem położeniu do podsuniętego basenu w łóżku. Do przesłania łóżka przenosi się chore na rękach, albo przesuwa na prześcieradle na obok przygotowane, świeżo usłane łóżko. Jeżeli chora bardzo niedokrewna i osłabiona, radzę częste podawanie wina w małych ilościach. Jeżeli jest sączenie krwi na zewnątrz z części sromowych, polecam *Extractum Hydrastis Canadensis per os* od 60—100 kropli dziennie. Dyetę radzę posilną, lekko strawną.

Szczególniejszą uwagę zwracam na to, aby przepisy te były surowo przestrzegane w okresie miesiączkowym, o ile mnie bowiem doświadczenie nauczyło, to dodatkowe następowe ulania się krwi i nagłe powiększanie się guza przydarza się zwykle już to w czasie obfitszego krwawienia na zewnątrz, zatem w domniemanym okresie miesiączkowym, jużteż przy czynnych ruchach osoby chorej przy wzmożeniu ucisku wśródnaczynnego.

Przy takiem postępowaniu ściśle przeprowadzonem, nawet w przypadkach, które się groźnie zapowiadają, następuje, acz powolne, polepszenie. Postępowanie takie stosuję tak długo, jak długo chora gorączkuje. Lód z brzucha usuwam, skoro minęły objawy podrażnienia otrzewnowego i niema znaków przemawiających za trwaniem wewnętrznego sączenia krwi. Gdy minie pierwszy okres miesiączkowy pomyślnie, bez nowego krwawienia do wewnątrz, chora nie gorączkuje, polecam leki wsysające, zrazu przez powłoki brzuszne i odbytnicę, a gdy niema już wydzieliny krwawej z części rodnych — i przez pochwę. Jeżeli widzę zmniejszanie się guza, jeżeli guz jest przy badaniu niebolesny, polecam kąpiele, zwracam jednak uwagę na to, aby ich nie zaczynać tuż przed nadchodzącym okresem miesiączkowym, ale poczynam je dawać tuż po ukończeniu tego okresu, zrazu co 3-ci, potem co drugi dzień. Kąpiele polecam pełne. Tu jednak nadmienić muszę, że chora nie powinna sama wchodzić do kąpieli, ale musi być na prześcieradle lub na rękach do kąpieli wkładana. Do tego celu nadają się wanny nizkie a szerokie.

Czynne ruchy wykonywać, względnie wstawać i chodzić, pozwalam dopiero wówczas, gdy przynajmniej dwa okresy miesiączkowe minęły pomyślnie i chora miesiączkowała, acz obficiej, ale bez innych zaburzeń, gdy przy badaniu niema najmniejszej bolesności, gdy guz nie okazuje nigdzie elastyczności, którаby się pozwalała domyślać płynnej

treści, czyli skoro mogę przypuścić, że guz przedstawia nawskróś części stałe, jużto skrzepy, które się organizują, jużteż złogi wypocinowe, które się wsysają, wówczas ruch mierny, bardzo ostrożny, poza okresem miesiączkowym, jest nawet korzystny, bo pobudza wessanie, wówczas nadają się leczenie kąpielowe, solanki, kąpiele błotne.

W ten sposób widziałem, acz powolny, ale gładki przebieg w wielu leczonych przypadkach. Zaznaczyć jednak muszę, że takie leczenie trwało prawie zawsze kilka miesięcy i w tej mierze muszę się zgodzić z Fehlingem, który oznacza czas, potrzebny do wessania guza wielkości główki dziecka donoszonego, na 6 miesięcy. W wyjątkowych tylko przypadkach krwisteku miesiączkowego, albo gdy wylew krwi bardzo mały, możnaby przyjąć przeciętny czas leczenia krótszy. W przypadkach powikłań i w tych, w których, po dłuższym przeciągu czasu nie widzimy dążności do ustępowania cierpienia, postępowanie to nie wystarcza i musimy się zwrócić do postępowania chirurgicznego. (D. c. nast.)

II. O anomaliach odruchów, w szczególności kolanowych i o towarzyszących im uczuciach (sensacyach) w przypadkach nerwic.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Ciąg dalszy).

Nerwowość.

Zgodnie z Strümpellem, Moebiusem i innymi rozróżniam nerwowość i niedomogę nerwową, jako postępujące chorobowe stopniowania. Pierwszy z wymienionych autorów rozumie przez nerwowość trwałą drażliwość i wrażliwość psychiczną ze skłonnością do wyobrażeń lękliwych, wywołującą rzuty obwodowe różnorodnych sensacyj podmiotowych. Charakter niedomogi nerwowej według Strümpella przybiera nerwowość wtenczas, jeżeli łączy się z nią silniejsze osłabienie energii psychicznej i sił fizycznych, oraz wzmożenie wymienionych lęków i obwodowych sensacyj.

Spostrzeżenie III. Wywiady: Pacyentka, licząca lat 59, nie jest neuro-psychopatycznie obciążoną. Ojciec jej zmarł na uwiąd starczy w 88 roku życia, matka na „puchlinę wodną“, licząc lat 54. Z braci jeden zmarł z duru brzusznego, drugi skutkiem „puchliny wodnej“, trzeci z gruźlicy płuc. Chora ta, żyjąc w niedostatku, cierpiała w młodości wielokrotnie na nieżyt żołądkowy i kurcze, którym ulegała przy każdorazowem miesiączkowaniu między 18 a 48 rokiem życia. W latach ostatnich stan jej zdrowia był znośny. Przed rokiem dopiero uległa znacznemu wyczerpaniu i osłabieniu sił skutkiem kilkomiesięcznego pielęgnowania powierzonej jej opiece osoby umysłowo-chorej. Obecnie cierpi ona przedewszystkiem na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, z któremi się łączą niepokój i rozdrażnienie, przerywane chwilami przygnębieniem. Siła woli i chęć do pracy czasami bywają osłabione. Sen niespokojny, łaknienie nierówne. Niekiedy chora odczuwa ciśnienie w okolicy czołowej, ból i zajęcie głowy, nadto rwące bóle w plecach, jakoteż w górnych i dolnych kończynach, zwłaszcza przy wykonywaniu ruchów, wreszcie skarży się na uczucie trętwienia i mrowienia w rękach, oraz na sensacyę ciśnienia w sercu.

Stan obecny: Pacyentka budowy silnej; mięśnie i podściółka tłuszczowa średnio rozwinięte; cera twarzy i zabarwienie skóry żółtawe. Dostępne dla oka błony śluzowe nie przedstawiają oznak niedokrewności. Czynność serca nieregularna; wstrząśnienia od uderzeń serca i jego koniuszka wprawdzie niewidoczne, lecz słabo wyczuwalne, ostatnie w piątem międzyżebrzu, wewnątrz linii sutkowej, na rozległości dwóch do trzech palców. Kształt przytłumienia sercowego prawidłowy. Pierwszy ton nad koniuszkiem i u podstawy serca niezupełnie czysty, drugi ton nad wielkiemi naczyniami dość silnie zaakcentowany. Tętno sprychowe miernie napięte, nierówne. Czynność płuc i innych narządów wewnętrznych prawidłowa. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy. Wybitny znak Rosenbacha, znaku Romberga niema. Stawy nie okazują obrzmień i nie są, równie jak głowa, kręgosłup i nerwy obwodowe, wrażliwe na ucisk. Lekki tępy ból odczuwa chora przy uciskaniu okolicy jajnika lewego. Wysunięty język drży lekko. Odruchy kolanowe są bardzo wzmożone. Uderzenia ręką lub młoteczkiem w więzadło rzepkowe wywołują kilko- (3—4) razowe, szybko po sobie następujące silne ściąganie się mięśnia czterogłowego z typem drgawkowym Erba. Chora odczuwa przytem obustronnie nieprzyjemne, bliżej, jak podaje, określić się niedające uczucie w miejscach uderzenia w więzadło rzepkowe. Uczucia tego nie mieni bólem, chociaż twarz jej przybiera wyraz cierpienia. Odruchy ścian brzusznych żywe i dość znacznie wzmożone. Mocz nie zawiera składników chorobowych. Rzuty (projekcye) psychiczne: postawa i wyraz twarzy okazują raz zobojętnienie, to znowu przygnębienie lub rozdrażnienie. Rozpoznanie: *Nerwowość wywołana wyczerpaniem sił.* Terapia i przebieg: Znaczne bardzo polepszenie po kilkomiesięcznym wypoczynku i pobycie na wsi.

Spostrzeżenie IV. Wywiady: Ojciec i rodzeństwo 16-letniej pacyentki są według jej podania najzupełniej zdrowi. Matka cierpi od młodości na migrenę, a od lat kilku na znaczne bardzo osłabienie wzroku, którego bliższej przyrody pacyentka określić nie umie. W dalszym jej rodowodzie nie znachodziły się nigdy choroby nerwowe i umysłowe. Z chorób dziecięcych przechodziła płonicę i odrę. Zresztą była zupełnie zdrową. Przed dwoma miesiącami przeraził ją nagły zgon jednego z przyjaciół rodziny, zmarłego na udar mózgowy. Odtąd chora ta cierpi na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, niepokój wewnętrzny, niechęć do pracy, brak zaufania do siebie, z czem łączą się usposobienie miękie i nastrój przygnębiony. Na tle tych nastrojów psychicznych występują w samowiedzy chorej lęki, połączone z samopoddawaniem, mianowicie, że rzekomo cierpi ona to na nieuleczalną chorobę sercową, to znowu na suchoty. Prócz tego skarży się pacyentka na kłójące i rwące bóle latające w piersiach, plecach i ramionach, nadto na drgania mięśni w kończynach górnych.

Wyżej wymienione uczucia lęku występują jako sensacye najsilniejsze. Pojętność, kojarzenie pojęć umysłowych, oryentowanie się w czasie i przestrzeni nie są wprawdzie zaburzone lękami; rozstrzeliwają one jednakże uwagę chorej lub spowodowują psychiczny nastrój, przez nie wywołany. Poddanie się i przygnębienie wzbierają zwykle wśród lęków gwałtownie i powodują chorą niejednokrotnie do głośnego łkania. Czasami wśród nich odczuwa ona silne kołatanie serca, blednie i drży na całem ciele. Drżenie to przedłuża się nieraz $1/4$—$1/2$ godziny i po ustąpieniu lęków. Oddechanie wśród takiego stanu jest prawidłowe.

Stan obecny. Pacyentka budowy dość silnej; mięśnie i podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte; cera twarzy różowa, barwa skóry biało-żółtawa. Zabarwienie widzialnych błon śluzowych lekko-różowe. Czynność serca dość silna, lecz nierówna, arytmiczna i przyspieszona. Uderzenie serca i koniuszka sercowego (na wewnątrz od linii sutkowej) daje się spostrzegać jako nierówne i arytmiczne wstrząśnienia ściany klatki piersiowej w piątem międzyżebrzu. Kształt przytłumienia sercowego prawidłowy; tony serca tępe, nie-

równe, arytmiczne, ale czyste. Tętno sprychowe, dochodzące do średniej siły, nierówne, arytmiczne i przyspieszone (80—92 uderzeń na minutę). Tętnica sprychowa ma napięcie zmienne. W jamach nadobojczykowych słychać buczenie i dostrzegać się daje tętnienie żył. Głowa, kręgosłup i nerwy obwodowe nie są wrażliwe na ucisk. Drażliwość skóry całego ciała wzmożona. Wybitny *znak Rosenbacha*, znaku Romberga niema. Źrenice rozszerzone z żywym bardzo na światło i akomodacyę odczynem. Ruch oczu prawidłowy. Odruchy kolanowe, niezwykle wzmożone, okazują zwłaszcza po stronie lewej kilkorazowe, szybko po sobie następujące drgania mięśnia czterogłowego, którym towarzyszą mniej silne falowania antagonistów, jako też mięśnia bliźniaczego łydki *(gemellus surae)*. Każde uderzenie w więzadło rzepkowe wywołuje po stronie lewej, prócz odruchu kolanowego, wybitne drgania nogi, oraz drżenie całego ciała, które jest silniejszem po stronie uderzenia, niż po stronie przeciwległej. Przytem odczuwa chora w następstwie uderzenia pomienionego łechcącą sensacyę w palcach nogi odnośnej, a zarazem uczucie, które określa jako lęk. Odruchy ścian brzusznych wzmożone. Mocz wolny od składników chorobowych.

Płuca i inne przyrządy wewnętrzne funkcyonują prawidłowo. Ruchy i wejrzenie stawów są prawidłowe.

Rozpoznanie: *Nerwowość, spowodowana wstrząśnieniem psychicznem.* Terapia i przebieg choroby: Uleczenie pod wpływem poddawania, rozrywek, lekkiej faradyzacyi, mięsienia i ciepłych (na 28° R.) kąpieli, stósowanych dwa razy tygodniowo.

Niedomoga nerwowa.

Spostrzeżenie V. Wywiady. Pacyent lat 30 liczący, mecenas z zawodu, obciążony jest dziedzicznie. Ojciec jego był, jak podaje, bardzo nerwowy i zmarł w 58 roku życia z udaru mózgowego. Babka po mieczu skończyła życie samobójstwem. W ten sam sposób zeszedł ze świata jeden z braci chorego; jedna ze sióstr znajduje się w domu obłąkanych. Matka pacyenta i dwie jego siostry są zdrowe. Pacyent nie przechodził żadnych chorób dziecięcych; był jednakże nerwowy już za młodu. Nerwowość ta wzmagała się w okresie oddania się z natężeniem studyom gimnazyalnym, a później uniwersyteckim. Już wówczas nosił się chory z zamiarem samobójstwa. Pacyent nie cierpiał na kiłę, nie używa tytoniu i napojów wyskokowych. W r. 1894 natężał się chory bardzo, pracując zawodowo. Nastrój jego duszy był wtenczas zmienny z przewagą jednakże przygnębienia. Odczuwał on wzmożoną psychiczną i fizyczną nużliwość. Przy dłuższem chodzeniu nużyła się, jak podaje, więcej lewa, niż prawa strona ciała. Równocześnie odczuwał chory po stronie lewej sensasyę ciśnienia. Głowa jego była zajęta. Od czasu do czasu cierpiał na kołatanie serca i duszność. Sensacye te były połączone z nagłem bladnieniem lub z nagłem czerwienieniem się. Obecnie skarży się chory na uczucie osłabienia, doznawanego w całej lewej połowie ciała, najbardziej jednakże w obu kończynach tej strony. Z dolegliwością tą łączy się wzmożona drażliwość i wrażliwość, niepokój, zawroty głowy i lęk ludzi, który spowodował najzupełniejsze osamotnienie chorego.

Stan obecny: Pacyent budowy silnej; mięśnie i podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte. Barwa skóry żółtawoczerwonawa; widzialne błony śluzowe-czerwone. Zęby krzywo osadzone w szczękach; płatki uszne zrośnięte. Czynność serca nierówna co do siły i nieregularna. Wstrząśnienia serca wyraźnie dostrzegalne i wyczuwalne. Uderzenia koniuszka sercowego dają się wyczuć w piątem międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej na przestrzeni mniej więcej trzech palców. Tony serca nieregularne, tępe i trochę przyśpieszone; kształt przytłumienia prawidłowy. Tętno niezbyt silne, nieregularne i trochę przyśpieszone (76 uderzeń na minutę). Tętnica sprychowa okazuje zmienną pełność i napięcie. Czynność płuc i innych narządów wewnętrznych prawidłowa; wejrzenie stawów i ich ruchomość prawidłowe; kręgi piersiowe i lędźwiowe wrażliwe na ucisk; nerwy obwodowe nie przedstawiają tej nieprawidłowości. — Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Uderzenie w więzadło rzepkowe młoteczkiem lub ręką powoduje nie tylko ściąganie się mięśnia czterogłowego z typem drgawkowym Erba, ale równocześnie drgania w antagonistach jego i w mięśniach ścian brzusznych: w ostatnich prążkowate i włókienkowate falowania. Równocześnie odczuwa pacyent w miejscu uderzenia trudno się określić dające nieprzyjemne uczucie, znaczące się na twarzy wyrazem bólu. Odruchy brzuszne, niezwykle wzmożone, tworzą bruzdę głęboką, biegnącą od pępka ku słabiznom i wstrząsają zarazem żywem falowaniem okolice śródi podbrzusza. Oczy chorego trochę wypukłe; źrenice rozszerzone; odczyn ich na światło i akomodacyę bardzo żywy. Prądem faradycznym daje się stwierdzić częściowe znieczulenie całej lewej strony ciała. Wybitny znak Rosenbacha, znaku Romberga niema. Mocz nie zawiera żadnych składników chorobowych. Nastrój psychiczny zmienny, raz rozdrażnienie i niepokój, to znowu przygnębienie.

Rozpoznanie: *Niedomoga nerwowa z poszczególnymi rysami histerycznymi na podstawie dziedzicznego obciążenia.*

Przebiegu choroby podać nie mogę z powodu, że chory zmieniał ustawicznie lekarzy. (Dok. nast.)

* * *

III. Oceny i sprawozdania.

L'année chirurgicale, revue encyclopedique de chirurgie générale et spéciale, publiée par le docteur A. Depage, agrégé à l'université libre de Bruxelles. Premiere Année: 1898. — Bruxelles, Henri Lamertin, 1899.

Mamy przed sobą wielki tom w 8-ce o 1970 stronach druku, stanowiący pierwszy rocznik zbiorowego wydawnictwa chirurgicznego i obejmujący w streszczeniu prace z zakresu chirurgii, lub będące w jakim z nią związku, ogłoszone w ciągu roku 1898. Wydawnictwo to, zakreślone na szeroką skalę, ma na celu stworzenie najdokładniejszej „encyklopedyi chirurgicznej“ w każdym roku. Ażeby dać pojęcie o ogromie włożonej w to pracy, wystarczy nadmienić, iż pierwszy ten rocznik zawiera streszczenie 8000 prac, w najróżniejszych językach wydanych. Pod względem obszerności i opracowania treści rocznik ten stoi o wiele wyżej od niemieckich *Centralblattów*, dając rzeczywiście encyklopedyczny obraz stanu chirurgii w ciągu roku. Bardzo dobrze obmyślany jest układ książki, ułatwiający szukającemu nietylko znalezienie wiadomej jakiejś pracy, lecz i przedstawiający mu zarazem wszystko, co w zajmującej go sprawie zostało napisane w ciągu ubiegłego okresu czasu. Komitet współpracowników liczy kilkadziesiąt nazwisk, przeważnie Belgów, wśród których znajdujemy nazwisko polskie, dra Józefy Joteykówny, zdającej w roczniku sprawę z literatury polskiej i rosyjskiej. Streszczenia robione są dość obszernie i na ogół wyczerpująco i dobrze. Redakcya zwraca się do wszystkich autorów chirurgicznych z prośbą o nadsyłanie swych prac i, o ile możności ich streszczeń, które będą umieszczane jako autoreferaty. W ten sposób, pisze Redakcya, osiągnie się ideał współpracownictwa chirurgów całego świata.

Strona zewnętrzna książki nie przedstawia nic do życzenia. „Rocznik chirurgiczny“ przedstawia zjawisko bardzo pożądane i wobec olbrzymiego wzrostu literatury lekarskiej i jej wielojęzyczności, bardzo na czasie, — książkę, której wartość oceni należycie każdy, kto sam się przekonał, ile mozołu i czasu poświęcić częstokroć trzeba na rozejrzenie się w piśmiennictwie badanej przez się sprawy.

Doc. Dr. Kryński.

IV. Wyciągi.

Dr. Bie Valdemar: **Fototerapia Finsenowska.** (*Therapeutische Monatshefte*, 1900, 1). „Finsen's medicinske Lysinstitut“ w Kopenhadze jest publicznym zakładem naukowym, prowadzonym pod kierunkiem prof. Finsena. Powstał w r. 1896 za staraniem grona profesorów uniwersytetu i ludzi prywatnych, a obecnie utrzymuje go państwo duńskie, gmina Kopenhagi i fundusz Carlsbergowski. Zakład dzieli się na oddział pracowniany i kliniczny. Asystentem pierwszego oddziału jest autor, który zaznajamia nas szczegółowo z teoryą i praktyką fototerapii Finsenowskiej.

Finsen wyszedł z dwu pewników, jakie posiada nauka o działaniu światła na żyjące ustroje, a mianowicie: 1) światło wywołuje zapalenie na skórze; 2) światło zabija drobnoustroje. Na podstawie tych pewników utworzył swoją fototerapię. Co do pierwszego pewnika, że światło wywołuje zapalenie skóry, aż do ostatnich czasów sądzono powszechnie, że dzieje się to wskutek ogrzania skóry. Tymczasem spostrzeżenia dokładne dowiodły mylności tego zapatrywania. I tak w wycieczkach po lodowcach w ciepłocie poniżej zera może przyjść do zapalenia skóry. Tak samo powstaje na skórze rumień pod wpływem silnego elektrycznego światła łukowego, które posiada zaledwie mało co promieni cieplnych w porównaniu do ilości promieni świetlnych i pozafiołkowych.

Rzeczywiście pierwszy prof. Widmark ze Stokholmu za pomocą doświadczeń udowodnił, że zapalenie skóry pod wpływem światła zawdzięcza swój początek działaniu promieni najbardziej łamliwych czyli pozafiołkowych.

Potwierdziły to badania Finsena, który przepuszczał światło słoneczne przez soczewkę z kryształu górnego. Tak samo jak z doświadczeń Widmarka pokazało się, że dopiero promienie pozafiołkowe mogą wywołać zapalenie, inne promienie, jeżeli się usunie możliwość spalenia skóry za pomocą przepuszczania tych promieni przez wodę, już nie są tak silne, aby mogły sprowadzić zapalenie skóry. Największe znaczenie w wywołaniu zapalenia skóry mają promienie pozafiołkowe, mniejsze już promienie fiołkowe i niebieskie, a żadnego znaczenia nie posiadają promienie zielone, żółte i czerwone.

Ten ciekawy udział pewnych promieni w wywoływaniu zapalenia skóry wyzyskała już terapia. I tak, można zapobiedz wyrzutom skórnym, jakie powstają u pewnych osób pod wpływem słońca na wiosnę i w lecie, poleciwszy nosić czerwoną lub żółtą zasłonę na skórze. Również zalecono nacierać skórę rozczynem chininy, albowiem skóra taka nie przepuszcza promieni pozafiołkowych, które zmieniają się w promienie nieszkodliwe o mniejszej łamliwości.

Na tych zasadach powstała t. zw. ujemna fototerapia, tj. leczenie rozmaitych osutek, a szczególniej ospy przez wykluczenie promieni chemicznych. Finsen rozumował w ten sposób, że jeżeli promienie chemiczne mogą sprowadzić zapalenie skóry prawidłowej, to mogą także pogorszyć już istniejące zapalenie. Jest też powszechnie znaną rzeczą, że części ciała, najbardziej narażone na światło, jak twarz i ręce, najczęściej szpecą głębokie i gęste blizny „dzióby“ po ospie. Zamiast trzymać chorych w ciemni, można to z równym pożytkiem uczynić w świetle czerwonem. Robi się to tak, że w okno wprawia się szybę czerwoną, a resztę okna zasłania się tkaniną czerwoną, taką samą, jakiej używają fotografowie. Inne okna i drzwi zasłania się w zupełności, a do świecenia używa się lampy czerwonej, także takiej samej, jaką się posługują fotografowie w ciemni. Chorzy przyzwyczajają się do tej czerwoności, jaka panuje w pokoju, tylko niektórzy doznają niemiłego wrażenia niepokoju, lecz objawy te rychło ustępują. Dotychczas leczono w ten sposób około 150 przypadków ospy, pomiędzy nimi wiele nieszczepionych, a lekarze, którzy używali tego sposobu leczniczego, godzą się na jedno, że jest to leczenie bardzo skuteczne. Nawet w początkach ropienia osutki ospowej można powstrzymać sprawę. W przypadkach, leczonych od samego początku w świetle czerwonem, wcale nie występuje ropienie. Ma się również odbijać korzystnie ta „ujemna fototerapia“ na całym przebiegu ospy. Objawy zależne od ropienia nie pojawiają się, cała choroba skraca się i łagodnieje.

Tak samo korzystnie wpływa ujemna fototerapia na przebieg odry, jak pokazują przypadki autora francuskiego Chatiniêrea. Należy się spodziewać, że podobnie dobrze wpłynie ujemna fototerapia na przebieg płonicy lub róży, choć pod tym względem brak spostrzeżeń.

Oprócz fototerapii ujemnej zastósował prof. Finsen „fototerapię dodatnią“ i to jest właściwie jego tak głośna w świecie metoda leczenia toczniа (*lupus*).

Fototerapia dodatnia polega na użyciu promieni niebieskich, fiołkowych i pozafiołkowych, czyli t. zw. chemicznych, jako czynnika leczniczego w chorobach skórnych miejscowych pochodzenia drobnoustrojowego Przesłanką do fototerapii dodatniej jest drugi pewnik, wymieniony na czele, że światło zabija drobnoustroje. Chodzi tu znowu o rozstrzygnięcie, które to promienie światła działają tak silnie na bakterye.

Z wyników bardzo wielu badaczy zdaje się wypływać, że czynią to również promienie chemiczne. Autor przeprowadzał bardzo dokładne doświadczenia, które można uskutecznić tylko w tak wyposażonej specyalnie pracowni, jaką rozporządza zakład Finsenowski — i doszedł na podstawie ich do takiego samego wniosku, że działanie bakteryobójcze światła zasadza się prawie wyłącznie na promieniach niebieskich, fiołkowych i pozafiołkowych. Inne promienie, jak czerwone, żółte i zielone posiadają tylko nieznaczną siłę bakteryobójczą, kiedy promienie pozafiołkowe działają w tym kierunku nadzwyczaj mocno. A więc, te same promienie, które sprawiają zapalenie skóry, zabijają bakterye. Z tego zachowania się promieni urosło zaraz wskazanie dla terapii: światło, używane do zabijania drobnoustrojów, musi zawierać możliwie najwięcej promieni chemicznych.

Z początku sądził Finsen na zasadzie doświadczeń innych badaczy, że w pewnej części skóry, gdzie ma się zniszczyć bakterye zapomocą światła, trzeba utrzymać przekrwienie. Tak dowodziły doświadczenia Godneffa, że drobnoustroje giną najszybciej pod wpływem światła przy obfitym dowozie tlenu. Rychło jednak zmienił Finsen zapatrywanie, ponieważ, jak się przekonał, krew pochłania promienie chemiczne światła. Obecnie więc stara się, aby narząd, na który ma działać światło, znajdował się w stanie niedokrewności, a nawet bezkrwistości.

Ostatecznie przy użyciu światła, jako środka leczniczego, powinno się uwzględnić następujące warunki: światło ma być jak najsilniejsze, bo wtedy zawiera najwięcej promieni niebieskich, fiołkowych i pozafiołkowych, powinno zaś posiadać jaknajmniej promieni cieplnych; część skóry wystawiona na działanie światła winna się znajdować w stanie niedokrewności, a nawet bezkrwistości, równocześnie trzeba wykluczyć spalenie skóry zapomocą odpowiednich urządzeń.

W myśl tych zasad postępuje Finsen w swoim zakładzie, używając w lecie, o ile jest niebo czyste, światła słonecznego. W innych porach roku i w czasie zachmurzenia posługuje się elektrycznem światłem łukowem o sile 50—80 Amp. i prawie 50 Volt. Do skupienia światła używa się soczewek i to do światła elektrycznego soczewek z kryształu górnego, a do światła słonecznego soczewek szklanych. Różnica ta w użyciu soczewek polega na właściwości światła elektrycznego, którego promienie posiadają o wiele mniejszą długość fal, aniżeli promienie słoneczne, a właśnie kryształ górny przepuszcza te promienie o falach krótkich (aż do 200 $\mu\mu$). Zresztą doświadczenia z bakteryami, oświetlanemi zapomocą soczewek kryształowych a szklanych, poparły wia-

domości teoretyczne. Mianowicie pod wpływem światła elektrycznego, skupionego przy pomocy soczewki z kryształu górnego, ginął *bacillus prodigiosus* w kilku sekundach, podczas kiedy przy użyciu soczewki szklanej w tych samych warunkach obumierał ten prątek dopiero po pół godziny.

Pomiędzy dwiema soczewkami szklanemi, objętemi obręczą mosiężną, znajduje się rozczyn jasnoniebieski siarkanu miedziowego, który ochładza promienie światła słonecznego, pochłaniając promienie pozaczerwone najgorętsze, a także część promieni czerwonych, żółtych i zielonych. Chory leży lub siedzi, a przed nim umieszczona soczewka rzuca światło słoneczne na chorą część ciała. Soczewki z kryształu górnego do skupiania promieni światła elektrycznego są w połączeniu z osobnym przyrządem, który autor szczegółowo opisuje i opis objaśnia rysunkami. Należy tu jeszcze osobny przyrząd do oziębiania skóry i wywierania na nią ucisku, aby miejsce naświetlone znajdowało się w stanie bezkrwistości.

Głównym przedmiotem leczenia w zakładzie Finsenowskim jest toczeń. Oprócz tego objęto próbami także inne miejscowe schorzenia skóry, polegające już nie na bakteryach, ale na grzybkach pleśniowych. Doświadczenia te nie są jeszcze skończone; w każdym razie zapowiadają się dobrze, bo pokazało się, że tak samo, jak bakterye, zabija również światło pleśnie, powodujące choroby skórne: *Achorion Schoenleinii*, *Trichophyton tonsurans* i inne.

Dotychczas leczono w zakładzie Finsenowskim około 400 przypadków tocznia. Z wyjątkiem 5 przypadków we wszystkich fototerapia okazała się znakomitym środkiem leczniczym. Skutek jest tak nieodzowny i pewny, że przypadek, opierający się fototerapii, można uważać za źle rozpoznany. W tych pięciu przypadkach z wynikiem ujemnym przyczyna leżała w rozszerzeniu nadmiernem tocznia, który objął kilka miejsc na skórze, albo w zagłębokiem usadowieniu choroby, dokąd już światło nie mogło dojść. Pierwotnie przez $2^1/_2$ roku leczono chorych tylko samem światłem, aby się przekonać o działaniu leczniczem. Kiedy już jednak nie było żadnej wątpliwości, że światło leczy tocznia, użył profesor Finsen maści pyrogalowej, aby przyspieszyć leczenie, które wymaga bardzo długiego czasu. Maść pyrogalowa wygładza skórę i czyni ją bardziej przepuszczalną dla światła. Dotąd leczono fototerapią tylko tocznia na skórze, oraz na dostępnych błonach śluzowych, jak na przegrodzie nosa, na przednich częściach dziąseł, na języku, na wargach. Zmiany na innych głębokich błonach śluzowych pędzlowano rozczynem J + JK. i wypalano galwanokauterem.

Statystyka przypadków, leczonych właściwie, nie może dać wyobrażenia o skutku leczniczym, ponieważ przedewszystkiem trzeba znać przypadek. Rozpoznanie: *lupus* jeszcze nic nie mówi, należy go widzieć, aby należycie ocenić. Toteż autor na tej zasadzie, chcąc dać w przybliżeniu wyobrażenie, co można zrobić zapomocą fototerapii Finsenowskiej, dołączył do pracy swej trzy podobizny chorych przed leczeniem i po wyleczeniu. Są to rzeczywiście wyniki zdumiewające. Fotografie trzech kobiet ze zmianami rozległemi na nosie i wardze górnej są bardzo pouczające. Po leczeniu, które trwało około $^1/_2$ roku do 1 roku, zmiany zupełnie ustąpiły, owrzodzenia zabliźniły się, guzki w otoczeniu również zginęły, a blizny mają jeszcze tę własność, że są cienkie i mało znaczne.

Postępowanie lecznicze jest zgoła nie boleśne, a skutek kosmetyczny najlepszy. Fototerapia nie niszczy tkanki zdrowej i chorej. Na skórze zdrowej powoduje tylko zmiany barwikowe, zresztą nie sprowadza najmniejszej szkody.

Leczenie można przerwać każdej chwili i potem znowu rozpocząć, co też się robi w zakładzie, aby chorym niezamożnym zaoszczędzić czasu. Nawroty zdarzają się, ale tylko w tem znaczeniu, że gdzieś w otoczeniu wyleczonego tocznia po jakimś czasie niekiedy pokaże się guzek, którego pierwotnie nie widziano i tylko wtedy przychodzi do nawrotu. Zresztą zdarza się to bardzo rzadko i wyjątkowo. Chodzi wówczas o guzki głęboko usadowione, które z tego powodu uszły uwadze badającego lekarza.

Oprócz tocznia zwyczajnego leczono w zakładzie Finsenowskim tocznia rumieniowego *(lupus erythematosus)*, jednakowoż z mniej pomyślnym wynikiem, objawiał bowiem skłonność do nawrotów. W każdym razie nie można jeszcze doświadczeń tych uważać za skończone, ponieważ ilość leczonych przypadków była mała. Poddawano też leczeniu fototerapią łysinę plackowatą *(alopecia areata)*, której przyczyna może być przyrody drobnoustrojowej. Dotychczasowe próby są pomyślne, ale jeszcze niedostateczne.

W zakończeniu zajmuje się autor scharakteryzowaniem fototerapii Finsenowskiej, która nie ma żadnej wspólności z rozmaitymi sposobami leczniczymi, polecanymi przez tak zwanych „przyrodolekarzy“, jak z rzucaniem światła słonecznego na skórę, przez co powstaje spalenie, a nawet zwęglenie jej, kiedy przeciwnie w fototerapii Finsenowskiej chodzi o wykluczenie promieni cieplnych światła. W zakładzie Finsenowskim pracują ciągle nad zastósowaniem światła do innych jeszcze zadań w ustroju żywym, ponieważ w celach zakładu tego znachodzą się, jak mówi ustawa zakładowa: „badania nad działaniem światła na ustroje żyjące ze szczególnem uwzględnieniem zastósowania promieni świetlnych w medycynie praktycznej“. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

R. Barącz. **Wsteczne uwięźnięcie ze skrętem sieci w jamie brzusznej.** *(Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 54, Z. 5 i 6). Do nielicznych przypadków skrętu sieci, zebranych dokładnie z piśmiennictwa, dodaje B. własny. U mężczyzny 42-letniego, z rozpoznaniem uwięźnięcia sieci w przepuklinie pachwinowej, wykonał B. cięcie przepuklinowo-brzuszne. W worku przepuklinowym znajdował się przyrośnięty dolnym końcem postronek, przechodzący ku górze w jamie brzusznej w guz wielkości pięści. Guz łączył się z siecią prawidłową większą szypułą. Dwa te postronki stanowiły oś, około której część środkowa, w postaci guza, okręciła się 5—6 razy. Guz powstał z dolnej części sieci, która, jako treść przepuklinowa, narażona na ciągłe drażnienia, uległa znacznemu zgrubieniu; okręcenie odbyło się w worku przepuklinowym, a następnie dopiero skręcona zgrubiała część sieci wsunęła się do jamy brzusznej. Sieć wyciął B. w granicach zdrowych. Nastąpiło wyleczenie. *M.*

E. Martin. **„Facies sympathica“ u powieszonych, nierówność źrenic, obrażenie nerwu szyjnego przy powieszeniu.** *(Arch. d'anthropol. crim.* T. XIV, Z. 2, 1899). Autor zauważył na zwłokach powieszonych niezwykłe wejrzenie twarzy, zupełnie identyczne ze spotykanem u chorych, którym przecięto nerw spółczulny na szyi. Wejrzenie to było wywołane nieznacznem wysadzeniem jednej gałki ocznej, niedomknięciem na temże oku powieki górnej, zupełnem opadnięciem powieki oka drugiego, wreszcie nierównością źrenic. Ten ostatni objaw, to jest nierówność źrenic, jest, według M., objawem życiowym i wyklucza pośmiertne powieszenie. *Horoszkiewicz.*

Maass. **O mechanicznych zaburzeniach wzrostu kości.** *(Berliner klin. Wochenschrift* 1900 Nr 6). Zapomocą stósownych opatrunków gipsowych wywoływał M. u królików zaburzenia wzrostu kości przez mechaniczny ucisk i naciąganie. Doświadczenia te wykazały, co następuje: 1) Przez działanie nieprawidłowych czynników mechanicznych może uledz kość rosnąca, zresztą jednak zupełnie prawidłowa, nader łatwo zboczeniom co do swej ostatecznej postaci. 2) Zboczenia postaci są wówczas wywołane nie przez osłabienie lub wzmocnienie czynności wytwórczej okostnej i chrząstki nasadowej, lecz wyłącznie przez zaburzenia w rozmieszczeniu młodej tkanki kostnej, wytworzonej w ilości zupełnie prawidłowej. 3) Te zaś zaburzenia w rozmieszczeniu powstają według ścisłych praw mechanicznych, jako wynik fizyologicznego kierunku wzrostu w połączeniu z kierunkiem i siłą nieprawidłowych (sztucznych) oporów. Z powyższych spostrzeżeń, zwłaszcza z 2), wynika bardzo ważne i łatwo doświad-

czalnie stwierdzić się dające prawo, że każda mechaniczna przeszkoda rozrostu kości w jednym kierunku musi koniecznie wywołać oboczny (tj. równoważący) rozrost kości w innym, swobodnym kierunku (w kierunku mniejszego oporu). Ze zmianą postaci kości, wywołaną przez nieprawidłowe czynniki mechaniczne, działające na kość rosnącą, idzie w parze zmiana struktury. Przeszkadzając rozrostowi kości na długość zdołał M. wywołać w linii chrząstek nasadowych zmiany, zupełnie podobne do zmian krzywiczych. Ogólny wniosek, wysnuty z tego wszystkiego przez M. brzmi: zaburzenia wzrostu kości, wywołane przez nieprawidłowe działania mechaniczne (ucisk i naciąganie), a dotyczące zarówno kształtu jak i budowy kości, polegają na zmianach czysto mechanicznych w rozmieszczeniu tkanki kostnej, wytwarzanej zresztą w ilości fizyologicznej; działalność twórcza szpiku, okostnej i chrząstek nasadowych nie ulega przytem żadnym ilościowym zmianom.

Zastósowując wykryte przez siebie prawa do spraw patologicznych kości u ludzi, sądzi M., że i tu stósują się te same zasady, bądźto przez nadmierne działania mechaniczne na kość rosnącą, (ucisk ścian macicy na płód, ucisk obuwia, sukien i t. d.), bądź przez zwykłe, niezmienione czynniki mechaniczne na kość, mniej na nie odporną, ale rosnąca zresztą i l o ś c i o w o w sposób prawidłowy (krzywica). Stąd dla wytłómaczenia zmian k r z y w i c z y c h nie trzeba, zdaniem M., wcale uciekać się do zaburzeń zapalnych, odżywczych i t. p. lecz należy je pojmować jako c z y s t o m e c h a n i c z n y s k u t e k b r a k u s o l i w a p n i o w y c h w kości zresztą prawidłowo wytwarzanej, jako mechanicznie wywołane zmiany w rozmieszczeniu tkanki kostnej, wytwarzanej w ilości fizyologicznej. *Ciechanowski.*

Dr. H. Salomon. **O ucisku mózgowym w durze brzusznym.** *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 6, 1900). Objawy mózgowe w przebiegu duru brzusznego pochodzą albo z ropnego (z prątkami durowymi) zajęcia półkul, albo wskutek bezpośredniego zadziałania istot wydzielniczych tychże drobnoustrojów, co często daje powód do wytwarzania się wypociny i zwiększenia tem samem parcia śródczaszkowego. Na podniesienie się tego parcia zwrócił Salomona uwagę obraz wziernikowy dna oka, który już w początkowych okresach duru okazywał u chorych zamazanie i przekrwienie tarczy. Przedsięwzięte w tych przypadkach nakłócie lędźwiowe sprowadzało stale poprawę w zakresie zajętego sensoryum. *St. B. K.*

Dr. Ant. Bum. **O niezborności pochodzenia rdzeniowego i wyrównywającem jej leczeniu zapomocą ruchów.** *(Wiener med. Presse* Nr. 6, 1900). Działanie lecznicze ćwiczeń ruchowych, stósowanych przy bezładzie, zasadza się na powtórnem niejako wychowaniu ośrodków regulujących i na przystósowaniu ich do tej małej ilości wrażeń czuciowych, jaka jeszcze pozostała chorym niezbornym. Jak z jednej strony bezład odznacza się bezcelowością i nadmiernym wysiłkiem pracy przy wykonywaniu lekkich stosunkowo ruchów, — tak z drugiej strony cały ten sposób leczenia ma na oku metodyczną celowość i dlatego nie jest on ćwiczeniem mięśni, lecz nerwów. U tabetyków n. p., u których istnieje łatwa rozrywalność mięśni, kruchość kości, a u których prawie brak uczucia znużenia, zwykła gimnastyka jest przeciwwskazaną, a natomiast te ćwiczenia ruchowe mają tu racyę bytu. Techniki całego żmudnego postępowania opisywać trudno, nadmienić jednak wypada, że najlepsze wyniki dają te przypadki niezborności, które na jakiś czas przycichły, — najgorsze zaś te, które się szybko rozwijały. U osobników wyniszczonych, lub dotkniętych wadą ustrojową, leczenie to jest przeciwwskazane. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Dr J. Zabłudowski. (Berlin). **Przyczynek do leczenia niezdolności płciowej u mężczyzn.** *(Medicin.-Chirurg. Central-Blatt Nr. 3 i 4, 1900).* Jako znamienne cechy tego cierpienia podaje autor zwiotczałe narządy płciowe, a w szczególności nadmiernie skurczone prącie, następnie jądra, będące w okresie zanikania i punkta bolesne bądź na samych jądrach, bądź w okolicy międzykrocza; — z objawów, napotkać można zawsze niedostateczne naprężanie się członka, zaburzenia w wytrysku nasienia, często także i w oddawaniu moczu, nadto tacy chorzy odznaczają się pewnym stopniem śledziennictwa, zwiększonym jeszcze w dniu, w którym nie było wypróżnienia. Przechodząc do przyczyn, wywołujących niezdolność płciową, podnosi Z. w pierwszym rzędzie samogwałt, nadużycia w spółkowaniu, wreszcie choroby cewki moczowej i w ślad za tem idące drażnienia różnego rodzaju zgłębnikami, cewkami i t. p., — w ostatnim zaś dziesiątku lat mnożą się przypadki, w których powodem omawianego cierpienia bywa spółkowanie przerywane *(coitus interruptus)*, uprawiane przez długie lata.

Leczenie winno być dwojakiego rodzaju: 1) psychiczne, zasadzające się na odzwyczajeniu chorego od ewentualnych nałogów i na podniesieniu jego utraconej ufności w możliwość spółkowania; 2) mechaniczne — mięsienie jąder, sznurków nasieniowych, międzykrocza, powłok brzusznych i stosu kręgowego. Opisywanie wszystkich szczegółów i szczególików tego mięsienia przechodziłoby zakres wyciągu, to tylko nadmienić wypada, że podczas tych rękoczynów, ani prącia, ani pośladków tykać nie należy, jak również, że w przypadkach niezdolności płciowej, powikłanej z utrudnionem oddawaniem stolca, odbywa się mięsienie w pozycyi chorego kolankowo-łokciowej. Całe leczenie trwa 6—8 tygodni, przyczem chory ma się wstrzymać od spółkowania, a ćwiczyć się w zajęciach, dotychczas mu obcych (jazda na kole, pływanie), co wiele się przyczynia do odwrócenia uwagi chorego od jego cierpienia. Po skończonem leczeniu przeciw słabej jeszcze erekcyi bardzo skutecznym środkiem pomocniczym bywa pomazanie prącia wazeliną; w przypadkach zaś przedwczesnego wytrysku nasienia, pomazanie członka maścią parafinową lub lanoliną. W końcu zaznacza Z., że chorym, cierpiącym na pomazania nocne, których przyczyną był kilka lat trwający samogwałt, zalecić nadto należy twarde podłoże, mleko lub kakao na wieczór, a zabronić napojów wyskokowych. W przypadkach zaś nasieniotoku, który zwykle bywa następstwem trwającego długi czas spółkowania przerywanego, kładzie autor szczególny nacisk na mięsienie gruczołu krokowego i brzucha, jak niemniej na zalecanie, ale tylko kobiecie (nigdy mężczyźnie) środków, zapłodnieniu zapobiegających. Mniej skuteczne jest mięsienie tam, gdzie zaburzenia płciowe występowały w przebiegu chorób układu nerwowego ośrodkowego (wiąd rdzenia, stwardnienie rozsiane), chorym zaś z t. zw. względną niezdolnością płciową, — u których wzwód prącia się nie pojawia wskutek braku pobudzenia psychicznego, jako następstwo przyzwyczajenia się do kobiety, — zaleca zmianę pozycyi przy spółkowaniu, szczególniej w przypadkach, gdzie znachodzą się nieprawidłowości sromu lub brzuch obwisły. *Dr Henryk Pisek.*

Em. Kraus. **Przypadek białaczki szpikowo-śledzionowej, rzekomo uleczony przez ostrą chorobę zakaźną.** (Z kliniki lek. prof Jakscha w Pradze. *Prager med. Wochenschrift* Nr. 41, 42, 1899). Autor opisuje przypadek, cechujący się zmianami chorobowemi, właściwemi białaczce, w których nadto i kilkakrotnie przedsiębrane rozbiory krwi potwierdziły rozpoznanie kliniczne. Na 2 tygodnie przed zejściem śmiertelnem wśród zapalenia płuc, opłucnej i otrzewnej skutkiem, jak obdukcya wykazała, zakażenia mięszanego, stan ogólny chorego znacznie się pogorszył, podczas gdy rozbiór krwi wykazywał, że stosunek ciałek krwi czerwonych do białych powrócił do stanu prawidłowego, myelocyty, komórki olbrzymie i ciałka krwi czerwone jądrzaste znikły zupełnie, wątroba zaś i śledziona zmniejszyły swą objętość. Z przypadku tego widocznem jest, że wystąpienie w przebiegu białaczki choroby zakaźnej, może sprawę białaczkową wstrzymać, a nawet narządy krwiotwórcze i składniki krwi mogą wrócić do stanu zupełnie prawidłowego tak, że możnaby uważać tę chorobę za usuniętą. *Dr Zygmunt Wąsowicz.*

Richard v. Braun Fernwald. **Przyczynek do samozakażenia połogowego.** *(Wien. klin. Woch.* Nr. 49 r. 1899). Za przypadki samozakażenia uważa autor tylko te, gdzie nie było możności wprowadzenia łańcuszkowców z po-

chwy do macicy, to jest te, które dotyczą kobiet, przez nikogo wogóle niebadanych wewnętrznie. Jako dowód przytacza przypadek śmiertelnego zakażenia połogowego, potwierdzonego sekcyą zwłok, u kobiety, która odbyła prawidłowo poród w klinice Brauna i nie była absolutnie przez nikogo wewnętrznie badaną, ani też nie badała się sama. Krocze podpierała jej wprawdzie uczennica, ale pod dozorem akuszerki zakładowej i na kroczu żadne obrażenia nie powstały. W przypadku tym pierwsze objawy zakażenia otrzewnej wystąpiły po bardzo silnych bólach poporodowych, prawdopodobnie one to przeniosły drobnoustroje z trąbek na otrzewną. Autor wypowiada zdanie, że prowadzenie porodu aseptyczne, t. j. bez żadnych przestrzykiwań pochwy, jest lepsze, niż antyseptyczne, ale pod tym warunkiem, że położnie z porodami prawidłowymi zupełnie nie należy badać wewnętrznie.

St. D.

Dr. König: **Doświadczenia nad wpływem przepłókiwań pochwowych podczas porodu na przebieg połogu.** (*Münch. med, Woch.* Nr. 1, 1900). Aby w tej zawiłej sprawie nabrać wśród tych samych warunków pewnego doświadczenia, przeprowadził autor swoje spostrzeżenia w ten sposób, że połowę przyjmowanych rodzących przestrzykiwał, u drugiej zaś przeprowadzał poród bez przestrzykiwań pochwy. Ciepłotę w połogu mierzył zawsze w odbytnicy.

Serye doświadczeń obejmują 1100 porodów. Z doświadczeń tych wynika, że w połogu więcej gorączkowało kobiet, które podczas porodu były przestrzykiwane, natomiast śmiertelność u przestrzykiwanych była mniejszą. To, czy podczas porodu były rodzące badane, czy też nie, nieznacznie tylko wpływało na przebieg połogu.

U kobiet, które podczas porodu przebyły operacye, połóg przebiegał tak u przestrzykiwanych jak i u nieprzestrzykiwanych mniej więcej jednakowo. Autor twierdzi, że serya porodów jego jest jeszcze za szczupłą i robi jeszcze w ten sam sposób doświadczenia u dalszych 2000 położnic, ale prawdopodobnie przekona się i w dalszym ciągu swych doświadczeń, że przestrzykiwania pochwowe podczas porodu są co najmniej zbędne. *St. D.*

Tiemich: **O rozpoznawaniu nieudolności umysłowej** *(Imbecillitas)* **we wczesnem dzieciństwie**. *(Deut. med. Woch.* Nr. 2, 1900). Nie znamy sposobów ścisłego odgraniczenia nieudolności umysłowej (*imbecillitas*) od niedołęztwa umysłowego (*idiotismus*), a rozpoznanie to o tyle jest ważne, że w pierwszym przypadku kształceniem systematycznem możemy uzyskać pewną poprawę, w drugim wszelkie usiłowania okażą się bezskuteczne. U dzieci starszych rozpoznanie niedostatecznego rozwoju umysłowego nie jest trudne, bo dziecko takie znacznie odbija brakiem inteligencyi od swych rówieśników, ale najczęściej zgłaszają się do lekarza rodzice z dzieckiem 1—2 lat liczącem, gdyż zauważyli, że dziecko nie zachowuje się tak, jakby to jego wiekowi odpowiadało i żądają stanowczej odpowiedzi, czy dziecko jest tylko słabsze umysłowo, czy niedołężne. Na jakichże podstawach oprzeć ma lekarz swoje rozpoznanie? Szuka najpierw zmian w układzie nerwowym i w wielu przypadkach znajdzie podstawę niedostatecznego rozwoju umysłowego czy to w wodogłowiu, czy małogłowiu, czy też w innych zmianach, świadczących o schorzeniu mózgu; gdy jednak tych zmian niema, wtedy ograniczyć się musi do zbadania stanu umysłowego, a środki po temu są bardzo małe. W klinice Wrocławskiej badają w tych przypadkach 1) w kierunku uczucia bólu, 2) badają smak, 3) zwracają uwagę na zachowanie się dziecka pod wpływem zadrażnienia zmysłu wzroku i słuchu.

Na ból po ukłóciu oddziaływa noworodek prawidłowy gwałtownym krzykiem natychmiast po sprawieniu mu bólu; dzieci cierpiące na nieudolność umysłową są na ukłócia nawet głębokie i częste prawie obojętne *(analgesia)*. Jestto objaw prawie stały i pewny. Do badania smaku używa się następujących roztworów $^1/_4$% sacharyny, 2% chininy, 2% kwasu solnego, 5% roztworu soli kuchennej, z których podaje się dziecku po łyżeczce do wewnątrz i obserwuje zachowanie się dziecka. Dzieci prawidłowe już w pierwszych tygodniach życia rozróżniają słodkie od słonego, kwaśnego i gorzkiego, jak to można zauważyć z zachowania się po spożyciu jednego z tych płynów. Dzieci, nierozwinięte umysłowo, mają smak upośledzony, objaw ten jednak nie jest tak pewny, jak poprzedni, bo zauważono, że uczucie smaku nierozwija się u wszystkich dzieci jednakowo wcześnie i w tym samym stopniu. Badanie wrażliwości wzroku odbywa się w ten sposób, że pokazuje się dziecku światło, lub znane mu przedmioty świecące, a wiadomo, że kilkutygodniowe dziecko, prawidłowo rozwinięte, kieruje swój wzrok na światło, skupia swoją uwagę na przedmioty pokazywane. Dzieci niedołężne umysłowo albo zachowują się zupełnie obojętnie i nie patrzą wcale na światło, lub też w pierwszej chwili skierowują swój wzrok na przedmiot okazany, lecz nieskupiają nad nim ani chwili swej uwagi i przelatują wzrokiem dalej. Tę postać nazywają „I. agile". Tak samo mniej więcej zachowuje się słuch, chociaż ten zmysł później się rozwija, a oba te objawy mają w rozpoznaniu *imbecillitas* wielkie znaczenie. Rozumie się, że chcąc wyciągać z wyniku badania odpowiednie wnioski, musimy być pewni, że odpowiedni narząd wzrokowy, względnie słuchowy, razem z ośrodkami znajduje się w stanie prawidłowym. — Do dalszych objawów, które w rozpoznaniu nieudolności umysłowej bierzemy w rachubę, należą u dzieci 3—4-letnich: oddawanie moczu i kału pod siebie, ślinotok, wreszcie trudność lub niemożność wyuczenia się mowy.

Doc. Raczyński.

Lacassagne i Martin: **O próbie wątrobowej** *(Archiv. d'anthropol. crim. T. 14, Z. 1).* L. i M., opierając się na zdaniu Klaudyusza Bernarda, że brak cukru w wątrobie zwłok ludzkich lub zwierzęcych dowodzi, iż śmierć była następstwem choroby dłuższej, poczęli badać w tym kierunku wątroby zwłok, zwierząt, pozbawionych w różny sposób życia i wątroby zwłok, sekcyonowanych w Zakładzie sądowo-lekarskim w Lugdunie. Badania te wykonywali w ten sposób, że 100 grm. wątroby rozcierali na miazgę, którą potem gotowali aż do wrzenia z prawie podwójną ilością wody (200 grm.). W celu odbarwienia roztworu i strącenia substancyj białkowatych, dodawali stósowną ilość węgla zwierzęcego, poczem uzyskany przesącz miareczkowali mianowanym płynem Fehlinga. Roztwór przedstawiał się dwojako, tj. albo był przejrzysty, albo opalizujący. W tym ostatnim razie redukował on w płynie Fehlinga tlenek miedziowy na tlenek miedziawy, tj. zawierał cukier, a nadto glikogen, albowiem opalizowanie płynu pochodzi od obecności w nim glikogenu. Przesącz przejrzysty nie zawiera glikogenu, mimo to może zawierać nieco cukru, temsamem redukować płyn Fehlinga. Płyn był przejrzysty i nie zawierał cukru zawsze, jeśli wątroba pochodziła z człowieka lub zwierzęcia, zmarłych powolną śmiercią, poprzedzoną dłuższem konaniem; jeśli natomiast śmierć nastąpiła nagle w stanie niezamąconego poprzednio zdrowia, to płyn zawierał glikogen i cukier. Jeżeli zaś śmierć nastąpiła nagle u człowieka, złożonego chorobą i nawet konającego, u którego jednak agonia została nagle przedwcześnie przerwaną przez śmierć z niespodziewanej przyczyny (n. p. u suchotnika nagłe uduszenie się treścią jamy), to choć płyn nie zawiera glikogenu, jednak posiada cukier i redukuje płyn Fehlinga. Wśród konania zużywa ustrój glikogen złożony w wątrobie, przemieniając go w cukier; jeżeli śmierć nastąpi nagle, to glikogen w wątrobie będzie niezużyty; jeżeli ta nagła śmierć przerwała przedwcześnie agonię, to zużyty glikogen nie da się już wykazać, natomiast da się stwierdzić cukier, pochodzący z glikogenu, a nie zużyty jeszcze przez ustrój z powodu nagłego przerwania agonii. Ilość glikogenu i cukru waha się w badanych w ten sposób 100 grm. wątroby między 2—6 grm., a zależą one od czasu, jaki upłynął od chwili śmierci do wykonania sekcyi i podjęcia tej próby wątrobowej, od ewentualnych ubocznych zmian chorobowych, od stanu trawienia, tj. czy denat zmarł

w chwili szczytu trawienia lub w stanie czczym. Nawet w zgniłych wątrobach po upływie miesiąca od chwili śmierci znajdowali L. i M. glikogen i cukier. Żółtaczka zmniejsza ilość cukru, moczówka cukrowa ją zwiększa, atoli jeżeli przy tej chorobie śmierć nastaje zwolna, próba wątrobowa wypada ujemnie. W przypadkach, w których śmierć nagłą poprzedza zapad, ciężka niemoc, próba na glikogen wypada ujemnie, lecz na cukier dodatnio. Próba wątrobowa daje się zastósować w zwłokach płodów, noworodków, dzieci i dorosłych, a jest w wykonaniu dostępną każdemu lekarzowi, niczem się bowiem nie różni od sposobu badania moczu na cukier. *Dr. Horoszkiewicz.*

Lewerenz: **Luźne spostrzeżenie, dotyczące „Invaginatio ileo-colica“.** *(Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 5. 1900 r.) Autor przysparza kazuistyce wgłobień jelitowych następujący przypadek: U 12-letniego chłopca występowały od 3 miesięcy napadowo zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, które przy uwzględnieniu objawów ogólnych i miejscowych nasuwały podejrzenie sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego. Do podobnego przypuszczenia skłaniał się L., który w dniu przyjęcia stwierdził u chorego obecność guza podłużnego, walcowatego, przy ucisku bardzo bolesnego, a umiejscowionego nad prawym talerzem biodrowym. Wobec wystąpienia objawów zadrażnienia otrzewnej przystąpiono natychmiast do operacyi, podczas której okazało się, że dolny odcinek jelita biodrowego, przesunąwszy się przez zastawkę i jelito ślepe, wgłobił się w kiszkę wstępującą. Wyrostek robaczkowy bez zmian. Odprowadzenie wgłobienia było trudnem, udało się ono dopiero po rozszerzeniu zastawki palcami, wprowadzonymi między część wpochwioną a pochwę. Jelita zmian poważniejszych nie okazywały. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. W krótkim czasie po opuszczeniu zakładu zmarł chory z powodu gruźlicy gruczołów krezkowych. Badanie anatomiczne wykazało na błonie śluzowej dolnego odcinka jelita biodrowego, jelita ślepego i dolnej części kiszki wstępującej liczne drobne wyniosłości, obok większych wyrośli polipowatych, z których kilka dosięgało wielkości małej śliwki. Podobne zmiany znajdowały się na samej zastawce. Powstanie i rodzaj wgłobienia wprowadza autor w ścisły związek z powyższemi zmianami. Badanie histologiczne wykazało, że twory polipowate powstały wskutek bujania tkanki łącznej podśluzowej, bez udziału błony śluzowej i jej gruczołów. Objawów sprawy zapalnej w postaci nacieków drobnokomórkowych nie znaleziono. *Urbanik.*

A. Ferenczi. **Dwa przypadki ciąży w macicy podwójnej.** *(Klin. Therap. Woch. Nr 51 z r. 1899).* Podobnych przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie, znalazł autor 29. Pod względem embryologicznym istnieją dwa możliwe wytłómaczenia powstania tej nieprawidłowości utworowej: jedni uważają ten stan za zatrzymanie w rozwoju, inni przyczyny niezrastania się obu przewodów Müllera dopatrują w zbyt obszernej miednicy. W przypadku pierwszym autora była rzeczywiście miednica obszerna, ale autor nie rozstrzyga, czy ona była przyczyną powstania macicy podwójnej, czy też przypadkiem obszerność ta nie była następstwem nieprawidłowej budowy macicy. W przypadku tym podczas ciąży w jednym odcinku macicy drugi odcinek miesiączkował prawidłowo. Ciąża przerwała się w 3 miesiącu. Podczas poronienia i druga szyja stała się dla palca drożną. Podobnie też i w drugim przypadku autora nastąpiło przerwanie ciąży w 3 miesiącu. *St. D.*

Moreau. **Nowy objaw przy śmierci z utonięcia.** *(Annales de société de medecine légale de Belgique Nr 4, 1899).* Autor zwraca uwagę na 2 objawy, które prawie we wszystkich przypadkach śmierci z utonięcia spostrzegał, a mianowicie na obecność w jamie brzusznej większej ilości (około 20—25 ctm. sz.) jasnego przeźroczystego płynu i wypełnienie pęcherza obfitą ilością bardzo jasnego moczu. Objawy te mają być według M. pewnym dowodem, że ciało za życia dostało się do wody. Autor przyjmuje, że płyn, który w znacznej ilości dostał się do dróg oddechowych i do żołądka, przechodzi szybko do obiegu krwi, skutkiem czego ciśnienie jej się zwiększa, powodując szybsze wydzielanie się moczu i przesączynę do jamy brzusznej. *Horoszkiewicz.*

M. Hofmeier. **O postępowaniu w trzecim okresie porodu.** *(Münch. med. Woch. Nr 48 r. 1899).* Autor orzekał w przypadku sądowym, dotyczącym lekarza, wezwanego w cztery godziny po porodzie, który nie próbując wygniecenia, wyjął zatrzymane łożysko ręcznie bez żadnej desinfekcyi pola operacyjnego, poczem chora uległa w krótkim czasie zakażenia połogowemu. Z okazyi tego przypadku stara się autor najpierw odpowiedzieć na pytanie, jak długo należy czekać, zanim przystąpi się do ręcznego wydobycia łożyska, naturalnie, jeżeli chora nie krwawi. Przytaczając tu odnoszące się zdania z piśmiennictwa i opierając się na własnem doświadczeniu, poleca autor w takich przypadkach czekać 3—4 godzin, bez najmniejszej obawy, by przez to zabieg stał się trudniejszym. Zanim jednak przystąpi się do wydobycia ręcznego łożyska, należy próbować je wygnieść. W dalszym ciągu odpowiada autor na pytanie, jaka ilość straconej krwi przed odejściem łożyska zmusza lekarza do wydobycia ręcznego łożyska? Za graniczną ilość uważa on 1—1½ litra krwi, którą to ilość można obliczyć, chwytając krew do położonej pod rodzącą miseczki. W końcu odpowiada na pytanie, czy przed wydobyciem ręcznem łożyska jest lekarz obowiązany dokładnie odkazić srom i pochwę? Autor jest zdania, że powinien tę desinfekcyę dokładnie przeprowadzić, w pierwszym bowiem razie staje się winnym zaniedbania. *St. D.*

Adolf Gessner. **O rozpoznawaniu raka macicy.** *(Münch. med. Woch. Nr 52 z 1890).* Autor stara się udowodnić, żejedyną drogą, umożliwiającą rozpoznanie raka trzonu i szyi macicy, jest jej wyskrobanie. Rozpoznanie przez sondowanie raka trzonu macicy we wczesnych okresach jego rozwoju jest niemożliwem, gdyż opory, które przez sondowanie stają się widocznymi, muszą być dosyć znaczne, a takich w samych początkach rozwoju raka brak. Jeżeli natrafia się zaś na nieznaczne nierówności, to łatwo je wziąść można za polipki śluzowe. Podobnie jak sondowanie daje również wyniki niepewne obmacanie wnętrza macicy palcem po rozszerzeniu szyi, o czem autor miał sposobność przekonać się. Autor zwraca uwagę również na trudność rozpoznania początkowego okresu raka szyjki; to rozpoznanie jest tylko możliwe przez wyskrobanie i dokładne zbadanie wszystkich wyskrobanych skrawków. *St. D.*

Prof. Eichhorst. O chorobach mięśni przy rzeżączce cewki moczowej. (*Deut. med. Woch.* 1899, 42). Przytaczając z piśmiennictwa nieliczne tylko przypadki podobnego cierpienia, opisuje autor swój przypadek, odznaczający się tylko lekkimi objawami ze strony cewki mocz., a znacznym obrzękiem na udzie wzdłuż mięśnia naprężacza powięzi szerokiej (*tensor fasciae latae*). Na mocy tego, jak i poprzednio ogłoszonych przypadków, stwierdza E., że takie zapalenia mięśni spotkać można w przebiegu rzeżączki przewlekłej i ostrej, przy objawach gorączki i znacznego bólu w miejscu twardego nacieku wzdłuż mięśnia, zajętego sprawą chorobową. Utrzymanie się nacieku przy braku dążności do ropienia przemawia za tem, że przyczyną zapalenia są dwoinki Neissera, a nie gronkowce lub paciorkowce. *F. K.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

R. Hessen opisuje 47 przypadków gruźlicy płuc, leczonych Hetolem w praktyce jego prywatnej (*Broszura pod tyt. Was leistet Prof. Landerers Zimmtsäure-Behandlung für Lungenschwindsucht in der Praxis?*) i jest zdania, że leczenie metodą Landerera kwasem cynamonowym i pochodnych jego (hetolem) jest wielkiej doniosłości i dobrodziejstwem dla ludzkości, a jej znaczenie będziemy mogli dopiero wówczas dokładniej ocenić, gdy porównamy między sobą wyniki doświadczeń, jakie się przeprowadza już to na klinikach i poliklinikach, już to w zakładach prywatnych, oraz w praktyce prywatnej lekarzy. — Dziś stanowczo twierdzić można, iż hetol do leczenia przypadków gruźlicy u chorych, nie będących

w możności poddać się kuracyi powietrznej, a zmuszonych do przebywania w miastach, jest środkiem cennym, a przewyższa bezsprzecznie kreozot. — Z przypadków opisanych przez Hessena, a leczonych hetolem, wprawdzie nie wszystkie zostały wyleczone, wiele jednak jest takich, które uległy znacznemu polepszeniu, jakkolwiek były one ciężkiemi. Z doświadczeń swoich dochodzi autor również do wniosku, iż do leczenia hetolem nadają się szczególnie przypadki rozpoczynającej się gruźlicy, które są bardzo wdzięczne do leczenia. *J. L.*

Balzer stosuje przy łysieniu 30% rozczyn kwasu mlekowego, smarując miejsca pozbawione włosów tym płynem aż do wywołania zapalenia skóry, poczem zaprzestaje na parę dni, aby po ustąpieniu objawów zadrażnienia, znowu pędzlowanie rozpocząć. Autor spostrzegał nierzadko już po 3—4 tygodniach świeży porost włosów. (*Sem. med.* 1899, 20). *F. K*

Karr opisuje (*Practitioner* 1899, 10) sposób działania ciepłego powietrza zapomocą przyrządu Dowsing'a, który składa się z płaszczyzn, odbijających światło elektryczne na całe ciało, — działanie więc najwięcej zbliżone do wpływu promieni słonecznych. Szczególnie pomyślne wyniki otrzymywał autor w napadach dny, gdyż już taka pierwsza świetlana kąpiel usuwała bóle, szczególnie gdy ciepłota dochodziła do 300° F. Trwalszy wynik w takich przypadkach uzyskać się daje częstemi kąpiolami świetlnemi i dyetotycznymi przepisami. Podobnie poprawę uzyskał autor w przewlekłych sprawach gośccowych, w rwie kulszowej i nerwobólach, a nawet do pewnego stopnia w zesztywnieniach stawów po różnych sprawach przewlekłych. *F. K.*

Riforma medica (1899, 4) podaje przepis dla pędzlowania drobnych rozpadlin języka: *Rp. Ac. carbol. 1·0 Tin. Jodi 3·0 Glycerin. 10·0.* *F. K.*

Guépin podaje jako środek odciągający (*vesicator*): *Rp. Liqu. Ammon. caust. 5·0 Ol. camphor. 10·0 S.* Wacik odpowiedniej wielkości, zamaczany w tym płynie, przyłożyć na 15 minut. *F. K.*

Frolow stósował nowy przetwór rtęciowy: *Hydrarg. bijodosalicyl.*, u 300 chorych i jest z wyników zadowolony. Środek ten stosuje się w postaci 10% zawiesiny w płynnej wazelinie; 7—8 wstrzykiwań miąższowych wystarcza dla usunięcia najcięższej wysypki. (*Bolnic. gaz. Botk.* 1899, 25). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 23 lutego 1900 roku.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 78.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Merunowicz porusza myśl utworzenia w łonie Sekcyi kółek; kółka te, czy to jako ściśle referatowe, czy to jako kółka specyalistów, mają mieć przedewszystkiem na celu rozbudzenie żywszego życia naukowego, mają usunąć balast za specyalnych rzeczy z posiedzeń zwykłych Sekcyi. Temata, poruszane na posiedzeniach kółek, zwłaszcza jeżeliby obchodziły szersze sfery lekarskie, mają być potem przedstawiane na posiedzeniach zwykłych Sekcyi. Kolega Merunowicz prosi o przekazanie tej sprawy biuru Sekcyi.

Z kolei kol. Merunowicz jako referent Komisyi statutowej zaznacza, że u wielu członków wyłoniła się myśl odpowiedniej zmiany dotychczasowego regulaminu, lub też zgoła utworzenia nowego Towarzystwa we Lwowie, wyznaczono więc osobną Komisyę w celu wygotowania projektu. Wśród obrad Komisyi wyłoniły się dwa zasadnicze projekta. Jeden a) utworzenia nowego Towarzystwa na podstawach podobnych do Tow. lek. krakowskiego, projekt ten jednak ze względów materyalnych jest niewykonalnym i drugi projekt b) aby w ramach już istniejącego statutu, nadać Sekcyi pewną autonomię z tem wyraźnem zastrzeżeniem, że dotychczasowa postawa co do majątku Tow. nie ma być naruszoną, jako też i stosunek z Tow. lek. krakowskiem i organem Tow. lekarzy galicyjskich „Przeglądem“ ma zostać ten sam.

Kol. Gluziński podniósłszy, że Sekcya lwowska, będąc najliczniejszą w kraju, rezydując w stolicy i mając wybitnie naukowy charakter, nie mogła dotąd nigdzie, jako taka, ani oficyalnie na zewnątrz występować, ani też nigdzie swych reprezentantów wysyłać, odczytuje projekt zmiany ustawy, uchwalony przez całą Komisyę; — projekt ten dosłownie brzmi, jak następuje:

Do § 5. jako nowy ustęp 4: Sekcya lwowska nosi nazwę „Towarzystwo lekarskie lwowskie«.

Do § 9. po słowach „we Lwowie“ dodać „Towarzystwo lekarskie lwowskie posiada samorząd z wyjątkiem spraw, odnoszących się do zarządu wspólnego majątku Tow. lek. gal. i ustanawia sobie samo regulamin, który jednak nie może naruszać zasadniczych postanowień ustawy Tow. lek. galicyjskich.

Do § 12. po słowach „na zewnątrz“ dodać: „lecz Sekcya lwowska, jako Tow. lek. lwowskie, ma własną reprezentacyę“.

Do § 14. jako początek: „Tow. lek. lwowskie ustanawia sobie Zarząd według własnego uznania“.

§ 50. Na potrzeby kancelaryjne Sekcyi, względnie Tow. lek. lwowskiego, wypłaca..... dalej jak dotąd. W części 2giej tego § opuścić słowo „administracyjnych“, jako ostatni ustęp tego paragrafu: Tow. lek. lwowskie pobierać będzie jak dotąd na pokrycie kosztów lokalu swego po cztery korony od każdego swego członka; gdyby zaś to nie wystarczało na pokrycie wszystkich wydatków, połączonych z utrzymywaniem własnego lokalu, wówczas pokrywa niedobór Rada zawiadowcza z funduszu administracyjnego Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego“.

§ 74. O przyjęciu członków czynnych rozstrzyga właściwe biuro Sekcyi, względnie Tow. lek. lwowskie. Sposób przyjmowania do Tow. lek. lwowskiego oznaczy ono w swym regulaminie.

§ 76. Tow. lek. lwowskie ma prawo mianowania swych członków honorowych. Sposób mianowania oznaczy regulamin.

Do § 81. O wykluczeniu członków Tow. lekarsk. lwowskiego rozstrzyga toż Towarzystwo: winno jednak o każdem wykluczeniu bez zwłoki uwiadomić Radę zawiadowczą Tow. lekarzy galicyjskich.

Nad projektem tym wywiązała się blisko dwugodzinna ożywiona dyskusya; ostatecznie, na wniosek kol. Marsa, uchwalono większością głosów projekt ten, po poprzedniem wprowadzeniu poprawki kol. Becka, przyjąć *en bloc* i polecić biuru przedstawić go do zatwierdzenia na Walnem zgromadzeniu Tow. lekarzy galicyjskich.

Poprawka kol Becka brzmi: „Członkowie Tow. lek. krakowskiego, oraz członkowie Tow. lek. galicyjskich innych Sekcyj, przesiedliwszy się do Lwowa, stają się temsamem członkami Tow. lekarskiego lwowskiego“. *Krzyszkowski*, sekretarz.

VII.

† Franciszek Sroczyński

Doktor wszech nauk lekarskich, Docent okulistyki w Uniw. Jagiell., urodzony w roku 1862, zakończył życie w Krakowie dnia 8 marca 1900 roku.

Wszystko, co żyje w czasie i przestrzeni, cały ten świat organiczny, jest bezpośrednim lub pośrednim plonem ziemi. Wszystkie objawy duszy ludzkiej, cecha jej nastrojów, wzniosłość i poziomość, to znowu plon tego pierwiastku nieziemskiego, który zowiemy duchem narodu. Nie daje jednak ziemia plonu bujnego a owocu słodkiego, gdy jej płododajną warstwę zmrozi chłód, zmierzwi grad. Nie zazna duch narodu orlich wzlotów i moralnej szczęśliwości, gdy zeszła nań dzieje nawalnicę klęsk, upokorzeń i niedoli. Dnia 8 b. m. dokonał życia śp. Franciszek Sroczyński, człowiek względnie młody, światły, wykształcony, wzięty lekarz, ceniony specyalista, poważny badacz i pisarz; a więc gdy miał to wszystko, co życie daje, dlaczegoż żyć nie chciał i samowolnie żyć przestał? „Świat czasem bywa snycerzem“ powiada poeta: to, co pierwsze wrażenia wyrzeźbią na dziecięcej duszy, zostaje na resztę życia kształtem jego rysów duchowych. Śp. Fr. Sroczyński urodził się w r. 1862; pierwszych wrażeń ze świata zewnętrznego doznał w roku żałoby narodu, w okresie niepogaszonych zgliszcz, niezaschniętej krwi, niezagojonych ran, nieotartych łez; w owych Hiobowych czasach nad kolebką niemowlęcia nie rozlegała się wesoła

piosnka piastunki, nie otaczały jej oczy wesołe, twarze uśmiechnięte, nie prawiono dzieciom o bohaterach i królewiczach zwycięzkich; a może pierwsze, zrozumiane przez pacholę, opowiadanie było rzewną skargą narodu, a pierwsza przesylabizowana powieść kartą z jego martyrologii? dość, że śp. Fr. Sroczyński od najmłodszych lat nosił na sobie piętno smutku, żył przewagą życia podmiotowego nad przedmiotowem, więcej z sobą, niż z ludźmi i powoli, wśród posępnego osamotnienia, tracił powab życia; a czem mniej miało ono dla niego uroku, tem trudniej mu było znieść wszelką niedoskonałość ludzką, wszelkie tarcie, nawet takie, które od bytu codziennego jest nieodłączne. Dręczące życie stało się mu ciężarem, zapragnął spokoju wiecznego i zdobył go w chwili bólu psychicznego. Przytoczona sylwetka duchowa śp. Franciszka nie pozostawia wątpliwości, że był to człowiek chory i że przyczyny jego fatalnego postanowienia należy dopatrywać nie w tej lub innej niedoskonałości wychowania, lecz w obciążeniu wrodzonem, którego stał się ofiarą.

Śp. Franciszek Sroczyński urodził się r. 1862 w Stanisławowie, gdzie rozpoczął nauki szkolne; po przeniesieniu się do Krakowa został w roku 1872 wpisany do gimnazyum św. Jacka, które ukończył w r. 1880. Jeden z kolegów zmarłego, który na jednej z nim ławie spędził lata gimnazyalne, łaskawie udzielił nam o zmarłym następujących szczegółów: W życiu koleżeńskiem śp. Franciszek nie brał żywego udziału, już to z powodu słabego zdrowia, już też dla swego usposobienia fantastycznego. Był to „kolega filozof“, który wśród rozpraw tylko od czasu do czasu lubił dorzucić jakąś uwagę, na pozór sarkastyczną, a jednak zawsze tchnącą uczuciem szlachetnem. Odznaczał się zamiłowaniem do nauk przyrodniczych, tudzież do literatury. Był to umysł ściśle krytyczny: w r. 1879 wygłosił odczyt na wieczorku ku uczczeniu Mickiewicza na temat: „Mickiewicz a Słowacki w literaturze“. Treść i forma odczytu wprawiły w podziw kolegów i przełożonych, długo o nim mówiono i podnoszono z uznaniem krytyczny zmysł prelegenta.

Na Wszechnicę Jagiellońską wpisał się w roku 1880. Oddał się pracy naukowej nad siłę, lecz wkrótce odczuł dotkliwie nadmiar wysiłku i słabnąc widocznie, stał się drażliwym, unikał ludzi, a z kolegów wyróżniał tylko dwóch, zbliżonych usposobieniem, którzy później jak on, przecięli sami nić żywota. Pognębienie duchowe, postępując, przeszło w zadumę i śp. Franciszek musiał na jakiś czas przerwać pracę naukową. Podczas studyów uniwersyteckich, po za nauką podręcznikową, lubił zaciekać się w tajniki przyrody i jestestwa ludzkiego; na ten temat staczał dysputy z śp. prof. G. Piotrowskim, a do najulubieńszych przedmiotów należało roztrząsanie zjawisk zmysłu wzrokowego, który ze szczególnem zamiłowaniem studyował pod względem fizyologicznym i patologicznym. Dobrze polecony przez śp. prof. Rydla udał się w r. 1885, przed otrzymaniem dyplomu, do Poznania, gdzie pełnił obowiązki asystenta w klinice prof. Wicherkiewicza aż do chwili, w której, ustępując przed brutalną siłą rządów Bismarkowskich, zmuszony był w końcu tegoż 1885 r. powrócić do Krakowa; w r. 1886 otrzymał dyplom doktora wszechnauk lekarskich, następnie pracował w Oddziale ocznym szpitala św. Łazarza w Krakowie; w r. 1887 został asystentem śp. prof. Rydla, w 1893 zaś habilitował się na docenta okulistyki. Od r. 1894 był sekretarzem stałym Towarz. lekar. krakowskiego i jednym z najpilniejszych i najpożyteczniejszych członków Komisyi redakcyjnej naszego pisma. W r. 1895, po śmierci prof. Rydla, kierował kliniką okulistyczną, a następnie, po raz wtóry, pełnił te same obowiązki w r. 1896, jako zastępca prof. Wicherkiewicza.

Drukiem ogłosił następujące prace: 1) Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w Oddziale okulistycznym w Krakowie *(Przegl. Lekar.* 1888 r.). 2) Prosty sposób usuwania kontraktur bliznowatych po sparzeniach spojówki gałkowej *(Przegl. Lekar.* 1890). 3) Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych *(Przegl. Lekar.* 1890 r.). 4) Dwie operacye wągra podsiatkówkowego *(Przegl. Lekar.* 1890). 5) O leczeniu jaglicy *(Przegl. Lekar.* 1891). 6) O ślepnięciu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek *(Przegl. Lekar.* 1892). 7) O badaniu niezborności wzroku *(Przegl. Lekar.* 1893). 8) O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii *(Przegl. Lekar.* 1895). 9) Przyczynek do leczenia jaskry złośliwej *(Przegl. Lekar.* 1897). 10) Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki *(Pamiętnik jubileuszowy, wydany na cześć prof. E. Korczyńskiego,* 1900). 11) Zez zastępczy w porażeniach mięśni ka. Wzrok i okulary *(popularne).* 12) O sympatycznem zapaleniu oka. *(Wydawnictwo dzieł lekar. polskich).*

Zmarł w 38 r. życia, unosząc z sobą bogaty skarb wiedzy, wzniosłą szlachetność duszy, czystość nieskazitelnego charakteru, niezaprzeczoną wszechstronność niepospolitego umysłu, oraz najwyższą cześć i współczucie kolegów i tych wszystkich, którzy znali chorobliwy nastrój jego duszy i Dantejskie udręczenia jego życia.

Dr A. Kwaśnicki.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcyi VII (technicznej). Wykłady: 9) c. k. Radca Dworu J. Franke (Lwów): „O stanowisku techników w XX wieku“ (125)

10) Prof. politechn. R. Dzieślewski (Lwów) „Z dziedziny elektrotechniki“ (126)

11) Prof. politechn. Pawlewski (Lwów) [Tytuł podany będzie później] (127)

12) Prof. politechn. Załoziecki (Lwów) „Nowsze kierunki w technologii nafty“ (128)

13) Prof. szkoły przemysł. Tadeusz Münnich (Lwów) „Budowa typowych szkół ludowych“ (z planami) (129)

14) Radca budown. miejsk. Wincenty Gorecki (Lwów) Budowa nowej rzeźni miejskiej we Lwow“ (z planami) (130)

15) C. k. Inspektor techniczny kontroli skarbowej Aleksander Adelmann (Stanisławów): „Z działu drożdżownictwa i gorzelnictwa“ (131)

W sekcyi XIII (medycyna wewnętrzna). 11) Dr. A. Sokołowski (Warszawa): „Demonstracya preparatów i krótki opis choroby osobnika, dotkniętego *anchylostoma duodenale*“ (132)

W sekcyi XVIII (okulistycznej). Sprawozdawcą tematu 2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“ jest Dr. Bron. Januszkiewicz (Warszawa).

Zgłoszono wykład 2) Prof. Dr. Wicherkiewicz (Kraków) „Przyczynek do etyologii oderwania siatkówki“ (133)

W sekcyi XIX (ginekologicznej) zgłoszono wykład:

19) Dr. Fr. Neugebauer (Warszawa) „Kilka słów o wrzekomem obojnactwie (*hermaphroditismus*)“ (134)

W Krakowie, dnia 12 marca 1900.

Prof. Dr. St. Ciechanowski
sekretarz Komitetu gospodarczego (Wielopole, 4).

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Wystawy przyrodniczo-lekarskiej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie r. 1900.

1) Wystawa przyrodniczo-lekarska odbędzie się w lipcu 1900 w Krakowie. Rozpocznie się z dniem otwarcia IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w sobotę, dnia 21 lipca, o godzinie 1 w południe, a trwać będzie 10 dni. 2) Rozdanie nagród wystawcom wyszczególnionym nastąpi podczas ostatniego publicznego posiedzenia Zjazdu. 3) Nagrody ustanowiono następujące: Dyplomy honorowe dla wystawców, których przedmioty wystawione nie są przedmiotami handlu, wielkie medale złote, medale złote, wielkie medale srebrne, medale srebrne, wielkie medale bronzowe, medale bronzowe i listy pochwalne. 4) W wystawie mogą brać udział tylko uczeni i przemysłowcy polscy. Firmy obce przypuszczone na wystawę mogą być tylko z tymi przedmiotami, których przemysłowcy polscy nie produkują, jak n. p. wyroby dla dentystów i t. p. 5) Sędziowie

(*jury*) wybrani zostaną większością głosów członków obecnych na pierwszem posiedzeniu publicznem Zjazdu z grona członków, uczestników lub z poza grona stósownie do propozycyi, uczynionej przez Komitet wystawowy. 6) Za miejsce na Wystawie zajęte opłacają tylko ci wystawcy, których okazy są przedmiotem handlu i to następujące kwoty: za 1 metr kwadr. na stole 8 koron, na podłodze 4 korony, na gankach, podworcu, w ogrodzie po 2 korony. Przedmioty, będące przedmiotem handlu, mają być wystawione w szafach, witrynach lub na podwyższeniach, będących własnością wystawców, a dekoracye tych szaf, witryn i podwyższeń mają być dokonane kosztem wystawców za poprzedniem porozumieniem się z Komitetem Wystawy i za zgodą tegoż na rodzaj i jakość dekoracyj. Co do wystawienia zbiorów i okazów naukowych, to pożądaną rzeczą byłoby, aby również we własnych szafach i witrynach właściciele wystawione były, gdyby jednak to być nie mogło, wystawca winien zawczasu, a najlepiej zaraz przy zgłoszeniu przedmiotów na Wystawę, oznajmić to Komitetowi Wystawy, który będzie się starał poczynić wszelkie możliwe ułatwienia do stósownego umieszczenia zbiorów takich pod osłoną szkła, o ile na to pozwolą środki materyalne Wystawy. 8) Przy przedmiotach wystawionych mogą być dołączone specyalne katalogi wystawcy, cenniki, ogłoszenia, adresy i t. p. które według życzenia wystawcy mogą być także rozdawane zwiedzającym Wystawę. 9) Gdyby który z wystawców, opłacających za miejsce, życzył sobie, aby Komitet zajął się dostarczeniem mu odpowiedniej szafy, witryny lub podwyższenia, winien pod tym względem zawczasu, a najlepiej przy zgłoszeniu się na Wystawę, porozumieć się z Komitetem Wystawy, a zarazem w karcie zgłoszenia się uwidocznić to swoje życzenie w rubryce „Uwagi". Tak samo winien w tej rubryce zaznaczyć, gdyby ustawieniem przedmiotów, przysłanych na Wystawę, chciał się zająć sam lub przez swego pełnomocnika, w przeciwnym razie Komitet ustawienia na Wystawie dokona. 10) Przy wszystkich przedmiotach, przesyłanych na Wystawę, należy napisać ich cenę szacunkową w karcie zgłoszenia, a to celem ubezpieczenia od ognia, której Komitet dokona. 11) Przedmiotów wystawionych nie wolno przed zamknięciem Wystawy bez osobnego pisemnego upoważnienia Komitetu z Wystawy usuwać. 12) Od sprzedanych na Wystawie przedmiotów Komitet pobiera 10% na rzecz Wystawy. 13) Komitet ręczy za całość przedmiotów na Wystawę przesłanych od chwili odebrania przesyłki, jeżeli karta zgłoszenia, we wszystkich rubrykach dokładnie wypełniona, w oznaczonym czasie Komitetowi doręczoną została, a także oświadcza, że tylko te przedmioty w katalogu Wystawy umieszczone będą, które w karcie zgłoszenia się wymienione zostaną, a odpowiednia karta zgłoszenia się w terminie oznaczonym Komitetowi doręczoną została. 14) Celem skutecznego reklamowania firm przemysłowców ustanowił Komitet przy katalogu osobny dział inseratów po cenie następującej: za całą stronicę 20 kor., za pół stronicy 10 koron, a za $^1/_4$ stronicy 6 kor. Leży w interesie przemysłowców, aby o swych zakładach o ile możności jak najdokładniejsze podali uwiadomienia, a firmy swe rozgłosili, co wobec rozdawania katalogów za darmo członkom, uczestnikom Zjazdu i wystawcom, rozsprzedawania katalogów poniżej kosztów druku publiczności, w końcu wobec okoliczności, że członkowie i uczestnicy Zjazdu przedstawiają tę część publiczności, która z firmami, na Wystawie reprezentowanemi, najwięcej stykać się musi już z natury swojego zawodu, zdaniem Komitetu tym sposobem najskuteczniej poprze się przemysł, dla którego Wystawa nasza ustanowioną została. 15) Gdyby który z wystawców życzył sobie co do swego przedmiotu, na Wystawie się znajdującego, dawać publiczne ustne wyjaśnienia lub wykonywać doświadczenia, powinien uprzedzić o tem Komitet, a to celem oznaczenia dnia i godziny, jakoteż poczynienia dla takiego wystawcy możebnych ułatwień. 16) Wszelkie korespondencye i przesyłki mają być wysyłane franco pod adresem „Komitet Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w Krakowie." Do frachtów, przesyłek, ocleniu podlegających, a na Wystawę przeznaczonych, należy dołączyć „kartę upoważniającą," a wtedy przesyłka od opłaty cła uwolnioną będzie o tyle, o ile przedmioty, frachtem takim objęte, po zamknięciu Wystawy odesłane zostaną wystawcy. Na przesyłkach przylepić należy kartki zielone, które Komitet załączy, przesyłając kartkę upoważniającą. 17) Ostateczny termin zgłaszania się jest dzień 10 czerwca r. b. Ostateczny termin przesyłania przedmiotów na Wystawę jest dzień 10ty lipca r. b. Po tym terminie tylko za osobnem porozumieniem się z Komitetem i to wyjątkowo mogą być przesyłki przedmiotów przyjęte na Wystawę. 18) Przedmioty mają być uprzątnięte zaraz po zamknięciu Wystawy, najpóźniej w tydzień potem. Przedmioty, do tego czasu nie usunięte, sprzedane zostaną na ryzyko wystawcy, a pieniądze złożone u przewodniczącego Komitetu, gdzie przez miesiąc będą do rozporządzenia wystawcy, poczem obrócone zostaną na cel, jaki Komitet uzna za właściwy. 19) Własnoręcznym podpisem, położonym na karcie zgłoszenia się, stwierdzi każdy wystawca, że na powyższe postanowienia Komitetu bez zastrzeżeń się zgadza i przepisom tym się poddaje.

W sprawie organizacyi lekarzy.

Sprawa organizacyi lekarzy galicyjskich, podjęta przez grono krakowskich kolegów, zrobiła wielki krok naprzód, gdyż statut został już uchwalonym i obecnie czeka tylko zatwierdzenia przez władze rządowe. Wobec tego, dla objaśnienia ogółu kolegów, Komisya, zajmująca się wstępnemi przygotowaniami, uważa za niezbędne podać do publicznej wiadomości wszystkich lekarzy cały przebieg dotychczasowej akcyi i w tym celu upoważniła mię, zgodnie z życzeniem ostatniego zebrania koleżeńskiego, które statut ten uchwaliło, do następującego oświadczenia:

Dostatecznie wiadomą jest rzeczą, że warunki bytu lekarzy stają się z każdym dniem coraz trudniejsze, jużto wskutek wzmożonej konkurencyi zawodowej, jużteż wskutek tego przesilenia, przez jakie wszystkie klasy pracujące obecnie przechodzą. Kiedy jednak inne stany i zawody starają się wywalczyć dla siebie lepsze warunki bytu, jedynie lekarze galicyjscy pozostali bezczynnymi, a to głównie z powodu braku jakiejkolwiek organizacyi, którąby łączyła ich w jeden solidarny zastęp, broniący swych praw. Że tak jest, dowodzą tego liczne artykuły, pojawiające się w pismach, dowodzą tego liczne, po większej części bezowocne, dyskusye. Większość lekarzy przyszła powoli do przekonania, że dotychczasowy system oglądania się na Izby lekarskie, których zakres działania ustawa w zbyt ciasne wtłoczyła ramy, jest niepraktycznym i że przeciwnie trzeba samym o sobie pomyśleć i samym wziąść się do czynu. Podniosły się w ostatnich latach coraz liczniejsze głosy, że jedyną racyonalną drogą do tego jest zorganizowanie się wszystkich lekarzy, bo w czasach, gdzie tak bardzo wzmogła się walka o byt, jedynym warunkiem wydaje się pójść za przykładem innych stanów, które z coraz lepszym skutkiem wytężają swe siły dla zabezpieczenia sobie niepewnego jutra. Zorganizowani w ten sposób lekarze stanęliby murem przeciw wyzyskowi ze strony publiczności, przeciw wyzyskowi ze strony innych instytucyj i stworzyliby jednolitą całość, z jaką wszyscy liczyćby się musieli. W tym celu usunąć jednak należy na razie na dalszy plan wszelkie osobiste żądania, a starać się przedewszystkiem o solidarne związanie się w całość, bo dopiero tak zespoleni zdołamy zadość uczynić słusznym postulatom jednostek i poszczególnych grup kolegów.

Aby tę teoryę jak najprędzej w czyn wprowadzić, odbyło się staraniem kilku lekarzy krakowskich w dniu 25 listopada r. z. poufne zebranie kilkunastu, przeważnie starszych, kolegów, którzy po wyczerpującej dyskusyi uchwalili następujące punkta:

1. „Zebrani dziś lekarze uważają się za Komitet, który ma przygotować organizacyę stanu lekarskiego w celu popierania wspólnych interesów materyalnych i moralnych".

2. „Z grona tego Komitetu wybiera się Komisyę, mającą opracować szczegółowy statut i przedłożyć go Komitetowi do uchwalenia."

Wybrani zostali koledzy: Filimowski, Langie, Schaitter, Schoengut, Słapa i Trzebicky. Komisya ta zabrała się bezzwłocznie do dzieła i przestudyowawszy kilkanaście statatów podobnych organizacyj, jak: lekarzy wiedeńskich, wrocławskich, drezdeńskich, stowarzyszenia lekarskiego imienia Hufelanda w Niemczech, pomocy koleżeńskiej lekarzy poznańskich, Kasy zapomóg lekarzy warszawskich, oraz innych, już nielekarskich, stowarzyszeń i Kas chorych, opracowała statut, który został przedłożony nie samemu tylko Komitetowi, składającemu się zaledwie z kilkunastu osób, lecz zgromadzeniu kolegów, które odbyło się w lutym b. r. przy współudziale blizko 100 lekarzy krakowskich. Ponieważ przy ogólnej dyskusyi nad tym projektem zaproponowało kilku kolegów niektóre zasadnicze zmiany, przeto statut powrócił raz jeszcze do Komisyi, która na życzenie zgromadzenia kooptowała do swego grona jeszcze kol. Weinsberga. Tak uzupełniona Komisya przerobiła w myśl wyrażonych życzeń statut pierwotny i przedłożyła go następnemu poufnemu zebraniu kolegów, które odbyło się pod przewodnictwem kolegi prof. Zarewicza w dniu 6 marca b. r.

Działalność Komisyi była o tyle utrudnioną, że najpierw jest niemal rzeczą niemożliwą zadowolnić każdego z osobna, bo każdy, zapatrując się na sprawę tę z własnego stanowiska żąda czego innego: następnie, że inicyatorów organizacyi spotykały zarzuty, jakoby działali z pobudek osobistych, mając jedynie prywatne cele na oku.

Co do pierwszego punktu Komisya starała się ułożyć statut jak najogólniejszy, możliwie rozciągliwy, aby w jego ramach wszystkie słuszne życzenia później pomieścić się dały. Przy tem wychodziła Komisya z tego założenia, że gdyby statut był zbyt szczegó-

łowym, musianoby go co chwila, w miarę żądań poszczególnych członków, zmieniać i na nowo do zatwierdzenia posyłać.

Co do punktu drugiego, to twierdzenie, jakoby inicyatorami kierowały pobudki osobiste, jest wręcz nielogicznem, bo w takim razie nie podjęliby się oni organizacyi, która mając ogólne cele całego stanu lekarskiego na oku wyklucza właśnie wszelką prywatę — przeciwnie, walczyliby o podobną akcyą, a starali się zyskać względy tych, co rozdają intratne posady. Dlatego też, według projektowanego statutu organizacyi, najwyższą władzą, decydującą bez apelacyi we wszystkich kwestyach jest walne zgromadzenie, bo chodzi o to, aby każda akcya była wyrazem woli nie pojedynczych osobistości, składających zarząd lecz ogółu, a przynajmniej większości członków. Dla objaśnienia kolegów z prowincyi, na których przedewszystkiem organizacya ta ma się opierać, dodać potrzeba, że statut zapewnia im w równej mierze wpływ na obrady walnego zgromadzenia, bo udział w nim mogą brać albo osobiście, albo za pośrednictwem wybranych przez siebie delegatów, z których każdy reprezentuje tyle głosów, ilu członków podpisało jego mandat, lub nawet głosować pisemnie.

Nieliczni przeciwnicy organizacyi podnosili inne jeszcze zarzuty: że organizacya zmierza do obalenia Izb lekarskich i Towarzystwa lekarskiego, oraz że ma na celu walkę z ciałem profesorskiem.

Zarzuty te są zupełnie niesłuszne.

Organizacya nie ma walczyć z Izbami, owszem chce z niemi iść ręka w rękę, obrabiając wnioski, zmierzające do poprawy stanu lekarskiego i przedkładając je Izbom. Ma ona tylko czuwać, aby Izby wnioski te należycie uwzględniały i na mocy przysługującej im egzekutywy w wykonanie wprowadzały.

Z Towarzystwem lek. Organizacya nie ma nic wspólnego, bo zakres działania Towarzystwa jest zupełnie odrębny i nie wchodzi w kompetencyę Organizacyi. Jedynie w tych sprawach, które mogą obchodzić ogół stanu lekarskiego, musi i powinna Organizacya zająć wobec Towarzystwa pewne stanowisko i to nie *à priori* nieprzychylne, lecz takie, jakie w danym razie podyktuje interes ogółu.

Najbardziej może pozbawionym podstawy jest zarzut walczenia z gronem profesorskiem. Za wymowny dowód służyć może, że niektórzy profesorowie biorą czynny udział w pracach przygotowawczych, wspierając inicyatorów swą radą i doświadczeniem. Dowodem dalej jest i to, że właśnie z pośród tego samego grona, które krząta się około Organizacyi, wyszła niedawno inicyatywa udzielenia satysfakcyi jednemu z profesorów, któremu część opinii publicznej najniesłuszniej krzywdę chciała wyrządzić. Inną znów jest rzeczą, o czem zaraz dla uniknięcia nieporozumień wspomnieć należy, że Organizacya taka czując się silną i mierząc równą miarą wszystkich, nie ulęknie się, gdy zajdzie tego potrzeba, nawet togi i biretu.

Komisya, przedkładając gotowy statut zgromadzeniu kolegów, prosiła usilnie o najbewzględniejsze traktowanie go i robienie poprawek, zwracając równocześnie uwagę, że chociażby na razie nie zadawalniał jednostek, to chodzi przedewszystkiem o to, aby raz już takie stowarzyszenie zawiązanem zostało, a gdy to się stanie, choćby na podstawie niedokładnego statutu, będzie można później uczynić zadość wszelkim szczegółowym postulatom przy uchwalaniu regulaminu, będzie nawet można odpowiednio do życzeń większości zmieniać i przerabiać sam statut, gdyby okazał się niewystarczającym lub nieodpowiednim. Po wyczerpującej dyskusyi, trwającej pięć godzin, w której obrobiono szczegółowo punkt za punktem, przyjęło zgromadzenie statut, porobiwszy w nim odpowiednie poprawki i upoważniło do podpisania egzemplarzy, mających pójść do zatwierdzenia, kolegów: prof. Zarewicza i doc. Brauna.

Stowarzyszenie według brzmienia statutu ma nosić nazwę: „Stowarzyszenie samopomocy lekarzy W. Ks. Krakowskiego, Galicyi, Szląska i Bukowiny“, a celem jego jest popieranie interesów stanu lekarskiego pod względem materyalnym i moralnym. „Pod względem materyalnym“ rozumie się udzielanie zapomóg lekarzom na wypadek choroby, w miarę zaś pomyślnego rozwoju Towarzystwa, udzielanie zapomóg lekarzom w razie stałej niezdolności do pracy z powodu wieku lub kalectwa. „Pod względem moralnym“ ma Stowarzyszenie czuwać nad przestrzeganiem etyki lekarskiej, popierać zwykle członków przy uzyskiwaniu posad, bronić ich wszędzie tam, gdzie tego zachodzi potrzeba, i wreszcie inicyować każdą akcyę, zmierzającą do poprawy bytu całego stanu lekarskiego. W ramy zatem statutu dadzą się ująć wszystkie kwestye, obchodzące żywo poszczególne grupy lekarzy: miejskich, okręgowych, sądowych, szpitalnych, klinicznych i t. d. i t. d. W jakich jednak rozmiarach i z jakim skutkiem pod obu tymi względami będzie mogło działalność swą Stowarzyszenie rzeczone rozwinąć, to już zależy od liczebnego udziału członków i od szczegółowego regulaminu, który na pierwszem walnem zgromadzeniu ma być uchwalonym.

Na razie czekać należy, aż statut zatwierdzonym zostanie, a z chwilą, gdy pierwsze walne zgromadzenie przyjdzie do skutku, odda ono zarząd w ręce tych kolegów, których uzna za najodpowiedniejszych i nada całej Organizacyi, na mocy zawarowanego mu statutem prawa, taki kierunek, jaki będzie wyrazem woli większości członków. Zadaniem Komisyi będzie jeszcze tylko rozesłanie odezwy wraz z tekstem zatwierdzonego już statutu wszystkim kolegom, oraz doprowadzenie do skutku pierwszego walnego zgromadzenia, poczem czynność swą uważać będzie ona za skończoną, a członkowie jej wycofają się najchętniej na stanowisko zwykłych szeregowców.

Komisya żywi niepłonną nadzieję, że ogół kolegów, idąc za przykładem lekarzy wiedeńskich, których organizacya z dniem 17 lutego b. r. w życie wprowadzoną została, przystąpi do Stowarzyszenia w imię solidarności i dobrze zrozumianego własnego interesu. Komisya spodziewa się, że ci nawet nieliczni koledzy, którzy zrazu niechętnie na rzecz całą się zapatrywali, zmienią swoje zdanie po rozpatrzeniu się w statucie i przekonawszy się, że Stowarzyszenie nie burzyć, jak im się zdawało, lecz przeciwnie, budować pragnie i to wspólnemi siłami wszystkich bez wyjątku. Jeżeli zatem, czego komisya nie przypuszcza, Organizacya objęłaby tylko pewną część, czy też jakąś koteryę lekarzy, nie byłoby to winą ani inicyatorów, ani statutu, lecz jedynie i wyłącznie winą tych kolegów, co z jakichkolwiek pobudek nie chcieliby do niej przystąpić.

Dr Adam Langie.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 15 marca.

* Pochodowi pogrzebowemu śp. Franciszka Sroczyńskiego towarzyszył bardzo liczny zastęp kolegów i publiczności. Przy wyniesieniu trumny z domu przemówił prof. Wicherkiewicz, podnosząc zasługi i zalety zmarłego, a jednocześnie żegnając go w imieniu Wydziału lekarskiego, Towarzystwa lekar. krak. i Komisyi redakcyjnej »Przeglądu Lekarskiego«. t. j. tych instytucyj, w których Sroczyński był przez szereg lat czynnym i pożytecznym członkiem.

* Sprawozdanie Biura statystycznego o ruchu ludności w mieście Krakowie za ostatni kwartał r. z. najlepiej oświetla stan zdrowotny naszego miasta. W rubryce »skony«, między innemi czytamy: zmarło z gruźlicy osób 149, z dławca i błonicy — 18, z krztuśca — 8, z ospy — 4, z płonicy — 13, z odry — 1, z duru brzusznego — 9, z czerwonki — 5. Pomimo więc, że jesień jest u nas porą roku, w której panują epidemie osutkowe, śmiertelność ze wszystkich innych chorób zakaźnych, liczebnie razem wzięta, nie wiele tylko przekroczyła jednę trzecią część tych ofiar, które wybrała gruźlica. Na ogólną liczbę skonów w powyższym okresie czasu — 622, przypada na gruźlicę 149. W przedostatnim tygodniu sprawozdawczym (11—17 lutego) stosunek śmiertelności z gruźlicy do skonów z innych chorób zakaźnych wynosił 15 : 3: w tygodniu ostatnim (18—24 lutego) 13 : 4. — Liczby te dobitnie świadczą, że pod względem chorób zakaźnych, z wyjątkiem gruźlicy, Kraków należy do miast względnie zdrowych, że ludność naszą trapią głównie nie choroby zakaźne w ogóle, jak niektórzy mylnie sądzą, lecz gruźlica, i że winniśmy rozpocząć walkę eksterminacyjną z tym, — a nie z innym wrogiem naszego życia. Pastwą gruźlicy stają się głównie ubodzy rękodzielnicy, mieszkańcy nieczystych, nieprzewietrzanych, wilgotnych i zakażonych warsztatów, przebywający razem — i przy jednym stole — z kaszlającymi, i już na gruźlicę chorymi współpracownikami. To, co się dzieje pod tym względem w Krakowie, sądząc ze sprawozdań p. Inspektora przemysłowego, dzieje się w całej Galicyi.

Czy nie nadeszła przeto już pora, ażeby Uniwersytet ludowy, poświęcający swe zadania wiedzy oderwanej, zechciał zstąpić nieco na pole oportunizmu społecznego, a to w celu rozpowszechnienia wśród szerokiego ogółu nieulegającego wątpliwości twierdzenia, że gruźlica jest klęską społeczną, zagrażającą zdrowiu publicznemu i że przeciw niej należy się uzbroić na długą i ciężką walkę? czy nie należy już dziś z poważnej trybuny wskazać społeczeństwu, jakiej ma ono użyć broni przeciw gruźlicy w rodzinie, gminie i w kraju?

A możeby również leżało w zakresie zadań »Kursów wakacyjnych«, ażeby dla lekarzy, stojących na czele stanowisk zawodowych

w gminie, okręgu, kasie chorych i t. d., zarządzono praktyczne ćwiczenia i wykłady, nauczające szybkiego rozpoznawania początków gruźlicy?

Wobec złowieszczych wyżej podanych liczb statystycznych, także dziwnym wydaje się niedawny popłoch, wzniecony urojoną obawą moru, wśród mieszkańców Krakowa! Gdy widzimy chwalebny niepokój z powodu paru przypadków ospy, pojąć nie możemy stoickiego spokoju wobec gruźlicy, tego niewypoczywającego bicza, który z okrutną i stałą wytrwałością chłoszcze nasz organizm społeczny: doprawdy zdawałoby się, że rządzimy się nerwami, a nie umysłem, że wrażliwość, a nie ścisła rachuba kieruje naszemi zarządzeniami w zakresie zdrowia publicznego; wszak gruźlica jeszcze nie uważa się urzędownie za chorobę zakaźną; po zmarłych na gruźlicę nie odkaża się mieszkania, sprzętów, pościeli i szat; w szkole, internatach, szpitalach i t. d., chorzy na gruźlicę przebywają razem z wolnymi od niej i zdrowymi i używają wspólnych naczyń i t. d.; zagruźliczone krowiarnie bez przeszkody szerzą zarazę, a ludzi ubogich, chorych na gruźlicę, ani odosobniamy, ani leczymy w umyślnych zakładach. Wytwarza się u nas rodzaj zatrważającego doboru społecznego: zdrowe i najlepsze siły narodu wędrują za ocean, a w kraju pozostają schorzali, słabo rozwinięci i zwyrodniali fizycznie; może już o przyszłem pokoleniu rzuci nam ironię poeta: »... ...karłem jesteś narodów....«

* Podczas Wystawy paryskiej ma się odbyć Kongres dla spraw stanu lekarskiego, na który austryacka Izba lekarska uchwaliła wysłać swego członka zarządu, Dra L i s t a.

* W kwietniowym Kongresie przeciwgruźliczym w Neapolu rozprawy będą się odbywać w 4-ch sekcyach: 1) etyologia i zapobieganie, 2) patologia kliniczna, 3) terapia, 4) sanatorya. Do wzięcia udziału w Kongresie są uprawnieni: lekarze, naturaliści, inżynierowie, i przedstawiciele socyalnych nauk. Wpisowe wynosi 20 lirów. Podczas Kongresu mają się odbyć liczne uroczystości, przyjęcia i wycieczki. Zgłaszać się należy do sekretarza głównego Komitetu (*Napoli, Ospedale clinico, I. Clinica medica*). Z Kongresem złączona będzie Wystawa higieniczna.

Notatki bibliograficzne.

Traité de Microbiologie par E. D u c l a u x prof. et directeur de l'Institut Pasteur. Wyszedł tom III: *La fermentation alcoolique,* cena 15 fr. Poprzednio wyszły: tom I. *Microbiologie generale* i tom II: *Diastases, Toxines et Venins.* Cena każdego tomu 15 fr.

— **Przegląd Chirurgiczny**, czasopismo bezterminowe, wydawane w Warszawie przez S. G r o s g l i k a, A. K a r c z e w s k i e g o i W. K r a j e w s k i e g o. Wyszedł Zeszyt 3, którego obfitą treść poniżej podajemy. Cena zeszytu 2 rb. 50 kop.

— **Les Sanatoria** — traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire par le Dr. K n o p f. Tom o 496 stronicach i 92 rysunkach. Cena 22 fr. Wydawca: Carré et C. Naud (Paris, r. Racine, 3).

— **Le système nerveux central** par J. S o u r y, 2 tomy, 1900. (Dzieło to zawiera wszystko, co od czasów greckich do dnia dzisiejszego powiedziano o środkowym układzie nerwowym pod względem anatomicznym (makro- i mikroskopijnym i fizyologicznym).

Mianowania. Dr. C e r v e s a t o mianowany został profesorem zwyczajnym kliniki pedyatrycznej w Bolonii; Dr. R u d. W e b e r — profesorem psychiatryi w Genui; dr. J u v a r a — profesorem anatomii chirurg. w Jassach; Dr. Ś m i e c h o w s k i — ordynatorem Oddziału chirurg. dziecięcego w szpitalu Dzieciątka Jezus; Dr. S t e i n h a u s — ordynatorem w szpitalu izraelickim.

Nekrologia. Zmarli: Dr. T s c h u r t s c h e n t h a l e r v. H e l m h e i m, były prof. ogólnej patologii i farmakologii w Insbruku. Dr. D e c è s, prof. chirurg. kliniki, — w Reims. Dr. B o e c k e l, prof. byłego Uniwers. francuskiego w Strasburgu. Dr. F r a n c i s z e k S ę d z i e l o w s k i, lekarz praktyczny w Sędziszowie, zakończył życie w Przemyślu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *W Przeglądzie Chirurgicznym T. IV. Z. 3*: prof. C i e c h a n o w s k i e g o St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców (dok.). Dra K r a j e w s k i e g o W.: Operacyjne leczenie wypadnięcia odbytnicy. Prof. K l e c k i e g o K.: Etyologia i Patogeneza zapalenia wyrostka robaczkowego. Dra H o s z o w s k i e g o S.: Sposób przegrzewania pary w sterylizatorach niezależnie od ciśnienia. Dra Z a j ą c z k o w s k i e g o A; Przypadek naczyniaka jamkowego kości czołowej. *W Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 3. Dra P e r l i s a J.: O płonicy przyrannej. Dra S e r k o w s k i e g o S.: O produktach spożywczych w Łodzi. Dra W a r m a n a M.: Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy (dok.) Dr. F i d l e r a H.: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 40: Dr. K u č e r y P.: *Emphysema organorum et angiopancreatitis suppurativa.* K a u f m a n a M.: Pęknięcie sklepienia pochwowego podczas porodu. Dra K u r k i e w i c z a S.: Eukazyna wobec zgagi.

Redakcya otrzymała:

— Sprawozdanie z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie za r. 1899.

— P r o f. R e i s s W.: O rozwoju naskórka w pierwszych miesiącach życia płodowego, ze szczególnem uwzględnieniem warstwy Malpighiego. Nakład Akad. Umiej. w Krakowie 1900.

— IX. Sprawozdanie krakowskiego ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego za r. 1899.

— Dr. E r d h e i m S.: Ueber multiple Dünndarmstenosen tuberculösen Ursprunges. (Odbitka z *Wien. klin. Woch.* Nr. 4, 1900).

— Zbiór prac kliniki lekarskiej prof. Dr. E. Korczyńskiego. Kraków, 1900.

— K l ę s k A. E.: Kilka uwag o samobójstwie z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892—1898 (włącznie). Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego* Nr. 4 i 5, 1900 r.

— Protokoły posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lubelskiego za r. 1899.

— Dr. K o w a l s k i H.: Ein Fall von Lyssa humana, behandelt mit Gehirnemulsion eines gesunden Kaninchens. Odbitka z *Klin.-therap. Wochenschrift*, 1900, Nr. 5).

Dr. M a k s y m o w i c z J.: Warszawskij Ujazdowskij wojennyj hospital. Warszawa, 1900.

— Dr. M o r a c z e w s k i W.: Przyczynek do teoryi gorączki (Odbitka z *Pamiętnika Towarz. lekarskiego warszawskiego* 1899).

— T e n ż e: Stoffwechsel bei Lungenentzündung und Einfluss der Salze auf denselben. (Odbitka z *Zeitschrift für klinische Medicin* 39 Bd. H. 1. i 2, 1900).

— T e n ż e: Ausscheidungsverhältnisse bei blutleeren und hungernden Fröschen. (Odbitka z *Archiv für die ges. Physiologie*, Bd. 77, 1899 r.).

— T e n ż e: Stoffwechsel-Versuche bei schweren Anaemien. (Odbitka z *Virchow's Archiv für path. Anatomie* i td. 159 Bd., 1900).

— Dr. P e l n á ř J.; Dwa případy tuberkulosy serosních blan u Člověka s obrazem perloviny zvířat (Odbitka z *Časopisu lék.* č., 1899).

— T e n ż e: Solitarni tuberkl jater (Odbitka z *Časopisu lék.* č., 1899 r.).

— Dr. Cačković M.: Rad sbora lečnicka kraljevina Hrvatske i Slavonije prigodom proslave 25-godišnjice njegovog obstanka. (Zagrzeb, 1899 r.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 21 marca o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) omówione będą bieżące sprawy administracyjne; 2) odbędzie się demonstracya preparatów anatomicznych przez kol. prof. C i e c h a n o w s k i e g o; wreszcie 3) kol. doc. Dr. Ł e p k o w s k i mówić będzie: „O osadzaniu sztucznych zębów płytkowem i bezpłytkowem w oprawie metalowej z demonstracyami“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 24 Marca 1900. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do zmian w tętnie obwodowem przy schorzeniach miażdżycowych tętnicy głównej.

Podał
Dr. Juliusz Marischler
Asystent kliniki

Przy dokładnem badaniu tętna należy zwracać uwagę nietylko na zmiany, zachodzące w tętnicach podczas skurczu i rozkurczu komory lewej, na parcie wśródtętnicze, lecz także na zmiany, powstające podczas faz oddechowych. Wiadomo, że parcie krwi w tętnicach wzrasta podczas wydechu, maleje podczas wdechu. Przyczyna tego zjawiska leży poczęści w zmianie ciśnienia wśród klatki piersiowej (Cl. Bernhard), po części w układzie nerwowym (Meltzer, Kirsch, Wertheimer i Meyer). U zdrowego człowieka tętno sprychowe podczas wdechu przyśpiesza się, podczas wydechu wolnieje; stoi to w związku z parciem krwi, gdyż wolne tętno jest cechujące dla wysokiego parcia krwi, tętno szybkie dla obniżonego parcia. Zauważyć wypada, że tu tętno sprychowe jest prawie zawsze wyczuwalne, a nieznacznej różnicy w parciu palec dotykający prawie że odczuć nie może. Niekiedy zmiana ta jest tak wybitną, że ją dokładnie palcem wyczuć można i wtedy to zachowanie się tętna nazywamy *pulsus paradoxus*, albo *inspiratione cessans*. Właściwie, ściśle biorąc, nazwa *paradoxus* nie jest odpowiednią, gdyż już fizyologicznie parcie krwi podczas wdechu maleje, czasem nawet do zupełnego zniknięcia fali tętna (Janowski). O wiele częściej i wybitniej zachowanie się to tętna stwierdzamy przy nowotworach śródpiersia, przy *mediastino-pericarditis adhaesiva*, t. j. przy zmianach łącznotkankowych śródpiersia około wielkich naczyń i objaw ten, wraz z paradoksalnymi objawami żylnymi, jak wdechowe wypełnianie się żył szyjnych, jest dla tego cierpienia charakterystyczny. Objaw ten tłómaczy się nagłem zwężeniem światła tętnicy w ośrodkowym jej początku, wskutek pociągania takowej przez zrosty łącznotkankowe środpiersia, więcej napięte wskutek wdechowego ustawienia klatki piersiowej.

Na posiedzeniu lwowskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 12 stycznia 1900 przedstawiłem chorego z kliniki lekarskiej z rozszerzeniem tętniakowem tętnicy głównej i zwróciłem uwagę na ciekawą zmianę w tętnie sprychowem podczas wdechu, a której to zmiany dotychczas opisanej nigdzie nie znalazłem.

Tętniaki wywołują rozmaite zmiany w tętnieniu tętnic obwodowych, a to zależnie od ich umiejscowienia, wielkości, wytworzenia się w nich skrzepów, jak również i sama sprawa chorobowa, dająca powód do rozwinięcia się tętniaka i usadowiona w ujściu odpowiedniej tętnicy, może spowodować zmniejszenie się lub całkowite zniknięcie tętna w jednej lub we wszystkich tętnicach, wychodzących z łuku tętnicy głównej. Już oglądaniem możemy niekiedy spostrzedz nierównomierne tętnienie tętnic dogłowowych. Znanym jest objaw opóźniania się tętna na tętnicy sprychowej lewej w stosunku do prawej. A w końcu i *pulsus paradoxus* zdarza się przy tętniakach czasami, lecz tylko przy równoczesnem powikłaniu z zapaleniem śródpiersia (Huchard).

Zanim przystąpię do omówienia zmian w tętnie u naszego chorego, przytoczę w krótkości jego historyę choroby.

M. M. zarobnik l. 56, przyjęty do kliniki 29 października 1898. Przyczyny śmierci rodziców chory podać nie umie. Mając lat 22, przebył dur brzuszny; w trzydziestym roku życia po sześciogodzinnym tańcu (o zakład) obrzękły mu kończyny dolne, w łóżku jednak nie leżał i na bicie serca się nie skarżył. W 40 r. ż. przebył dur plamisty, a w 49 r. ż. kiłę, na którą leczył się w szpitalu i wziął około 30 wcierań.

Obecna choroba rozpoczęła się w roku 1896. Powstanie jej odnosi chory do upadku na bok prawy, poczem miał mieć przez chwilę »zaparty oddech«; podniesiono go z ziemi, poczem po chwili czuł się o tyle dobrze, że mógł pracować dalej. Wieczorem tego samego dnia uczuł ból w boku lewym i bicie serca; od tego czasu nie może leżeć na tym boku, gdyż bicie serca się zwiększa i występuje równocześnie pobudzenie do kaszlu. Stan pogarszał się coraz bardziej; podczas pracy fizycznej miała występować duszność, ból za mostkiem, rozpromieniający się do ręki lewej i cierpnięcie 4 i 5 palca tejże ręki. W tym czasie zauważył na klatce piersiowej po stronie lewej rozszerzanie się żył skórnych.

Żonaty od 5 lat, żona i dziecko mają być zdrowe; chory przyznaje, że przed wystąpieniem choroby nadużywał napojów wyskokowych.

Stan obecny: Osobnik dobrze zbudowany i dość dobrze odżywiony; na szyi widać tętnienie tętnic dogłowowych, nieco wyraźniejsze po stronie prawej i ta tętnica jest lepiej macalna, przyczem wyczuć w niej można skurczowy szmer. Lewa tętnica dogłowowa daje się mniej dobrze wymacać i szmeru w niej nie czuć. Tętnica podobojczykowa prawa tętni również silniej. niż lewa. Klatka piersiowa dość długa, dość dobrze wysklepiona, ruchomość lewej strony w całości nieco upośledzona w porównaniu ze stroną prawą. W szczycie lewym i z tyłu w dole po lewej stronie odgłos przytłumiony, dolna granica lewej strony nieruchoma, zresztą wypuk wykazuje prawidłowe stosunki. Przysłuchem stwierdza się w szczytach wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny, ku dołowi szmery stają się bardziej szorstkie, po lewej z tyłu podczas wdechu furczenia.

Badanie narządu krążenia wykazuje: Uderzenie koniuszkowe serca w szóstym przestworze międzyżebrowym, w linii sutkowej lewej, oporne, podnoszące. Okolica serca w całości ulega rytmicznemu podnoszeniu, przyczem zauważyć się daje wyraźne opóźnienie wstrząśnienia rękojeści mostka w stosunku do uderzenia koniuszkowego serca. Podnoszenie więc rękojeści mostka wypadałoby na koniec skurczu komory lewej. Stłumienie serca schodzi się na lewo z uderzeniem koniuszkowem, na prawo sięga do linii środkowej ciała; na górnej

części mostka można wykazać stłumienie na ośm ctm. szerokie, ku dołowi zwężające się i schodzące się ku dołowi ze stłumieniem serca.

Przysłuch nad koniuszkiem serca: skurczowy i rozkurczowy szmer; oddalając się od koniuszka ku pasze lewej, słychać pierwszy ton i rozkurczowy słaby szmer. Idąc ku stronie prawej, szmery stają się co raz to wyraźniejsze, a w miejscu przyczepienia się piątego żebra lewego do mostka szmer rozkurczowy jest najwyraźniejszy. Posuwając się ku górze, szmer rozkurczowy słabnie, skurczowy zaś staje się coraz silniejszym tak, że na rękojeści mostka słychać tylko bardzo silny szmer skurczowy, a rozkurczowy bardzo słaby. Nad tętnicą płucną dwa szmery, tonów nawet przy skośnem trzymaniu stetoskopu wysłuchać nie można. Nad tętnicą dogłowową szmer silny skurczowy i słaby rozkurczowy.

Tętno sprychowe po stronie prawej wyraźnie wyczuwalne, po lewej słabe. Tętnica ramieniowa (*art. brachialis*) prawa tętni wyraźnie, lewa bardzo słabo. Tętnice udowe tętnią bardzo wyraźnie, przy osłuchiwaniu słychać skurczowy ton. Tętnice grzbietowe nogi (*art. dorsalis pedis*) tętnią wyraźnie i okazują tętno chybkie.

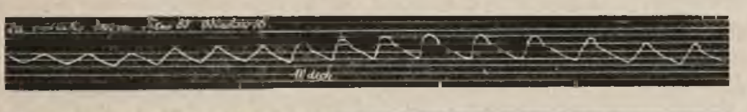
W narządach jamy brzusznej stosunki prawidłowe.

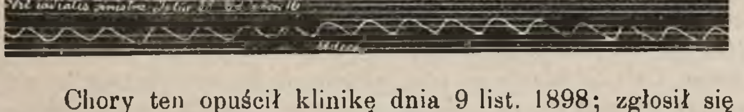
Na podstawie tych danych, rozpoznanie co do narządu krążenia opiewało: *Ectasia aneurysmatica aortae ascendentis et arcus aortae, insufficientia valv. similunar. aortae*, *subs. hypertrophia cordis sinistri cum dilatatione*, *stenocardia*.

Pomijając stronę etyologiczną tego przypadku, muszę jeszcze kilka słów dodać o zachowaniu się tętna u naszego chorego. Podczas pierwszego pobytu chorego w klinice obraz sfigmograficzny tętna sprychowego okazywał po stronie lewej wyraźny *pulsus rotundus*, t. j. linia wstępująca na sfigmogramie podnosi się wolno ku górze i zwolna przechodzi w linią zstępującą, tworząc podstawę i wierzchołek zaokrąglony. Podczas głębokiego wdechu widać, że parcie krwi w tętnicy sprychowej staje się tylko bardzo nieznacznie wyższe.

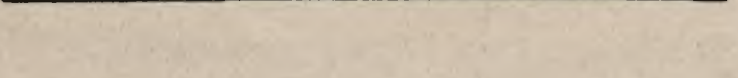
Obraz sfigmograficzny tętnicy sprychowej prawej okazywał wtedy *pulsus tardus*, a mianowicie linia wstępująca i zstępująca fali podnosi się i spada powoli, tworząc wierzchołek i podstawę również zaokrągloną, przechodzenie jednak jednej linii w drugą odbywa się tu o wiele szybciej. Podczas głębokiego wdechu widzimy tu wyraźną różnicę, gdyż linia wstępująca fali tętna podnosi się niemal z prawidłową szybkością w górę, przyczem podstawa fal tętna podnosi się również nieco w górę. Wierzchołek fali i podczas wdechu jest wyraźnie zaokrąglony, a na linii zstępującej zjawiają się niewyraźne drugorzędne wahania.

Odnośne zmiany w tętnie uwidoczniają załączone sfigmogramy.





Chory ten opuścił klinikę dnia 9 list. 1898; zgłosił się powtórnie do kliniki dnia 15 maja 1899, skarżąc się znowu na duszność napadową, ból za mostkiem rozprzestrzeniający się do ramienia lewego i cierpnięcie 4 i 5 palca ręki lewej. Różnicy w stanie serca samego wykazać nie można było; natomiast tętno sprychowe po stronie lewej było zupełnie niewyczuwalne, a po stronie prawej słabo wyczuwalne, okazujące na sfigmogramie małe wzniesienia.



Podczas wdechu tym razem krzywej tętna nie zdjęto.

Dnia 6 paźdź. 1899 zgłosił się chory po raz trzeci do kliniki; stan serca i naczyń znaleziono niezmieniony.

Obecnie chory od 2 stycznia 1900 po raz czwarty przebywa w klinice z powodu większego nasilenia swych dawnych dolegliwości. Stan serca i teraz przedstawia te same zmiany, jak poprzednio, natomiast w tętnicach obwodowych, wychodzących z łuku aorty, stwierdzić można jeszcze wybitniejsze zmiany. Oglądając tętnice dogłowowe, można zauważyć tylko słabe tętnienie takowych; przy obmacaniu wyczuwa się w tętnicy dogłowowej prawej słabe bardzo tętnienie, a zarazem szmer skurczowy. Podczas wdechu można stwierdzić tak dotykiem, jak i oglądaniem, wzmacnianie się tętna. W tętnicy dogłowowej lewej wyczuwa się słabe tętnienie bez zmian podczas wdechu.

Łuk tętnicy głównej w dołku jarzmowym nie tętni i jest niewyczuwalny. Tętno sprychowe jest teraz tak po stronie lewej jak i po prawej niewyczuwalne, natomiast podczas głębokiego wdechu, po stronie prawej wyczuwa się wyraźne fale tętna, czyli mamy tu odwrotne zjawisko jak przy *pulsus paradoxus*, a mianowicie znikanie tętna podczas wydechu, zjawianie się podczas wdechu, jest to więc typowy *pulsus paradoxus inversus*.

A zatem u naszego chorego wszystkie przystępne dla badania tętnice, wychodzące z łuku tętnicy głównej, jak tętnice dogłowowe i podobojczykowe, okazują zmiany, że tak można powiedzieć, czynnościowe, a jedynie tętnice udowe i grzbietowe nogi zachowują się charakterystycznie dla zmian przysłuchowych serca. Odmienne więc zachowanie się tętnic, wychodzących z łuku tętnicy głównej, a tętnic wychodzących z części brzusznej tejże tętnicy, jak również ograniczenie się zmian wyłącznie do tętnic dogłowowych i podobojczykowych pozwala z góry na przypuszczenie, że siedziba głównej zmiany znajdować się musi w samym początku tych naczyń, czyli w łuku tętnicy głównej.

Dalsze badanie potwierdziło to przypuszczenie; na górnej części mostka znaleziono wybitne stłumienie, a na rękojeści mostka najlepiej słyszalny szmer skurczowy, przyczem cała górna środkowa część klatki piersiowej okazywała silne falowanie rytmiczne. Mieliśmy więc zmiany, które z całą pewnością pozwalały na rozpoznanie rozszerzenia tętniakowego tętnicy głównej w części jej wstępującej i łuku. Jak wyżej wspomniałem, tętno przy tętniakach rozmaicie się zachowuje, zależnie od umiejscowienia, wielkości, wytworzenia się skrzepów w jamie tętniaka, od zmian zapalnych i złogów miażdżycowych w miejscu odejścia danego naczynia. Zmiany te mogą dotyczyć ujścia jednego lub kilku naczyń, a do tej ostatniej kategoryi trzeba zaliczyć i nasz przypadek.

Trudniej wytłómaczyć sobie to podnoszenie się parcia i zjawianie się fal tętna w tętnicy sprychowej prawej podczas wdechu. Że przyczyna musi leżeć również ośrodkowo, przemawia za tem podobne zachowanie się tętnicy dogłowowej prawej, odchodzącej wraz z tętnicą podobojczykową z pnia bezimiennego (*truncus anonymus*). Mechanizm powstawania tego zjawiska polegać musi na rozszerzaniu się wdechowem początku pnia bezimiennego, co powstać może, jeżeliby się cała jama tętniaka rozszerzyła. Teoretycznie możemy sobie przedstawić, że takie rozszerzenie podczas wdechu powstać może. Podczas wdechu mamy obniżenie ciśnienia w klatce piersiowej, wskutek czego płuca się rozszerzają.

Obniżenie to ciśnienia działa także na wielkie naczynia i serce, ułatwiając z jednej strony dopływ krwi żylnej do serca, z drugiej strony obniżając parcie krwi w tętnicach. Tak samo jak serce, musi się rozszerzyć podczas wdechu i jama tętniaka, a podczas tego mogą zajść odpowiednie warunki do rozszerzenia zwężonych ujść tętniczych. Bliżej objaśniać powstawanie *pulsus paradoxus inversus* za życia chorego uważałbym za niestósowne, przypuścićby jednak można, że rozszerzenie to tętniakowe musi być dość znaczne. Sposób zwężenia pnia bezimiennego a tętnicy podobojczykowej lewej musi być odmienny, w każdym razie z przebiegu choroby wiemy, że tętno po stronie lewej było o wiele wcześniej niewyczuwalne, niż po stronie prawej.

II. O leczeniu krwisteku omacicznego *(Haematocele periuterina)*.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

Jak już wyżej zaznaczono co do postępowania chirurgicznego, czy je wykonywać lub nie i względnie jaką drogą operować, pod tym względem istnieje zamięszanie i znaczna różnica zdań między autorami.

Jak Winternitz w pracy swej, w świeżo wydanem zbiorowem dziele Veita, zestawia, dla postępowania chirurgicznego istnieją obecnie następujące wskazania: 1) Jeżeli po kilkutygodniowem leczeniu, mimo spokojnego leżenia, krwistek nie okazuje skłonności do wessania. 2) Gdy przypadłości uciążliwe wciąż trwają. 3) Gdy guz wzrasta i mamy znamiona namacalne wewnętrznego krwotoku. 4) Gdy są objawy uciskowe i zaburzenia uporczywe ze strony czynności pęcherza moczowego i odbytnicy. 5) Jeżeli grozi, albo nastąpiło zropienie.

Nadto dodaje wskazania postawione przez Gusserowa, który operuje w tych przypadkach, w których warunki chorych nie pozwalają na zbyt długie leczenie i gdy ze względu na ich sposób życia z trudnością, albo wcale nie są w stanie później przez czas dłuższy się tak szanować, jak to potrzebne, aby się od nawrotów cierpienia uchronić. Do tych wskazań należałoby jeszcze dodać, że zabiegi chirurgiczne są wskazane w razie pęknięcia guza, a szczególniej, gdyby to w kierunku jamy brzusznej nastąpiło.

Zastanawiając się nad temi wskazaniami, zaznaczyć muszę, że one nie są równomierne i że ich na równi stawiać i zbiorowo oceniać nie można.

Tu i owdzie zwracają autorowie uwagę na niektóre ze wskazań, nigdzie nie spotkałem się jednak w piśmiennictwie z krytycznym poglądem na te wskazania. Ze stanowiska praktycznego ze względu na ocenę, jakim sposobem ma być dany przypadek operowany, sądzę, że byłoby rzeczą bardzo ważną, aby te wskazania rozdzielić i to na dwie kategorye, a mianowicie: na wskazania, które wymagają bezwarunkowo chirurgicznego postępowania i na takie, które go tylko względnie wymagają. Do tych wskazań, które wymagają bezwzględnie postępowania chirurgicznego zaliczyłbym: 1) Gdy guz wzrasta i mamy namacalne znamiona krwotoku wewnętrznego. 2) Jeżeli stan ogólny chorej i zmiany miejscowe pozwalają nam przypuszczać, że krwistek ma dążność do zropienia, albo że zropienie nastąpiło. 3) W razie pęknięcia guza do jamy brzusznej.

Do tych zaś, które względnie tylko wymagają zabiegu chirurgicznego zaliczyćby należało: 1) Jeżeli po kilkotygodniowem leczeniu, mimo spokojnego leżenia krwistek nie okazuje skłonności do wessania. 2) Gdy przypadłości uciążliwe wciąż trwają. 3) Przy objawach uciskowych i uporczywych zaburzeniach ze strony czynności pęcherza moczowego i odbytnicy. 4) Gdy warunki chorej nie pozwalają na zbyt długie leczenie. 5) W razie przebicia się guza do pęcherza moczowego lub do odbytnicy.

Podział taki wskazań zdaje nam się rzecz bardzo uproszczać, albowiem z podziału tego już wynika, że w pierwszej kategoryi wskazań, gdzie zabieg operacyjny jest bezwzględnie wskazany, operować powinniśmy zaraz i do tego operować musimy radykalnie W drugiej zaś kategoryi przypadków mamy więcej czasu do namysłu i rozważenia, czy mamy mniej lub więcej radykalnie postępować.

Jeżeli idzie o wybór, jakiego sposobu operacyjnego użyć mamy, a głównie tu idzie o to, czy mamy operować torując sobie drogę przez powłoki brzuszne, czy też przez pochwę, nie możemy wobec powyższych wskazań uważać tych sposobów na równi i ze sobą porównywać, gdyż tak dobrze wskazania, jak i drogi postępowania chirurgicznego, zanadto się pomiędzy sobą różnią. A co więcej, sposób operowania przez pochwę może być rozmaicie pojmowany i wykonywany. Przedewszystkiem powinniśmy się zastanowić nad tem, co pragniemy w danym przypadku zamierzoną drogą osiągnąć. Zwolennicy jednej metody podnoszą jej zalety, a ganią postępowanie drugie i na odwrót. Zdaję mi się, że jedni i drudzy mają po części słuszność, a prawda leży w pośrodku. Zastanówmy się nad zabiegami, o które chodzi w ich stosunku do krwisteku okołomacicznego. Laparotomia jest zabiegem radykalnym; za pomocą niego możemy usunąć nietylko cierpienie samo, ale i źródło jego. Zabieg ten, wykonywany w przypadkach krwisteku, może być utrudniony, albowiem możemy napotkać różne powikłania, z powodu których może się stać zabiegiem bardzo poważnym, w każdym zaś razie dla chorej jest ciężkim. Jeżeli niema powikłań, a krwistek daje się usunąć w całości, możemy mieć wynik świetny i szybki. W razach zaś napotkanych powikłań i wynik operacyi może być mniej korzystny i leczenie następowe może dłuższego wymagać czasu. Możebne jest pęknięcie guza wśród zabiegu z wylaniem się treści do jamy brzucha, która łatwo może być nieobojętną; możemy mieć krwotok miąższowy, trudny do zatamowania, który wymaga wytamponowania i niedozwala zamknięcia powłok brzusznych.

Otwarcie guza przez pochwę jest zabiegiem względnej doniosłości, albowiem w przypadkach krwisteku rozmaicie bywa ono dokonywane; jedni starają się ile możności tą drogą dorównać operacyi przez powłoki brzuszne i usunąć cierpienie doszczętnie, inni zaś wypuszczają treść płynną guza, usuwają skrzepów tyle, ile się da i tem się zadawalniają. W myśl tego wyłaniają się, dokonane wprawdzie jedną drogą, ale dwa odmienne zabiegi. W pierwszym razie jest to zabieg przez pochwę, dokonany w celu ominięcia drogi przez powłoki brzuszne, zabieg ciężki, niepewny; w drugim razie jest to zabieg, mający na celu częściowe opróżnienie guza, który dalekim jest od postępowania radykalnego, nie

prowadzi bowiem do doszczętnego usunięcia cierpienia. Mimo to jednak, jak to się będę starał wykazać, może on przynieść chorej znakomite usługi, a sam przez się jest zabiegiem, stosunkowo wcale niewinnym.

Porównując te dwa odmienne postępowania wśród zabiegu, dokonywanego przez pochwę, ze sposobem operowania przez powłoki brzuszne, jestem zdania, że dążność do doszczętnego operowania przez pochwę w obec cierpienia tak atypowego, w jamie brzusznej ukrytego, nie może wytrzymać krytyki. Operowanie doszczętne przez pochwę jest wprost operowaniem na ślepo w nieznanem polu operacyjnem i nie daje nam nigdy pewności, że plan, z góry obmyślany, przeprowadzić się da. Operowanie takie zależy wprost od przypadku i, jeżeli dąży do doszczętnego usunięcia cierpienia, jest dla chorej ryzykownem i niebezpiecznem, a usunięcie źródła cierpienia może być wprost niemożebnem. Przeglądając piśmiennictwo, możemy się przekonać, że nieszczęśliwe przypadki, jakie miały miejsce po operacyach, wykonywanych w przypadkach krwisteku od strony pochwy, wydarzały się wówczas, gdy chciano ile możności doszczętnie treść guza usunąć. Zatem w przypadkach, w których chciano usunąć zmienione przydatki (adnexa), lub skrzepy, które je otaczały; dalej w tych przypadkach, w których robione były przestrzykiwania w celu dokładniejszego wypróżnienia jamy. Inna zupełnie rzecz, jeżeli operacya, dokonana przez pochwę, ma na celu tylko ostrożne wypuszczenie treści płynnej krwisteku i łatwo dających się usunąć skrzepów. Wówczas zabieg ten nie da się porównywać z zabiegiem, dokonanym drogą, utorowaną przez powłoki brzuszne, nie może go zastąpić, nie jest wcale postępowaniem radykalnem, natomiast jednak jest postępowaniem niewinnem, za pomocą którego można znakomicie trwanie leczenia skrócić.

Co do obawy, aby ropienie, powstałe po otwarciu krwisteku przez pochwę, mogło się stać dla chorej groźnem, jak to niektórzy zaznaczają, sądzę, że obawa w tym kierunku niesłuszna. Albo bowiem treść guza jest jałową, a postępowanie nasze aseptyczne, to nie potrzebujemy się ropienia obawiać, albo treść guza nie była jałową i groziło zropienie, to otwarcie przez pochwę było wskazane i tylko przez pochwę. Pod tym względem godzę się z zapatrywaniem G o t t s c h a l k a, który powiada, że naszym obowiązkiem jest za pomocą niewinnego zabiegu, jakim jest *colpotomia posterior*, wielki krwistek wypuścić i przez to wyleczenie przyspieszyć; że w dzisiejszych czasach, wobec postępowania przeciw — i bezgnilnego, niema obawy, aby rozkład treści w jamie krwisteku powstał, jeżeli unikniemy wstrzykiwań i odnawiania tamponady. U swych chorych, tak operowanych, nie widział G. podniesienia ciepłoty.

Zaznaczyć tu muszę, że przedsiębiorąc otwarcie krwisteku przez pochwę, nigdy nie kusiłem się o doszczętne usuwanie treści guza tą drogą i stanowczo taką dążność zganić muszę.

Wobec tego, ze sposobów operacyjnych, dzisiaj używanych w przypadkach krwisteku, nadaje się albo laparotomia, jako operacya radykalna, albo droga prowadząca przez powłoki brzuszne, ale podotrzewnowo, albo wreszcie operacya przez pochwę, jako operacya wprawdzie połowicza, mimo to słusznie usprawiedliwiona wynikami pomyślnymi, jakie nam daje.

Jeśli się teraz zastanowimy nad wskazaniami, wyżej podanemi i nad pytaniem, co chcemy w danym przypadku osiągnąć, to w tych przypadkach, w których zabieg chirurgiczny jest bezwzględnie wskazany, wybór zdaje się nam łatwy, a mianowicie w przypadkach stwierdzonego krwotoku wewnętrznego jedynie racyonalnem jest dążenie do zatamowania krwotoku, a przy tej sposobności do usunięcia krwisteku i tutaj operacya, wykowana drogą przez powłoki brzuszne powinna być jedynie i wyłącznie wskazaną. W razie pęknięcia guza idzie nam o doszczętne usunięcie krwisteku i jego treści, a względnie o zabezpieczenie jamy otrzewnowej od ogólnego zakażenia. Ten wynik osiągnąć możemy tylko za pomocą laparotomii z ewentualnem zastósowaniem worka Mikulicza.

W razie zropienia guza idzie o zabezpieczenie ropie odpływu; do tego nadaje się nacięcie od pochwy, albo laparotomia podotrzewnowa. Wybór między tymi zabiegami zależeć powinien od stosunków anatomicznych danego przypadku.

Zastanawiając się dalej nad resztą wskazań, które według naszego podziału wymagają względnie zabiegu chirurgicznego, powiedzieć musimy, że i wybór zabiegu operacyjnego jest względny. W pewnych przypadkach powinny decydować warunki anatomiczne i cel, jaki osiągnąć chcemy, w innych zaś powinna decydować chora, która ma być operowana, po przedłożeniu jej widoków różnego postępowania chirurgicznego.

Przejdźmy te wskazania szczegółowo: 1) Jeżeli po kilkotygodniowem leczeniu, mimo spokojnego leżenia, krwistek nie okazuje skłonności do wessania. Co do tego wskazania, to przedewszystkiem nie wymaga ono doraźnego zabiegu. Przy wyborze sposobu operacyjnego możemy zamierzyć albo doszczętne usunięcie guza, albo też możemy się starać zmienić stosunki anatomiczne, a temsamem umożliwić wessanie guza. Tutaj przedewszystkiem zasługuje na uwagę okoliczność: jakie stosunki anatomiczne przedstawia guz? Czy ma otoczkę zbitą, twardą, czy też nie? Jeżeli jest otorbiony grubą stałą otoczką w myśl zapatrywania S ä n g e r a, to nadaje się do wyłuszczenia doszczętnego *per laparotomiam.* W przypadkach takich możemy się spodziewać, że nam się uda guz wyłuszczyć w całości, że zabieg operacyjny przebiegnie bez powikłań i przy postępowaniu aseptycznem wynik będziemy mieli dobry i wyleczenie szybkie. Jeżeli zaś guz ma ściany niejednostajnie zgrubiałe i okazuje miejsca cienkie, gdzie czuć wybitnie chełbotanie, możemy się spodziewać, że wśród dążności wyłuszczenia guza w całości drogą przez powłoki brzuszne, nastąpi przedarcie, wylanie się treści do jamy brzucha, a zatem i ewentualna potrzeba worka Mikulicza. W przypadku takim nie możemy już liczyć na gładki przebieg i na szybkie wyleczenie, bo jeżeli treść guza nie była jałowa, możemy się spodziewać długotrwałego ropienia. W przypadkach takich najstósowniejszem jest dążyć do usunięcia płynnej treści guza i w tym celu drogą przez pochwę wypuścić krew i wiotkie skrzepy, poczem następuje znaczne zmniejszenie się guza i często w dalszym ciągu szybkie stosunkowo wessanie pozostałości, albo gdyby to nie nastąpiło, pozostaną nam części stałe, których wyjęcie późniejsze drogą przez powłoki brzuszne byłoby właściwe i możliwe bez powikłań zabiegu, ze spodziewanym pomyślnym i szybkim wynikiem.

2) Gdy przypadłości uciążliwe wciąż trwają. W przypadkach tych główną odgrywa rolę okoliczność, czy się

przypadek nadaje do laparotomii, czy nie, w myśl uwag, wypowiedzianych przy poprzedniem wskazaniu: a dalej gdyby w danym przypadku te warunki były, powinna decydować chora, czy pragnie doszczętnego usunięcia cierpienia, połączonego z większem niebezpieczeństwem, czy też polepszenia stanu i gotowa się dalej poddać długiemu leczeniu.

3) Przy objawach uciskowych na pęcherz i odbytnicę powinny rozstrzygać stosunki anatomiczne. Tam, gdzie mamy widoki doszczętnego usunięcia guza w całości, należy wykonywać to drogą przez powłoki brzuszne, tam zaś, gdzie się tego nie spodziewamy, zmniejszyć guz przez wypróżnienie drogą pochwy, co już wskazaniu zadosyć czyni.

Wobec tego wskazania ważną jest okoliczność, czy objawy uciskowe polegają na nawrotach i następowych krwotokach, czy też te ostatnie nie mają miejsca; gdybyśmy bowiem mieli do czynienia z krwotokami następowymi, byłaby laparotomia wskazana w celu usunięcia źródła krwotoku wewnętrznego.

4) Gdy warunki chorej nie pozwalają na zbyt długie leczenie. Wobec tego wskazania decydować powinny stosunki anatomiczne oraz wola chorej.

5) W razie przebicia się guza do pęcherza moczowego lub do odbytnicy. W tych przypadkach możemy albo wyczekiwać, jeżeli niema żadnych groźnych objawów, albo też może być zabieg operacyjny wskazany, jeżeli objawy takie istnieją. Jeżeli nie mamy groźnych objawów ze strony pęcherza i odbytnicy i jeżeli mocz lub kał nie dostają się do jamy guza, byłoby wskazanem wyczekiwanie; w razie zaś przeciwnym należałoby zabezpieczyć odpływ treści guza wprost na zewnątrz, do czego droga przez pochwę byłaby jedynie właściwą. (Dok. nast.)

III. O anomaliach odruchów, w szczególności kolanowych i o towarzyszących im uczuciach (sensacyach) w przypadkach nerwic.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Dokończenie).

Opisane przypadki nerwic nasuwają mi następujące uwagi analityczne: Znieczulenie psychiczne, połączone z przyćmieniem samowiedzy wśród napadów histerycznych (pierwszy przypadek histeryi, spostrzeżenie I) jak i zaćmienie pamięci, odnoszące się w różnym stopniu do tego wszystkiego, co wśród napadów wymienionych zaszło, uważać można za stan somnambuliczny. Tak przynajmniej pojmują podobne stany psychiczne znakomici badacze francuzcy: Charcot, P. Janet, J. Janet, Binet, Richer i inni. — W zajmującej rozprawie swej: *Quelques définitions récentes de l'hysterie* (por.. *Archives de neurologie, Paris 1893, p. 417—438)*, mówi P. Janet o rozpadaniu się *(désagregation)* osobowości tego rodzaju chorych w peryodycznie po sobie następujących dwu odmiennych nastrojach i stanach psychicznych na dwie niejako postacie istnienia i określa te dwie niejako indywidualności psychiczne słowami: „Zdwojenie osobowości“ *(dédoublement de la personnalité*). — Inaczej zapatruje się na pomienione stany psychiczne i w ogóle na indywidualność psychiczną uczony angielski, Fryderyk Meyers (por. artykuł jego: *„The subliminal consciousness“ w Proceedings of the society for psychical research vol VII p. 301—306)*. W rozprawie tej odrzuca Meyers „drugorzędną jaźń“ i drugorzędną osobowość, nadmieniając, że robiłoby to wrażenie, jakoby więcej „jaźni“, więcej indywidualności i osobowości niż dwie być nie mogło, lub jakoby „jaźń nadkresowa“ (*the supraliminal self)*, „jaźń zwykłego doświadczenia“ *(the self of common experience)*, „jaźń empiryczna“ *(the empirical self)* ważniejszą była, niż inne przypuszczalne „jaźnie“. Wyrażenia „osobowość“ używa F. Meyers ku oznaczeniu objawów więcej zewnętrznych i przemijających, określając zarazem słowem „indywidualność“ głębsze objawy psychiczne. W dalszych wywodach swych przypuszcza Meyers, że „jaźń podkresowa“ i „pamięć podkresowa“ *(the subliminal self)* ogarniać mogą tak pod względem swej fizyologicznej, jak i psychologicznej czynności okręg daleko szerszy niż „jaźnie nadkresowe“, i „pamięć nadkresowa“, już choćby z tej przyczyny, że ostatnie są w każdym, a więc i w ludzkim ustroju, ograniczone przez skupienie konieczne na wspomnienia celowe i pożyteczne w walce o byt.

Ale nietylko te, niejako pośrednie dane, przemawiają za szerokością podkresowej samowiedzy. Daleko wyraźniej świadczy za nią, zdaniem mojem, cała ogromna dziedzina uporządkowanych, celowych, z czuciem i uczuciem w pewnym związku i stosunku pozostających ruchów i odruchów, które odbywają się w ustroju bądź-to na podstawie dziedzicznych właściwości, bądź-też nawyknienia, wyćwiczenia i wprawy, bądź wreszcie wszystkich tych czynników razem wziętych, poniekąd automatycznie, nie znacząc się żadnym śladem i wyrazem w nadkresowej samowiedzy.

Tu zaliczyć należy także i wspomnienia, które drzemią, niejako utajone, w głębinach umysłu aż do chwili, w której je obudzi jakieś pokrewne kojarzenie i powoduje poniekąd do wynurzenia się i ukazania w źwierciadle nadkresowej samowiedzy. — Podkresowa samowiedza ogarnia wreszcie bezsamowiedne wrażenia i czynności przejęte lub wykonywane przez umysł bez skupienia uwagi, które występują dopiero później wśród pewnych danych, n. p. w stanie hipnotycznym w nadkresowej samowiedzy [1]). P. Janet, który zwrócił pierwszy uwagę na ten syndrom psychiczny, oznaczył go słowami: „acte inconscient par distraction“.

Zastanawiając się w ciągu dalszym nad innymi stanami, nastrojami i władzami duszy chorych na histeryę osobników, nad zmiennością ich uczuciowości i charakteru, oraz nierówną siłą ich pamięci, inteligencyi, uwagi, woli, wyobraźni i t. d. (mam tu na myśli nietylko przytoczone, lecz zarazem i inne spostrzegane przezemnie przypadki), przychodzę do przekonania, że wszystkie te zmiany, mimo że przybierają w histeryi prawdziwie „Proteuszowe kształty i kameleona barwy“, nie zmuszają nas jednakże bynajmniej do

---

[1]) Tu odnosi się n. p. spostrzeżenie Forela, (podane w *Proceedings of the society for psychical research* Vol. VI. str. 225). — Jeden z uczestników pewnego towarzystwa czyta z zajęciem książkę, nie zważając na rozmowę obecnych. Wymienienie nazwiska jednego z jego znajomych porusza czytającego i spowodowuje pytanie o bliższe szczegóły, odnoszące się do osoby znajomego. — Po stwierdzeniu faktu, że będący w mowie osobnik nie zauważył całej rozmowy, poddaje go Forel hipnozie. W stanie tym występuje w nadkresowej samowiedzy tego człowieka cały tok rozmowy, który wśród roztargnienia przejęła podkresowa samowiedza.

przyjęcia rozdwajającej się i rozpadającej osobowości i indywidualności. Według mego mniemania możemy tu raczej przyjąć grupowanie się i wahanie pierwiastków i utworów psychicznych, a w następstwie dalszem wahania się wyobrażeń, prostych i złożonych uczuć, wzruszeń, popędów, myśli, pojęć, władz, pod- i nadkresowej samowiedzy i t. d. poniekąd około jednego środowiska, które uważać należy jako indywidualność psychiczną [1]). Wymienione zaś czynniki grupują się tu, wahają i stopniują ilościowo i jakościowo, w szerokiej bardzo skali, stósownie do drażliwości i wrażliwości, do konstytucyi psycho-fizycznej danego osobnika, w miarę siły i jakości wstrząśnień, które wywołały histeryę (Charcot, Freud i Breuer), a wreszcie w miarę siły i jakości czynników, wywołujących poszczególne zboczenia, zaburzenia i napady histeryczne.

Wypada mi tu jeszcze poświęcić kilka uwag sensacyom, łączącym się z odruchami ścięgnistymi. Jarisch i Schiff podają, że wielka liczba rzekomo zdrowych osobników skarży się, zwłaszcza po kilkakrotnem wywołaniu odruchu kolanowego, to na uczucie uderzania krwi do głowy, to na sensacyę trudno opisać się dającego lęku, to wreszcie na uczucie bicia serca. Często można zauważyć zmianę zabarwienia twarzy u osobników, poddawanych doświadczeniom. W niektórych zaś przypadkach następowało omdlenie. Zaburzenia te tłómaczą Jarisch i Schiff nieprawidłowościami, wywołanemi w narządzie naczynioruchowym, opierając się na doświadczeniach, robionych sfygmomanometrem Bascha, które wykazywały wahania w ciśnieniu krwi. Sternberg wspomina, że u niektórych osobników może powstawać w połączeniu z odruchami ścięgnistymi rodzaj zwiastuna (aura), będącego wstępem do lęków lub napadów drgawkowych. Ten sam badacz opisuje dalej przypadek histeryi, w którym stwierdzić się dawała strefa nadczuła po nad więzadłem rzepkowem. W przypadku tym występowały, po wywołaniu od ruchu kolanowego prawostronnego, odruchy ogólne, nadto łączyły się z objawami tymi sztywność w nodze prawej i bóle gwałtowne, zwłaszcza przy zginaniu jej biernem, które na wielki napotykało opór.

W podanym przeze mnie pierwszym przypadku histeryi (Spostrzeżenie I) okolica pomiędzy szczytem rzepki, a górnym przednim brzegiem piszczeli jest nie tylko odruchowym, lecz zarazem i histerotwórczym okręgiem *(zone spasmogène)*, mówiąc słowami Regnarda, Bournevilla, Richera, Pitresa i innych badaczy francuzkich. Uderzenia w miejsce rzeczone nie wywołują wprawdzie kurczów, równających się co do siły kurczom w typowych napadach histerycznych, powodują jednakże, jak wśród ostatnio wymienionych napadów, drgania ciała całego. Dalej, równoczesnem następstwem wzmiankowanego uderzenia jest niemiła sensacya, potęgująca się po kilkakrotnem powtórzeniu jego aż do uczucia lęku.

W rysach oblicza zaznacza się nastrój psychiczny pacyenta nie tylko osłupieniem i lękiem, ale raczej przerażeniem, połączonem z wyrazem bólu. Świadczą za tem z jednej strony szeroko otwarte z rozszerzonemi źrenicami osłupiałe oczy, podniesione brwi i opadła szczęka dolna. Z drugiej strony ściągnięcie brwi i mięśnia czołowego. (Por. dzieło Duchenna *„Mécanisme de la physionomie humaine“* Fig. 64 Oblicze drugiego chorego na histeryę (Spostrzeżenie II) przybierało wśród tych samych warunków wyraz osłupienia i przerażenia, okazujący te same rysy charakterystyczne, co w przypadku pierwszym, a oprócz nich drżenie całego ciała, zgrzytanie zębami i kurczowe ruchy rąk. — Wywołanie odruchu kolanowego u pacyentki pierwszej, chorej na nerwowość (Spostrzeżenie III) uwydatnia się na twarzy wyrazem bólu, (por. Duchenne ibid. fig. 23), podczas gdy zwierciadło samowiedzy u chorej odbija nie uczucie bólu, ale jakieś niewyraźne, określić się bliżej nie dające, nieprzyjemne uczucie w miejscach uderzenia. Druga pacyentka nerwowa (Spostrzeżenie IV) odczuwa w danych okolicznościach sensacyę łechtania w palcach nogi odnośnej, a zarazem bliżej się oznaczyć nie dające uczucie lęku. Wśród sensacyj tych marszczą się lekko brwi pacyentki; ciało jej drży silnie, prawe przedramię zgina się lekko i wykonuje wyraźne ruchy odwracające *(Supinationsbewegungen)*. — W przypadku, dotyczącym chorego na niedomogę nerwową (Spostrzeżenie V), łączy się odruch kolanowy, jak w poprzednim, z nieokreśloną i niemiłą sensacya, odczuwaną w miejscu uderzenia. Kurcz mięśni w twarzy chorego wyraża ból. (Duchenne fig. 23).

Wspomnieć mi tu należy jeszcze kilka słów o pojawianiu się i znikaniu odruchów ścięgnistych. Mam tu w szczególności na myśli drgawki w nodze. Odruch ten spostrzegałem tylko raz jeden w drugim przypadku nerwowości (Spostrzeżenie IV) i to w stanie nadzwyczajnego rozdrażnienia, w jakiem się chora w chwili badania znajdowała. Drgawki te łączyły się z odruchem kolanowym, były z nim wywołane jednocześnie uderzeniem w więzadło rzepkowe. Później gdy chora była spokojniejszą, nie udało mi się ich już ani razu wywołać. — Sprawa ta zdaje mi się być ważną z powodu polemiki, która w ostatnim czasie wszczęła się pomiędzy Gowersem a Bechterewem. Podczas gdy pierwszy uważa drgawki w nodze za znak i dowód niezbity organicznego zachorzenia rdzenia, Bechterew w niektórych li tylko razach widzi w nich zaburzenie czynnościowe, stwierdziwszy je w przypadkach histeryi, *myoclonus multiplex*, *akinesia algera* i t. d. — W przypadkach *akinesia algera* spostrzegał Bechterew drgawki w nodze jedynie w pewnym okresie tego cierpienia. Odruch ten występował tak tu, jak i w przypadkach *myoclonus multiplex*, silniej po jednej stronie.

Spostrzegany przeze mnie odruch ten w przypadku nerwicy wzmiankowanej przemawia stanowczo przeciw teoryi Gowersa, a potwierdza zapatrywania Bechterewa. Teryi Gowersa nie potwierdzają zresztą i doświadczenia Bergera, który zdołał wywołać drgawki w nodze u trzech zupełnie zdrowych osobników.

Jeżeli w pierwszym artykule, odnoszącym się do nieprawidłowości odruchów w wiądzie rdzenia, miałem na oku poza zestawieniem dostępnego mi piśmiennictwa pomnożenie tu należącej kazuistyki, to w rozprawie niniejszej nasuwają mi się, na podstawie danych z literatury i własnych spostrzeżeń, przypuszczenia następujące:

1) Zmiany ilościowe i jakościowe odruchów w nerwicach zdają się być zależne od wzmożo-

---

[1]) Potwierdza to i symbol językowy, wyrażając przez indywidualność niepodzielność, czyli jednostkę.

nej lub osłabionej pobudliwości[1]) tak samego łuku odruchowego, jak i szlaków i ośrodków rdzenia i mózgu, będących z nim w związku (wpływy torujące i hamujące), nadto od nastroju psychofizycznego: (równowaga, rozdrażnienie, przygnębienie i t. d.), w którym się w chwili danej znajduje chory.

2) Wstrząśnienie, wywołane uderzeniem w więzadło rzepkowe, nie ograniczało się na niem, na nerwach czuciowych, na ścięgnach, mięśniach, kościach, okostnej, powięziach, rdzeniu, nerwach ruchowych (Sternberg i Eulenburg), lecz odbijało się za pośrednictwem ośrodków mózgowych[2]), jak przyjąć należy, w nadkresowej samowiedzy chorych, przyczyniając się zarazem do powstania w niej pewnych nastrojów psychicznych.

3) Nastroje te rysowały się na twarzy wyrazem wzruszenia[3]); wyraz ten nie odpowiadał im jednakże ściśle ani co do jakości, ani co do siły[4]).

Piśmiennictwo.

I.

1) *Archiv für Psychiatrie* Tom V. Bd. 1874, S. 792—802 Über Sehnenreflexe bei Gesunden und bei Rückenmarkskranken von Prof. Dr. W. Erb. 2) *Ibidem* T. V. Bd. S. 803—834 Über einige Bewegungserscheinungen an gelähmten Gliedern von Prof. C. Westphal. 3) *Deutsches Archiv. f. klinische Medicin* 24 Bd. 1879. S. 1—52. Zur Pathologie der Tabes dorsalis von Prof. Dr. Erb. 4) Neurologische Beiträge von P. J. Moebius 1894, S. 1—154 Zur Lehre von der Tabes. (Omówienie więcej niż 1000 artykułów, odnoszących się do etyologii i kazuistyki wiądu rdzenia; uwagi krytyczne, zebrane z roczników Schmidta od r. 1880 do 1894). 5) *Medic Jahrbücher Jahrg.* 1882. S. 261—307. Untersuchung über d. Kniephaenomen von Dr. Jarisch u. Dr. E. Schiff. 6) *Archiv f. Psychiatrie* XVII Bd. S. 547—576, 1886. Über Fortdauer des Kniephaenomens bei Degeneration der Hinterstränge von Prof. C. W. Westphal. 7) *Ibidem* Bd XVII. S. 693—716. Zur Frage über die combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks v. Privat-doc. Dr. A. Erlicki u. Dr. J. Rybalkin. 8) *Deutsches Archiv f. klin. Medicin.* 35 Bd. 1884, S. 254—265. Über d. Kniephaenomen v. Prof. Dr. Julius Schreiber. 9) *Neurolog. Centralblatt.* 1895. S. 354—363 u. S. 403—407. Zu der Symptomatologie der progressiven Paralyse u. Epilepsie von Dr. Hillenberg. 10) Pathologie u. Therapie der Nervenkrankheiten von Dr. L. Hirt. 1890. S. Abschnitt über Tabes. S. 483—526. 11) Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie II Bd. (Krankheiten des Nervensystems) 1892 von Prof. Dr. A. Strümpell. S. 215—247. Artikel über Tabes dorsalis. 12) Beitrag zum Faserverlauf im Hinterhorn des menschlichen Rückenmarks und zum Verhalten desselben bei Tabes dorsalis von Dr. H. Lissauer. *Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* S. 377—438. Bd. XVII. 13) *Ibid.* Bd. XVII. S. 483—517. Über Anomalien der Empfindung und ihre Beziehungen zur Ataxie bei Tabes dorsalis von Dr. Bolko Stern. (Aus d. Nervenklinik Prof. Westphals). 14) Zur Symptomatologie der Tabes. *Centralblatt für medicinische Wissenschaften* 1880 von Fischer 15) *Schmidtsche Jahrb.* Bd. 257. S. 135. Ref. aus d. Americ. Journ. of med. Sc. CXI 3, p. 306, March. 1896. The crossed knee-jerk by S. S. Risien Russel. 16) *Ibid.* Bd. 257. S. 81. Ref. z rozprawy Dra Simerka: Contribution statistique à la symptomatologie du tabes dorsalis. Revue neurologique IV, 13 p. 385, 1896 17) *Neurolog. Centralblatt VII.* 1888. Nr. 19 u. 20. Über die Ungleichheit d. Kniephaenomens bei Tabes dorsalis von Dr. S. Goldflam. 18) *Ibidem VIII*, 1889 Nr. 17. Einige qualitative Varietäten des Kniephaenomens von Prof. Dr. Moritz Benedikt. 19) *Ibidem VIII*, Nr. 19. Einige qualitative Varietäten des Kniephaenomens von Prof. Dr. M. Benedikt. 20) *Ibidem IV*, 1885 Nr. 18. Zur Untersuchungsmethode des Kniephaenomens von Dr. E. Jendrassik. 21) Beiträge zur Lehre von den Sehnenreflexen von Dr. Jendrässik. *Deutsch. Archiv f. klin. Medicin.* Bd. XXXIII. S. 177. 22) Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems von Dr. Maximilian Sternberg 1893. S. 114, 119, 178—180, 215—216, 268, 280. 23) *Jahresberichte über d. Leistungen d. gesammten Medicin. von Virchow u. Aug. Hirsch* 1885 I. S. 244. Referat rozprawy Prusa, »O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych« z *Przeglądu lekarskiego* 1885 Nr. 5 i 6. 24) Eulenburgs Realencyclopädie d. gesammten Heilkunde XIX Bd. Tabes dorsualis v. Leyden, S. 421—473. 25 Encyclopädische Jahrbücher I. Jahrg. 1891. Tabes dorsalis v. Eulenburg, S. 649—652 26) *Ibidem* II Jahrg. 1892. Tabes dorsalis v. Eulenburg S. 646—651. 27) *Neurolog. Beiträge von* P. J. Möbius 1894, IV Heft. Über reflectorische Pupillenstarre. S. 112—114.

II.

1) Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, VIII Auflage 1893, § 362. Reflexe im Rückenmarke. S. 775—779. § 363 Hemmung d. Reflexe. S. 779—782 § 364. Centra im Rückenmarke, S. 782—784. § 365 Erregbarkeit d. Rückenmarks S. 784—787. § 366. Leitungsbahnen im Rückenmarke, S. 787—790. § 367. Das Gehirn, S. 790—797. § 351. Nervus facialis. S. 739—744. 2) Johannes Ranke: Grundzüge der Physiologie des Menschen, IV Auflage. 1881. Die Reflexe. S. 977—986. Reflexhemmung, S. 986—988. Automatische Centren, S. 988—992. Koordinirte Bewegungen, S. 993—996 — Leitungswege d. Erregung in den nervösen Centralorganen, S. 996—999. 3) Sternberg: Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems 1893. 4) Lehrbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie d. inneren Krankheiten von A. Strümpell 1892, II Bd.: Krankheiten d. Nervensystems. Neurosen, S. 464—553 *Ibid.* Prüfung u. Verhalten d. Reflexe, S. 65—71. 5) Pathologie u. Therapie der Nervenkrankheiten von Dr. L. Hirt 1890. Reflexe S. 351—352 u. d. entspr. Kapitel über Neurosen. 6) Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie von Dr. Loewenfeld 1894. S. 171—173 (über Reflexe). 7) Charcot: Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique 1888/89. 8) Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte in d. gesammten Medicin von Virchow u. Aug. Hirsch 1885. Ref. z Przeglądu Lekarskiego 1885 Nr. 5 i 6 Prus: »O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych«. 9) *Ibid.* Jahrg 1898. Ref. o pracy Stewarta, odnoszącej się do odruchów ścięgnistych skrzyżowanych. 10) *Deutsches Archiv für klinische Medicin* Bd. 24. S. 175—191. Zur Kenntniss der Sehnenreflexe v. Dr. A. Strümpell. 11) *Archiv für Psychiatrie* Bd. XIII. Zur Lehre von den Haut — u. Sehnenreflexen von Dr. Arthur Schwarz. S. 621—657 12) *Neurolog. Centralblatt* 1893. S. 4—10 u. S. 43—47. Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phaenomene von Dr. Josef Breuer u. Dr. Sigm. Freud. 13) *Ibid.* 1895. S. 1157—1166: Über wenig bekannte Reflexerscheinungen bei Nervenkrankheiten und über die diagnostische Bedeutung des sogenannten Fussphaenomens und der Sehnen- u. Hautreflexveränderungen von Prof. W. von Bechterew. 14) *Ibid.* 1885. S. 290—300. Die sensiblen und sensorischen Nervenbahnen u. Centren von G. Jelgersma. 15) *Archives de Neurologie.* Paris 1893. P. 417—438. Quelques définitions récentes de l'hystérie par M. Pierre Janet. 16) Frederick Meyers (Cambridge): »The subliminal consciousness" in Proceedings of the society for psychical research vol. VII. S. 301—306. 17) Über Sehnenreflexe von Prof. Dr. Berger im *Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie u. gerichtliche Psychopathologie 2 Jahrg.* 1879 S. 73—79. 28) *Ibid.* 1879. S. 193—208. Über die diagnostische Bedeutung der Reflexe insbes. der Bauchreflexe von Dr. Ottomar Rosenbach. 19) *Archives de Neurologie* 1896, tom I, p. 216—217. Ref. z The New-York medical Journal 1895: Le réflexe du genou au point de vue diagnostic par William Leszczyński. 20) *Ibidem* 1896 tome II, p. 469. Ref. aus The alienist and neurologist 1896: Leçon sur les réflexes par le Dr. Hughes. 21) *Ibid.* 1897 tome II, p. 151—152. Essai sur le rôle psychologique de l'action réflexe par Joseph Mathis. 22) Die diagnostische u. prognostische Bedeutung des Kniephaenomens vom Privat. Doc. Dr. A. Cramer. *Münchener med. Wochenschr.* 1895. Nr. 46 u 47. 23) Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde IV Jahrgang 1894. S. 515—524. Sehnenreflexe: Artikel von Bruns. 24) *Ibidem* V Jahr-

[1]) Pobudliwość ta może być znowu zależną od krążenia, oraz ilości przepływającej krwi i limfy, od ich składników chemicznych, — wogóle od warunków odżywczych i życiowych.

[2]) W cennej doświadczalnej pracy swej: »O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych« (por. *Przegląd Lekarski* r. 1899. Nr. 39, 40, 41 i 42) podaje J. Prus, że stwierdził u psa pod wpływem podrażnienia wzmiankowanego wzgórka czworaczego przedniego pomiędzy innymi objawy złości, znaczące się pomrukiwaniem lub warczeniem i wstrząsaniem głową lub całem ciałem. Zastósowanie zaś tego samego podrażnienia na tylny wzgórek czworaczy przez tegoż badacza wywoływało prócz innych objawy strachu, za czem przemawiał krzyk, skomlenie, wycie i całe zachowanie się zwierzęcia.

[3]) Por. dzieło Mossoa: »Die Furcht« tłómaczenie niemieckie W. Fingera, 1889) mianowicie rozdziały: »Der Gesichtsausdruck« str. 143—153. »Die Physiognomie des Schmerzes« str. 172—188.

[4]) Okoliczność ta polegać może zdaniem mojem 1) na trudności rozgraniczenia i oznaczenia danych nastrojów psychicznych ze strony osobników odnośnych; 2) na niezwykłej trudności samej obserwacyi, a mianowicie na trudności lub niemożliwości rozróżniania nad wyraz subtelnych stopniowań i odcieni. zachodzących w rysach wymienionych nastrojów, znaczących się na twarzy. — Co do punktu drugiego nadmienia n. p. Mosso, że niemożliwem mu było u wielu osobników rozróżnić w wyrazie twarzy natężenie od cierpienia. (Por. Ibid. »Über Ausdruck der Stirne und des Auges«). Por. nadto dzieło Darwina: „Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Thieren und dem Menschen« (tłómaczenie niemieckie V. Carusa) str. 12, gdzie Darwin podnosi wyraźnie niezmierną trudność obserwacyi wyrazu wzruszeń na twarzy, z powodu, że wyraz ten znaczy się częstokroć bardzo nieznacznymi ruchami, bardzo szybko przemijającymi.

gang 1895. S. 591—593, Sehnenreflexe: Artikel von Bruns. 25) Localzeichen u. Organgefühle von Prof. Ernst von Fleischl. Med. Jahrb: S. 91—104. Wien 1882. 26) Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage von Dr. Wilhelm Winternitz 1890 I Bd. S. 1 21. Das Wasser als therapeutisches Agens. S. 22—37. Wirkungsweise des gewöhnlichen Wassers. S. 87—102. Reflexwirkungen thermischer Einflüsse. S. 253—277. Thermische Einflüsse auf den Stoffwechsel. 27) Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen u. den Thieren von Charles Darwin. Aus dem englischen übersetzt von J. Victor Carus 1872. S. 12. n. S. 284—315. (Überraschung, Erstaunen. Furcht, Entsetzen). 28) Mécanisme de la Physionomie humaine ou Analyse électro-physiologique de l'expression des passions par le docteur G.-B. Duchenne (de Boulogne). Por. Atlas, Fig 23 i 63, nadto: Tableau synoptique: douleur, surprise, étonnement, frayeur, effroi, effroi avec douleur; — wreszcie Muscles de la douleur. 29) Die Thatsachen der Wahrnehmung von Dr. H. Helmholtz Berlin 1879. Beilage I. Über die Localisation der Empfindungen innerer Organe. S. 47—50. 30) Die Furcht, von A. Mosso. Aus d. Italienischen übersetzt von W. Finger 1889. S. 29—45. Die Reflexbewegungen und die Functionen des Rückenmarks. S. 143—153. Der Gesichtsausdruck. S. 154—171. Ausdruck der Stirne u. des Auges. S. 172—188. Physionomie des Schmerzes. 31) Über Gemüthsbewegungen: Eine psycho-physiologische Studie von Dr. C. Lange, Prof. d. Medicin in Kopenhagen, Autoris. Übersetzung v. Dr. H. Kurella 1887. S. 21—27. Der Schreck. 32) Grundriss der Psychologie von Wilhelm Wundt 1896. Die psychischen Elemente. S. 33—45. Die psychischen Gebilde S. 106—109. Die Affecte S. 198—214. Die Associationen S. 267—291. Psychische Zustände S. 314—323. 33) Neurologische Beiträge von P. J. Moebius 1894 I Heft; a) Über d. Begriff der Hysterie S. 1—6; b) Ibidem Heft I. Thatsächliches u. Hypothetisches über das Wesen der Hysterie. S. 20—24. c) *Ibid.* Weitere Erörterungen über d. Begriff der Hysterie. S. 24—31; d) II Heft: Nervosität u. Bemerkungen über die Neurasthenie S. 62—97; c) Über Neurasthenia cerebralis S. 98—103. 34) *Przegląd lekarski* r. 1889 Nr. 39, 40, 41 i 42. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych podał Prof. Dr. J. Prus 35) Proceedings of the society for psychical research vol. VI. S 225. (Spostrzeżenie Forela).

IV. Jeszcze o hematynie obojętnej.

Podał

Dr. W. Arnold.

Przedewszystkiem z naciskiem zauważyć muszę, że artykułu prof. Wachholza („Kilka słów jeszcze w sprawie hematyny obojętnej“ *Przegląd Lekarski* Nr. 10, 1900) uważać nie mogę za odpowiedź na tak wyczerpujące i sumiennie zestawione szeregi moich zarzutów. Mimo to odpowiem prof. Wachholzowi na kilka punktów w jego artykule:

1. Życzy sobie mieć prof. Wachholz roztwór hematyny obojętnej, jednak nie wyskokowy. Powiada on, że „gdybym potrafił uzyskać swą hematynę obojętną w wodnym rozczynie bez dodatku alkoholu, przez niego kwestyonowanego, w takim razie przyznałby się otwarcie, a nawet z radością, do myłki w sądzie“. Dziwią mnie te słowa tem więcej, że w kilku miejscach w mych rozprawach wyraźnie zauważyłem, że to jest możliwe. Wprawdzie wodnego roztworu hematyny obojętnej otrzymać nie możemy, ależ zdaniem mojem idzie jedynie o to, aby wykazać, że hematyna obojętna wytworzyć się może bez najmniejszego dodatku alkoholu. Dlaczego prof. Wachholz nie korzystał z mych wskazówek, tego doprawdy nie wiem. Przypomnę mu jednak, że hematynę obojętną otrzymać można z łatwością z roztworu obojętnej methemoglobiny przez dodanie kilku sześć. ctm. chloroformu (do 10—15 sześć ctm. roztworu methemoglobiny) i następujące skłócenie. Już po kilku sekundach zmienia się barwa brunatna płynu na jasno-czerwoną, płyn ulega równocześnie zmętnieniu, gdyż wydziela się hematyna obojętna w postaci kłaczków, które po pół godz. tworzą na dnie jasno-czerwoną warstwę. Jeżeli strąt ten zbierzemy na sączku, następnie chloroform usuniemy, a nieco jeszcze wilgotny osad między dwiema płytkami szklanemi poddamy znaczniejszemu ciśnieniu, otrzymać można warstewkę tak cienką i przeźroczystą, że z łatwością może być badana przyrządem widmowym. Możemy wówczas stwierdzić widmo hematyny obojętnej, tak zasadniczo różne od widma hemochromogeny. Tak więc posiadałby prof. Wachholz hematynę obojętną, otrzymaną bez alkoholu. (Również i za pomocą eteru, — choć trudniej nieco, — otrzymać można hematynę obojętną z roztworu methemoglobiny). Otrzymać można jednak hematynę obojętną również i przez zagotowanie roztworu krwi lub oksyhemoglobiny. Na zapytanie więc prof. Wachholza, czy „widziałem i badałem tę hematynę obojętną, otrzymaną przez zagotowanie obojętnego rozczynu O-Hb“, odpowiedzieć mu mogę znów opisem postępowania mojego. Otóż nieco odwłóknionej krwi, rozcieńczonej 1—2 obj wody, gotuję w szalce porcelanowej. Gdy już płyn zupełnie zbrunatnieje, odlewam część płynną, a następnie kilkakrotnie przemywam otrzymany strąt wodą, oraz 1—2 razy jeszcze go zagotowuję. Otrzymuje się strąt brunatnawo-czerwonawej barwy, który zbiera się na sączku. Nieco z tego strątu, jeszcze wilgotnego, znów poddaje się większemu ciśnieniu między dwiema płytkami szklanemi, aby otrzymać warstewkę przeźroczystą, którą bada się następnie spektroskopem. (W celu otrzymania przeźroczystszych preparatów można ostrożnie oba szkiełka rozsunąć, poczem warstewkę barwika rozjaśnia się w zwyczajny sposób zapomocą xylolu, olejku cedrowego lub balsamu kanadyjskiego). Otrzymuje się w ten sposób preparaty zupełnie przeźroczyste, okazujące nader wyraźnie znamienne widmo hematyny obojętnej. Barwa tej hematyny jest czerwoną z odcieniem żółtawym). (Metody tej jednak do wytworzenia hematyny obojętnej polecić nie mogę, gdyż otrzymany barwik jest zawsze, zwłaszcza w grubszej warstwie, brunatnawy). Zapomocą metod, podanych przezemnie, otrzymuje się hematynę obojętną daleko piękniejszą, czy to z roztworu methemoglobiny zapomocą chloroformu, czy przez zobojętnienie wyskokowego roztworu hematyny zasadowej. Widocznie gotowanie zmienia barwik. Jestem jednak zupełnie w prawie utrzymując, że przez gotowanie z barwika krwi otrzymujemy hematynę obojętną. Tego wszystkiego jednak prof. Wachholz nie uwzględnił, bo wygodniej badać roztwory. Tak tedy posiadałby prof. Wachholz aż 3 sposoby wytworzenia hematyny obojętnej bez współudziału alkoholu, a mimo to nadal będzie utrzymywać, że hematyna obojętna jest hemochromogeną.

2. Co do liczb, podanych przez prof. Wachholza dla smug pochłonnych hemochromogeny, to chciałbym zwrócić jego uwagę na tę okoliczność, że takie określenie położeń tych smug, jak je podaje Hoppe-Seyler w miejscu, zacytowanem przez prof. Wachholza, jest tak nieścisłem, że żadną miarą nie może być uważanem za miarodajne. Tych różnic w oznaczeniu smug nie tłómaczy bynajmniej, jak chce prof. Wachholz, — różne zgęszczenie rozczynów, gdyż takich liczb nie otrzymuje się, ani, jeżeli weźmiemy roztwory silnie rozcieńczonej hemochromogeny, ani też biorąc roztwory o znaczniejszej zawartości barwika. Są one bowiem błędne.

3. Co do barwy roztworu hemochromogeny, to chciałbym jeszcze zwrócić uwagę prof. Wachholza, że barwę tę autorowie określają jako czereśniową, wiśniową lub purpurową. Dla każdej z tych barw jest właściwym odcień fioletowy (to zn. otrzymuje się te barwy przez domięszanie do barwy czerwonej nieco niebieskiej, względnie fioletowej). Jeżeli więc roztwory, otrzymane przez prof. Wachholza, nie posiadały tej barwy, tylko czerwoną z odcieniem żółtawym, nie były w właściwy sposób przyrządzone. (Sam demonstrowałem kilku kolegom roztwory hematyny obojętnej i hemochromogeny, oraz hematynę i hemochromogenę, strącone z roztworów. Bez wahania wszyscy stwierdzali olbrzymią różnicę, zachodzącą w barwie i w widmie tych roztworów, oraz osadów).

Dalsze zwalczanie niejasnego w dodatku artykułu prof. Wachholza (szczególniej tyczy się to ustępu: „Co do 4 cechy“) uważam za zbyteczne.

Żywię nadzieję, że po odczytaniu tej polemiki nieuprzedzeni, o ile znajomość spektroskopii krwi nie jest im obcą, znajdą się po mojej stronie. Polemikę tę jednak uważam i z mojej strony obecnie za zamkniętą.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Blau. **Encyklopaedie der Ohrenheilkunde.** Vogel, Lipsk, 1900 r.

Wydawca postawił sobie zadanie złożenia świadectwa o wysokiem znaczeniu naukowem otyatryi w naszych czasach, a z drugiej strony ułatwienia szerokiemu kołu lekarzy zapoznania się w najdogodniejszy sposób z zdobyczami tej gałęzi medycyny. Krótkość, zwięzłość i treściwość jest główną cechą tego dzieła. Zawiera ono ścisłe a dokładne przedstawienie wszystkich tu należących zagadnień, z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy. Anatomia, fizyologia, patologia i terapia są uwzględnione w równej mierze. Ułożenie materyału alfabetyczne pozwala każdemu lekarzowi zoryentować się naprędce w sprawach, dotyczących ucha i jego okolicy, czego z równą szybkością osiągnąć niepodobna przy pomocy podręcznika systematycznego. W podobny sposób przedstawione są różne stany chorobowe, stojące w związku z chorobami usznemi, bądź to jako czynniki etyologiczne, bądź też jako cierpienia następowe lub wikłające.

O sumiennem i głęboko pomyślanem opracowaniu tej Encyklopedii świadczą głośne i zasłużone w nauce imiona Baginskiego, Gradenigi, Habermanna, Politzera, Urbentschischa, Zuckerkandla, Jakobsohna, Jansena i w. i. którzy w wydaniu omawianego dzieła udział wzięli. Mamy więc przed sobą zsumowany wynik bogatego doświadczenia i gruntownych badań pierwszorzędnych powag naukowych w zakresie otyatryi. Nazwisko wydawcy, zaszczytnie znanego także czytelnikom *Przegl. Lek.* z „Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde", wychodzącego co 2 lata, oraz z innych cennych prac naukowych, daje również rękojmię dokładności i należytego zestawienia materyału.

Szczegółowe krytyczne omówienie takiego dzieła nie jest możliwem; możemy tylko zapewnić czytelnika, że stanowi ono skarbnicę, z której każdy lekarz, teoretyk i praktyk zarówno, jak i specyalista, czerpać może.

Wykwintne wydanie tego dzieła odpowiada zupełnie cennej jego treści i zasługuje na szczególne zaznaczenie.

Spira.

VI. Wyciągi.

Prof. Schüller. **Polyarthritis chronica villosa a arthritis deformans.** *(Berliner klinische Wochenschrift* 1900, Nr 5, 6, 7). S. udowadnia na zasadzie 20 swoich, dokładnie klinicznie, anatomicznie, histologicznie i bakteryologicznie zbadanych przypadków, które zdołał za pomocą operacyi wyleczyć, że powstawanie polipowatych kosmków błony maziowej stawów, acz (w mniejszym stopniu) zdarzające się w zapaleniu stawów zniekształcającem, może występować samoistnie, jako choroba *„sui generis"* t. zw. *„polyarthritis chronica villosa"*. W cierpieniu tem, występującem głównie w wieku młodym wśród wielkich samoistnych bólów z bardzo szybkiem upośledzeniem ruchów, nie ma nigdy zmian w kościach, ani w chrząstkach stawowych; natomiast *„arthritis deformans"* rozwija się w wieku starszym, bez samoistnych bólów, z upośledzeniem ruchów zwolna się rozwijającem i zawsze ze zmianami w powierzchniach stawowych. Rozróżnienie przez dokładne obmacanie stawów jest łatwe; röntgenografia może być pomocną, ale nie decydująca. *„Polyarthritis chronica villosa"* jest chorobą zakaźną, wywołaną przez szczególne prątki postaci ciążków gimnastycznych, dające się w tych przypadkach zawsze wyhodować i wywołujące u zwierząt zupełnie takie samo schorzenie stawów nietylko po wstrzyknięciu do samych stawów, ale nawet po zaszczepieniu do substancyi gąbczastej sąsiednich kości; zmiany torebki maziowej są tu pierwotne i jedyne. W *arthritis deformans* zmiany torebki maziowej są wtórne, pierwotne są zmiany w chrząstkach i kościach, wywołane nie przez czynnik zakaźny, ale przez zaburzenia ogólnej przemiany materyi. S. powiodło się stwierdzić, (histochemicznie), że w *„arthritis deformans"* zawierają chrząstki stawowe nadmiar soli wapniowych, który w ustroju zostaje zatrzymany (badania przemiany materyi Noordena i Rumpfa) i w chrząstkach się odkłada; nie omieszkał zaś S. sprawdzić, że takiego gromadzenia się soli wapniowych w chrząstkach stawowych niema ani w stanie prawidłowym, ani w *polyarthritis chronica villosa*. Obecność tego nadmiaru soli wapniowych w *arthritis deformans* wywołuje właśnie rozwłóknienie i rodzaj obumierania chrząstki, pobudzając równocześnie sąsiednie części do nadmiernego bujania, a wybujałości doprowadzając do skostnienia. W *arthritis deformans* pojawia się również nadmiar soli wapniowych w schorzałej torebce stawowej. To pojmowanie *arthritis deformans*, jako choroby przemiany materyi, wyjaśnia łatwe powstawanie jej w jednym stawie po urazie, złamaniu i t. p., które stwarzają w danym stawie *locus minoris resistentiae* dla odkładania się soli wapniowych zatrzymywanych w nadmiarze w ustroju. Natomiast bakterye nie grają, zdaniem S., w powstawaniu *arthritis deformans* żadnej roli. Różnica zasadnicza między *arthritis deformans* a *polyarthritis chronica villosa* okazuje się wreszcie *ex juvantibus*. S. zupełnie inaczej leczy zniekształcające zapalenie stawów, a inaczej *polyarthritis villosa* i temu odmiennemu leczeniu zawdzięcza dobre wyniki. W *arthritis deformans*: żywienie środkami, zawierającymi mało wapna; (dyeta mleczna jest z tego powodu niestósowna), leczenie karlsbadzkie, mięsienie, natryski ciepłe sprowadzają większą swobodę ruchów w zajętych stawach i zmniejszają bóle. Skuteczność tego leczenia objawia się wzrostem zawartości wapna w moczu; w kilku przypadkach osiągnął S. zupełne wyleczenie. Natomiast leczenie to jest w *polyarthritis chronica villosa* albo zgoła bezskuteczne, lub nawet szkodliwe, z wyjątkiem kąpieli i natrysków, które niekiedy w początkach choroby wywierają wpływ korzystny. Natomiast dzielnym środkiem obok wycięcia schorzałych części torebki stawowej jest w tej chorobie, zwłaszcza w przypadkach ze zmianami w wielu stawach, wstrzykiwanie do nich mięszanki gwajakolowo-jodoformowo-glicerynowej. Wstrzykiwania takie w miarę potrzeby należy powtarzać co 12 dni. S. wypróbował ich wartość na 128 przypadkach, osiągając przy dobrem wykonaniu wstrzykiwań bądź wyleczenie, bądź znaczne polepszenie. W każdym razie wstrzykiwania te wymagają więcej czasu, niż operacya i nie chronią napewno od nawrotów, zato są w wykonaniu prostsze. Ważnem jest leczenie następowe: ruchy bierne i czynne, mięsienie i t. p, przyczem zaleca się wewnętrzne zażywanie gwajakolu lub tiokolu.

Ciechanowski.

Bandler. **W sprawie powstawania skórzaków.** *(Cystis dermoidalis).* (Doniesienie tymczasowe). (*Berl. kl. Wochs.* 1900/7). B. sądzi, że pewne komórki lub narządy zarodkowe pociągają za sobą bezpośrednio komórki, przeznaczone do wytworzenia innych tkanin; te zabrane z właściwego miejsca komórki wytwarzają potem taką tkaninę, jaką wytworzyłyby w warunkach prawidłowych w miejscu właściwej swej siedziby. Mimo ubytku komórek nie powstaje luka w właściwej ich siedzibie, gdyż cała sprawa toczy się w tym okresie życia płodowego, w którym ubytek komórek z łatwością się wyrównuje. Tak np. jeżeli prajelito, pierwotnie stykające się ze wszystkiemi blaszkami zarodkowemi, obniżając się potem w dalszym rozwoju ku odbytowi zabierze ze sobą komórki innych blaszek, wówczas powstaną skórzaki okolicy krzyżowej. Podobną rolę w powstawaniu skórzaków narządów płciowych odgrywa przewód Wolfa. Nie ma zaś potrzeby uciekać się do innych tłómaczeń, usiłujących wyjaśnić znajdowanie

się składników wszystkich trzech blaszek zarodkowych w skórzakach, a błąkających się wśród hipotez nieraz zbyt śmiałych.
Ciechanowski.

Dr. Emil Klein. **Żołądek kształtu klepsydry jako następstwo nadżarcia kwasem solnym.** *(Gastroduodenostomia). (Wiener klinische Rundschau,* Nr 5, 1900). Kobieta 27 letnia wypiła w zamiarze samobójczym 2 decilitry kwasu solnego dymiącego, pomieszanego z fosforem z 4 paczek zapałek. Ponieważ po 2-miesięcznem objawowem leczeniu stan chorej nie tylko się nie poprawiał, ale ustawicznie się pogarszał, przystąpiono do operacyi zwężenia odźwiernika. Po otworzeniu jamy brzusznej przedstawił się żołądek silnie zasznurowany w odległości 3 palców od odźwiernika ku wpustowi, czyli typowy obraz żołądka klepsydrowatego, którego obydwa odcinki łączył wązki przewód, zaledwie przepuszczający koniec palca. Wykonano po raz pierwszy z tej przyczyny gastroduodenostomię; chora po trzech tygodniach miała się zupełnie dobrze, znosząc wszelkie pokarmy. Że ten klepsydrowaty żołądek powstał tylko wskutek zadziałania kwasu solnego, przemawia według autora: 1) zamiar samobójczy; trudno bowiem przyjąć, by objawy tego cierpienia (jeśliby było wrodzone) okazać się miały dopiero po zażyciu kwasu żrącego; 2) zasznurowanie leży po większej części w okolicy krzywizny wielkiej (przy wrodzonych tego rodzaju zmianach żołądka zwężenie leży przedewszystkiem w okolicy krzywizny małej). *Dr Henryk Pisek.*

Nakaniski. **Prof. O nowym sposobie barwienia, dozwalającym badać szczegóły budowy bakteryi. (Doniesienie tymczasowe).** *(Münch. med. Wochs 1900 Nr. 6).* N. podaje sposób barwienia, zbliżony bardzo do sposobu barwienia dwoinek rzeżączkowych, wykrytego przez *Uhmę*. Sposób N. polega na nakładaniu cieczy, zawierającej bakterye, na szkiełka, pokryte zaschniętą warstwą błękitu metylowego. Według N. nie barwią się jego sposobem prawidłowe leukocyty i erytrocyty, barwią się zaś obumarłe lub zwyrodniałe. Doskonale zaś barwić się mają pasorzyty zimnicy we wszystkich okresach rozwoju (o ile jednak ustał już ich ruch pełzakowaty), dalej wszystkie bakterye, nawet gruzlicze i trądowe, już w parę sekund, przyczem można widzieć szczegóły budowy bakteryi. Zabarwienie różni się zależnie od rodzaju, wieku bakteryi i pożywki, na której rosły. Najlepiej barwią się bakterye, zabite parami formaliny. Sposobem swoim miał N. stwierdzić, że wszystkie bakterye są jednojądrzastemi komórkami. Jądra są małe, o budowie na pozór jednolitej, barwią się słabo błękitem metylenowym, leżą zwykle w środku komórki i pod wpływem czynników szkodliwych mogą wydostawać się poza komórki. Nie wszystkie bakterye posiadają błonę, komórki niektórych są nagie. Rzęsy nie barwią się sposobem N., natomiast barwią się otoczki. Podział komórek bakteryjnych odbywa się po podziale jądra. Zarodniki nie są niczem innem, jak tylko zmienionem jądrem. Sposób N. nadaje się do badania wszelkich cieczy na składniki postaciowe, (wypociny, przesączyny i t. d.) moczu na wałeczki, kału na pełzaki, ropy na dwoinki rzeżączkowe.
Ciechanowski.

Fenyvessy. **O działaniu soku gruczołu tarczykowego na krążenie i oddechanie, oraz o stosunku jodotyryny do jodku sodowego, względnie atropiny.** *(Wiener klin. Wochs., 1900. Nr. 6).* U królików nie wywiera sok gruczołu tarczykowego żadnego stałego wpływu na oddechanie; czasem pozostają wstrzykiwania do żył bez wpływu, czasem natomiast powstaje odruchowe (drogą płucnych gałązek n. błędnego) przyspieszenie oddechów w ustawieniu wdechowem, przyczem oddechy stają się płytsze. Wpływ soku gruczołu tarczykowego na krążenie objawia się u królików obniżeniem parcia, występującem w kilka sekund po wstrzyknięciu soku do żył, przyczem akcya serca się nie zmienia. To obniżenie parcia powstaje przez rozszerzenie naczyń, przyczem ośrodki naczyniowe mogą nie grać żadnej roli. Ze zjawisk tych nie można jednak wysnuwać żadnych wniosków o stałym wpływie gruczołu tarczykowego na *tonus* naczyń, ponieważ zupełnie podobne wyniki otrzymywano w doświadczeniach z wyciągiem przysadki mózgowej, nadnercza i peptonami. — Rzekomego antagonistycznego działania jodotyryny w obec jodku sodowego, względnie atropiny, nie zdołał F. stwierdzić i sądzi, że przeciwne zapatrywania opierają się na błędzie spostrzegawczym, wywołanym przez przelotność działania jodku sodowego i atropiny. *C.*

Doc. Dr. L. Korczynski. **Wykład wstępny o balneologii klinicznej.** *(Medycyna, Nr. 2, 1900).* Żadna z gałęzi nauk lekarskich nie jest u nas tak po macoszemu traktowany, jak balneologia. To też każda praca, każde usiłowanie, podjęte w kierunku przełamania tego zapoznania balneologii zasługuje na uznanie, tem więcej, kiedy chodzi o zaznajomienie naszych lekarzy praktyków z licznemi wskazaniami i działaniem leczniczem naszych zdrojowisk.

Autor w swym wykładzie wstępnym o balneologii klinicznej przedstawia treściwie historyę rozwoju balneoterapii, której początek odnosi jeszcze do czasów przedchrześciańskich a przebiegłszy pokrótce koleje, po jakich się z biegiem czasu nauka ta toczyła, wymienia *Brodowicza* i *Dietla* jako tych, którzy u nas jedni z pierwszych podjęli pracę na tem polu. Od nich też nasza zdrojowa terapia zdobywa sobie ścisłe i trwałe podstawy. *Wąsowicz.*

Dr. Balely. **Nowy sposób leczenia operacyjnego wypadnięcia macicy.** *(Frauenarzt,* Nr. 1, 1900). U kobiet starych, już niezdolnych do zapłodnienia, poleca autor następujący sposób leczenia. Po otwarciu jamy brzusznej, objęcie jedną podwiązką tętnic jajnikowych wraz z więzem okrągłym i to jak najbliżej ściany miednicy, drugą podwiązką zaś objęcie tętnicy macicznej. Po podobnem podwiązaniu więzów strony przeciwnej, poleca autor zamputować macicę w wysokości ujścia wewnętrznego. Po usunięciu macicy poleca zeszyć tkanki objęte pierwszą podwiązką z tkankami, objętemi drugą podwiązką. Zalety swego postępowania widzi autor: 1) w usunięciu ciężaru macicy; 2) wyciągnięciu nadmiernie wydłużonej pochwy ku górze; 3) użyciu naturalnych podpór macicy; 4) pozostawieniu prawidłowej szyi. Dokonanie poprzednio kolporafii, względnie perineorafii, uważa za dobre. Jeżeli osoba, dotknięta wypadnięciem macicy, ma równocześnie raka, to należy wyciąć całą macicę, brzegi lejka pochwy zeszyć ze sobą i przyszyć do więzów przeciętych, szyjąc zawsze na zewnątrz nałożonych na więzy podwiązek. *St. D.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21-go lutego b. r.

Przewodniczący kol. Prof. Jordan.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez poprawki przyjęto.

2) Wybrano delegatami i członkami Rady nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich kolegów: prof. Antoniego Gluzińskiego i prof. Marsa.

3) Kol. prof. Kostanecki zaznacza, że myśl programu dzisiejszego posiedzenia wyszła od kol. prof. Rosnera. Myśl ta ma na celu połączenie wykładów teoretycznych z praktycznymi, co dla obu stron przynieść może wiele korzyści, gdyż teoretycy wynieść mogą z tego rodzaju posiedzeń wiele tematów do swych badań i doświadczeń, a praktycy zyskać mogą niejedno wyjaśnienie w zagmatwanym nieraz obrazie klinicznym. Po tem wyjaśnieniu przystępuje do swego wykładu, w którym omawia:

I. Unaczynienie macicy i stosunek naczyń krwionośnych do warstw macicy, (referat własny).

Jak wiadomo, macica ludzka składa się z trzech warstw: błony śluzowej, warstwy mięsnej i błony surowiczej — (*Endometrium, Myometrium i Perimetrium*) —; błona śluzowa bezpośrednio wyściela wewnątrz warstwę mięsną, podobnie jak zewnątrz otrzewna —, nie mamy

zatem w macicy właściwej błony podśluzowej i błony podsurowiczej. Jest to ważne ze względu na to, że podczas ciąży nie tylko warstwa mięsna musi znacznie róść i grubieć, ale i błona śluzowa i surowicza muszą brać udział we wzrastaniu macicy.

Warstwa mięsna macicy pochodzi z okrężnej warstwy włókien mięsnych, przynależnej do przewodów Müllera, których górne części wytwarzają, jak wiadomo, trąbki, dolne zaś części, zrastając się, dają macicę i pochwę. U noworodków po za warstwą okrężną, innych włókien mięsnych nie spotykamy. Naczynia krwionośne leżą bezpośrednio pod błoną surowiczą. Wedle badań Sobotty, już u dziewcząt $2^1/_2$—rocznych zaczynają naczynia krwionośne wrastać w warstwę mięsną, tworząc tam znaczne rozgałęzienia. Kierunek przebiegu naczyń wpływa od tej chwili na inny układ włókien mięsnych, które niejako przystosowywują się do rozgałęzień naczyń i biegną wzdłuż nich pasmami, tak, że mamy teraz w warstwie mięsnej nieregularny splot włókien. Ponieważ jednak naczynia tworzą większe rozgałęzienia w środku grubości ściany mięsnej (t. zw. *stratum vasculosum*), przeto ta część mięśni ma przedewszystkiem przebieg nieregularny; na wewnątrz ku błonie śluzowej i podobnie na zewnątrz ku otrzewnej pozostają części włókien, biegnących okrężnie, choć jako osobnej warstwy wypreparować ich nie można. Prócz tego pojawiają się w macicy dorosłej kobiety włókna mięsne, biegnące podłużnie, jedne tuż pod błoną śluzową, (pochodzenie morfologiczne tych włókien nie jest dotąd znane), drugie, biegnące podłużnie pod błoną surowiczą; włókna tych ostatnich mięśni są pierwotnie słabo rozwinięte, wzrastają natomiast znacznie podczas ciąży i u wieloródek tworzą znaczniejszy pokład. Mięśnie te zaliczyć musimy do układu mięśni podotrzewnowych.

Naczynia, zaopatrujące ściany macicy, pochodzą przedewszystkiem z dwóch tętnic: 1) tętnicy jajnikowej (*art. ovarica, art. spermatica interna*); tętnica ta odchodzi wysoko od tętnicy głównej, (*aorta abdominalis*) tuż poniżej ujścia tętnicy nerkowej, stale po stronie lewej, po stronie prawej najczęściej od tętnicy nerkowej (*art. renalis dextra*). Wysokie to ujście tłómaczy się znanym faktem, że jajniki leżą pierwotnie znacznie wyżej: potem dopiero opadają ku dołowi (t. zw. *descensus ovariorum*). Tętnica jajnikowa rozpada się na dwa główne pnie: *ramus ovaricus i ramus tubarius*, które wytwarzają wybitne połączenia z tętnicą maciczną (*art. uterina*)

Tętnica maciczna, odchodząca od tętnicy podbrzusznej (miednicowej) (*art. hypogastrica*), biegnie najpierw do tyłu poza moczowodem, następnie zwraca się do boku od moczowodu, a wreszcie idzie, zdążając ku macicy, poprzed nim tak, że zatacza pętlę około moczowodu. To z chirurgicznych względów najważniejsze miejsce skrzyżowania tętnicy z moczowodem leży na wysokości części pochwowej (*portio vaginalis*) około 2 ctm. od brzegu macicy. Zazwyczaj w miejscu skrzyżowania, albo też w niewielkiem od niego oddaleniu, oddaje tętnica maciczna wielką gałęź *ramus cervico-vaginalis*, która zaopatruje dolną część macicy i górną część pochwy. Sam zaś pień tętnicy biegnie w dalszym ciągu wzdłuż przyczepu więzadła szerokiego do macicy na $^1/_2$—1 cm. w bok od macicy u dziewic, przytem w dolnej części w nieco większem, w górnej nieco mniejszem oddaleniu; u wieloródek spotyka się tętnicę bliżej ciała macicy. Biegnąc wzdłuż macicy, oddaje tętnica maciczna szereg gałązek, które wnikają w jej ścianę, tworząc wspomniane wyżej *stratum vasculosum*, t. zw. *rami fundi uteri*, które zaopatrują górną część macicy. W miejscu, gdzie trąbki przechodzą w macicę, rozpada się tętnica maciczna na dwie końcowe gałęzie, *ramus tubarius* i *ramus ovaricus*, które tworzą silne anastomozy (t. zw. *anastomoses à plein canal*) z gałęziami tejże samej nazwy, pochodzącemi z tętnicy jajnikowej; przez co umożliwiony jest podczas ciąży silniejszy dopływ krwi ku macicy. Dolna gałąź, *ramus cervico-vaginalis*, tworzy znów połączenia z tętnicami dolnej części pochwy, którą zaopatrują, prócz wyżej wymienionej tętnicy: *art. vesico-vaginalis, art. hemorrhoidalis media* i *art. pudenda int*,

Żyły, tworzące po części sploty w otoczeniu macicy, trzymają się przeważnie, choć niestale, tych samych dróg, co tętnice.

Podczas ciąży wzrasta, jak wiadomo, bardzo silnie warstwa włókien mięsnych, rosną one ilościowo, ale i każde włókno z osobna staje się większem (przeciętnie 10 razy dłuższem, a 3 razy szerszem). Olbrzymi wzrost wykazują naczynia. Tętnice grubieją, a przytem skręcają się korkociągowato, co świadczy o znacznym ich wzroście wzdłuż. Ten korkociągowaty, falisty przebieg zachowuje się częściowo i po odbytych porodach.

Żyły olbrzymio grubieją i wśród miąższu macicy tworzą sploty tak gęste, iż przypominają zupełnie ciała gąbczaste, jamiste (*corp. cavernoso*).

4) Kol. prof. Cybulski (referat własny).

II. Krwotoki macicy zadają także fizyologom pytanie, a mianowicie: jak się zachowują naczynia podczas skurczów macicy?

Niestety, badania dotychczasowe nie dają na to pytanie odpowiedzi. Nietylko bowiem nie zbadano, jak się zachowują naczynia w czasie skurczów macicy, ale nie badano nawet wogóle zachowania się naczyń podczas skurczów mięśni gładkich. Wszystkie istniejące w piśmiennictwie spostrzeżenia odnoszą się wyłącznie do mięśni prążkowanych, jakkolwiek i pod tym względem istnieje bardzo wiele sprzecznych i niejasnych zagadnień. Na pewno można tylko powiedzieć na podstawie spostrzeżeń Gaskela, a w części Heidenheina, że do mięśni prążkowanych dochodzą tak nerwy zwężające, jak i rozszerzające naczynia.

Jeżeli drażnimy nerwy ruchowe prądem indukcyjnym, to podczas wywołanego skurczu mięśni występuje także zwężenie naczyń. Z tego jednakże nie można wnosić o tem, jak się zachowują naczynia, gdy skurcz mięśni powstaje pod wpływem bodźców dowolnych lub odruchowych.

Doświadczenia Heidenheina i Grücnera przemawiają za tem, że podczas skurczu odruchowego w mięśniu następuje rozszerzenie naczyń, — za tem przemawia także i doświadczenie prelegenta, wykonane na zwierzęciu kuraryzowanem.

Przyjmując tedy, że naczynia w mięśniu macicy mogą się zachowywać analogicznie, jak w mięśniu prążkowanym, wypadałoby przypuścić, jeżeli nie istnieją jakieś specyalne warunki, bądź w układzie mięśni naczyniowych, bądź w unerwieniu mięśni i naczyń, że w czasie skurczu odruchowego macicy prędzej występuje rozszerzenie, niż zwężenie naczyń.

Wyjaśnienia więc faktu, że skurcze macicy po porodzie wstrzymują krwotoki, potrzeba szukać w jakichś innych mechanicznych warunkach, które tu mogą mieć miejsce, nie zaś w odruchowem zwężeniu naczyn.

5) Kol. Dr. Stanisław Dobrowolski mówił:

III. O krwotokach, przydarzających się w 3-cim okresie porodowym i bezpośrednio po porodzie. (Odczyt ten w całości ukaże się w *Przeglądzie Lekarskim*).

6) Kol. Dr. Tymoteusz Piotrowski (referat własny):

IV. Przedstawiając krwotoki w okresie III porodowym i w połogu, rozróżnia krwotoki, które powstają już w okresie drugim, a z całą gwałtownością występują dopiero w okresie trzecim, dalej krwotoki, występujące dopiero w okresie trzecim, wreszcie takie, które występują bezpośrednio lub w kilka godzin po odejściu łożyska. Źródłem pierwszej gromady będą pęknięcia dobrowolne lub pooperacyjne szyjki pochwy, lub pęknięcia w szparze sromowej, jak naddarcia w okolicy łechtaczki, cewki moczowej, lub międzykrocza.

Przy pęknięciach szyi, w celu zatamowania krwotoku radzi jeżeli widać naczynie krwawiące, uchwycić go pensem i podwiązać, jeżeli zaś krwotok jest miąższowym, ranę zeszyć. Po zatamowaniu krwotoku zeszycie szyi uważa za wskazane ze względów plastycznych. Dla łatwiejszego odnalezienia miejsca krwawiącego radzi nie ściągać szyi ku dołowi zbyt nizko, bo przez załamanie naczyń krwotok na razie się tamuje i nie można odnaleść miejsca krwawiącego, natomiast proponuje założyć do szyi odpowiednio pomyślany wziernik, który, rozsuwając ranę, ułatwiałby odnalezienie miejsca krwawiącego — Niebezpieczne nieraz krwotoki ze stosunkowo płytkiego przedarcia szyi tłómaczy nieprawidłowem wejściem do macicy tętnicy macicznej, nieprawidłowem jej rozgałęzieniem lub przebiegiem. Jako najczęstszą przyczynę krwotoków w okresie III. uważa odklejanie się łożyska sposobem Duncana, przyczem przestrzega przed zbyt pochopnem wygniataniem łożyska ze względu na wielką łatwość oderwania błon, twierdząc, że zazwyczaj rodząca krwi więcej nie traci, aniżeli przy odklejaniu się łożyska sposobem Schultzego, tylko, że przy tym sposobie odklejania krew, gromadząc się za łożyskiem, nie wypływa na zewnątrz, przy sposobie zaś Duncana, wypływając przez szparę, przeraża otoczenie i lekarza.

Jako źródło krwotoków bezpośrednio lub w jakiś czas po ukończeniu porodu uważa przedarcie szyi, na razie nie krwawiące z powodu wytworzenia się skrzepów, z chwilą jednak wzmożenia się ak-

cyi serca. a więc i podniesienia ciśnienia w naczyniach, skrzepy te mogą być wyparte, co znowu sprowadza następowy krwotok. Jako dalsze przyczyny uważa pozostanie resztek jaja, łożyska dodatkowe, wreszcie atonię macicy.

Ogólnie przyjmowaną zasadę, że do powstrzymania krwotoku konieczny jest skurcz macicy, uważa za nieuzasadnioną, dowodząc to tem, że w prawidłowo przebiegającym połogu w pierwszych godzinach są wcale długie pauzy, w których macica jest całkiem miękką, a mimo to krwotok nie występuje.

Do czynników, odgrywających rolę tamującą, zalicza albo przesuwanie się pojedynczych blaszek mięśnia macicy ponad sobą z następowem załamywaniem i zaciskaniem naczyń, albo znaczne wydłużenie naczyń macicy przez prawie 5 razy zgrubiały mięsień macicy po porodzie z następowem zwężeniem światła naczyń, a przez to i mniejszym dopływem krwi i łatwiejszem ich zaczopowaniem.

Co do atonii, to nie zgadza się ze zdaniem Veita, jakoby jej w zupełności nie było; zwraca jednak uwagę, że nie pojawia się tak często, jak to się często przypuszcza. Tamponowania macicy sposobem Dührssena w zupełności nie odrzuca. zwraca tylko uwagę, że nie jest ono zabiegiem radykalnym ani tak nieszkodliwym, za jaki bywa uważane, bo z jednej strony, wprowadzając do macicy ciało obce, rozciągamy ją, a więc utrudniamy skurcz, z drugiej zaś, wprowadzając do macicy gazę, możemy z nią łatwo wprowadzić rozmaite drobnoustroje, które tem łatwiej mogą sprowadzić zakażenie, im więcej ustrój krwi utracił.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Dr. Braun, prof. Rosner i prof. Jordan.

Kol. doc. Braun (referat własny). W trzeciej części dzisiejszego wykładu przedstawił nam kol. Dobrowolski zestawienie statystyczne z kliniki położniczej, które wykazuje, że pęknięcie szyjki podczas porodu wydarzało się najczęściej po obrotach i ekstrakcyach płodu za nożki, potem dopiero po operacyach kleszczowych, wymóżdżeniach itp. zabiegach położniczych. Z tego zestawienia wynikałoby, że pęknięcie szyjki zależy głównie od gatunku czyli jakości zabiegu, jaki na rodzącej wykonujemy. Tymczasem doświadczenie codzienne przy łóżku rodzących poucza, że pęknięcia szyjki zdarzają się i po porodach dobrowolnych, t. j. zlęgnięciach, jak również i po rozwiązaniach t. j. porodach ukończonych sztuką. Co więcej, przekonujemy się, że po jednym i tym samym zabiegu, raz mamy do czynienia z pęknięciem szyjki, drugi raz do tego powikłania porodowego nie przychodzi. Wszak każdy, mający z zabiegami położniczymi więcej do czynienia, przyzna, że zakładając kleszcze na główkę, objętą ścianami szyjki, raz miał po porodzie do czynienia z krwotokiem, powstałym z pęknięcia szyjki, drugi raz do tego nie przyszło. Dlatego mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że oprócz jakości zabiegu muszą być jeszcze inne okoliczności, które ułatwiają pęknięcie szyjki. Przedewszystkiem musimy przyznać, że wielkość ujścia zewnętrznego macicy w chwili przejścia ręki do macicy, lub wydobywania płodu na zewnątrz czy to ręcznego, czy instrumentalnego, decyduje, czy będziemy mieli po porodzie płodu z rozdarciem szyjki do czynienia, czy nie.

Wszak nauka położnictwa nas poucza, że tem łatwiej rozdzieramy szyjkę n. p. przy wprowadzeniu ręki do jamy macicy w celu dokonania obrotu lub założenia kleszczy z następowem wydobywaniem płodu, jeżeli ujście macicy jest niedostatecznie rozszerzone, aniżeli wtedy, kiedy brzegi ujścia są zupełnie rozwarte. Ztąd dla nas wskazówka, że najbezpieczniej wprowadzać rękę do macicy, lub płód z macicy wydobywać, jeżeli ujście zewnętrzne jest w zupełności rozwarte; należy się atoli przygotować na ewentualność rozdarcia szyjki, jeżeli zabiegi powyższe wykonujemy przy ujściu mało rozszerzonem.

Zdarzają się jednak przypadki, gdzie przy ujściu zupełnie rozwartem pęka szyjka, podczas gdy w innych razach, n. p. kleszcze, założone przy ujściu niezupełnie rozszerzonem, pęknięcia nie sprowadzają. Dla wytłómaczenia tego zjawiska należało wziąść pod rozwagę wielkość płodu, gdyż przy główce dużej łatwiej szyjka pęknie, jeżeli ją kleszczami wydobywamy, aniżeli gdy jest mała. To wystarcza na wytłómaczenie pęknięcia szyjki wtedy, kiedy głowa, względnie płód, jest duża. Ponieważ atoli są przypadki, gdzie i przy ujściu zupełnie rozwartem, główce nie dużej, mamy do czynienia z rozdarciem szyjki, dlatego należy przyjąć, że obok jakości zabiegu, jaki na rodzącej wykonujemy, dalej, obok wielkości ujścia zewnętrznego macicy w chwili wykonania zabiegu, wreszcie rozmiarów płodu, głównie główki, musi istnieć jeszcze jakaś okoliczność, która w jednych przypadkach ułatwia, w drugich chroni od rozdarcia szyjki. Ta okoliczność, na którą pragnę zwrócić uwagę z naciskiem, jest, według mego zdania, stopień rozpulchnienia szyjki macicznej, względnie brzegów ujścia zewnętrznego. Im bowiem więcej jest rozmiękła, rozpulchniona, a tem samem podatna i rozciągliwa szyjka, tem trudniej przychodzi do rozdarcia szyjki; im jest zaś twardsza, grubsza, zatem niepodatna, tem łatwiej *ceteris paribus* pęknie szyjka, czy to przy porodzie dobrowolnym, czy sztuką ukończonym. Zatem i w rokowaniu i leczeniu musimy się kierować stopniem rozpulchnienia szyjki macicznej. Jeżeli będziemy mieli do zbadania, względnie leczenia, stare pierwiastki, gdzie część pochwowa twarda, nierozciągliwa, lub wieloródkę, u której po poprzednich porodach wywiązała się *metritis cervicalis*, to będziemy rokować i leczyć ostrożnie z obawy, ażeby z powodu niepodatności brzegów nie przyszło podczas porodu do większego rozdarcia szyjki, a tem samem krwotoku, który jest jednym z najcięższych i najniebezpieczniejszych podczas porodu.

Co do życzenia kol. Piotrowskiego, aby w każdym przypadku pęknięcia szyjki starać się odnaleść miejsce pęknięcia i naczynie broczące podwiązać, to jakkolwiek ze stanowiska chirurgicznego jest rzeczą bardzo wskazaną i pożądaną, to przecież nie da się zawsze zastósować. Z powodu rozdarcia szyjki, jest zwykle kilka naczyń przedartych, a krwawienie tak duże, że lekarz, aby nie stracić czasu i chorej krwi zaoszczędzić, nie będzie się kusił o odnalezienie naczynia krwawiącego, lecz zeszyje brzegi rany broczącej, bo w ten sposób uda się mu zatamować krwawienie prędko i skutecznie. Jeżeli zaś zobaczy łatwo naczynie broczące, to dobrze zrobi, jeżeli je podwiąże osobno, choć, jak przypadek kol. Piotrowskiego wskazuje, odszukanie i podwiązanie nie jest tak łatwe. Do szukania zaś naczynia krwawiącego posługiwać się wziernikiem śródmacicznym, jak tego myśl kol. Piotrowski podaje, nie jest rzeczą łatwo wykonalną, jeżeli zważymy, że po założeniu wziernika Simsa w celu odsłonięcia szyjki, dalej po uchwyceniu części pochwowej kulociągami lub szczypczykami Museaux'a — dla wprowadzenia jeszcze wziernika macicznego, raz nie będzie na tyle miejsca, a powtóre lekarz sam z położną nie będzie miał na tyle wolnych rąk do trzymania i operowania, względnie podwiązania lub obszycia rany broczącej. Sądzę, że dotychczasowa metoda zeszycia brzegów szyjki w miejscu pęknięcia będzie i nadal najpraktyczniejsza, najłatwiej wykonalna. Co do tamponady macicy według Dührssena, to ta nie jest tak zła, aby ją potępić i usuwać z zastósowania praktycznego, skoro ma tak rozległe zastósowanie z dobrym skutkiem, widocznie nietylko w Europie, ale i po za jej granicami. Metoda Dührssena, jeżeli dała złe wyniki przy tamowaniu krwotoku atonicznego, to dla tego, że nie była dokładnie wykonana. Jeżeli bowiem ktoś sądzi, że wprowadzenie gazy jodoformowej do szyjki i jamy macicy jest metodą Dührssena, to pojmuję, że mógł stracić do niej zaufanie, bo przy takiem wytkaniu macicy mógł powstać krwotok z miejsc gazą nie wytkanych i sprowadzić krwotok wewnętrzny.

Jeżeli bowiem wytkamy szczelnie całą jamę macicy, szyjki i pochwy gazą jodoformową, a następnie zmusimy macicę do skurczu przez okłady zimne, nacieranie, sporysz, to będziemy mieli dobry wynik po tamponadzie Dührssena. Wprawdzie zdarzają się przypadki, gdzie istnieje tak duża atonia, że po tamponadzie Dührssena macica rośnie z powodu krwotoku dalej trwającego i kiedy należy gazę wyjąć i przystąpić do innych sposobów, usuwających atonię, ale tymi przypadkami zrażać się nie powinniśmy, bo są rzadkie, a działanie tamponady w niczem nie ustępuje innym środkom, stósowanym przeciw atonii. Wszak tamponada Dührssena w pierwszej chwili przez ucisk wywarty na powierzchnię ranną macicy stara się krwotok zatrzymać, a następnie jako ciało obce, drażniąc wnętrze macicy, podobnie jak ręka przy obu-ręcznem mięsieniu atonicznej macicy, stara się drogą odruchową wywołać silny skurcz macicy; to też sądzę, że jeszcze długo tamponada Dührssena stanowić będzie dzielny środek, tamujący krwotok z atonicznej macicy, w ręku lekarza praktycznego.

Kol. prof. Rosner (ref. własny). Z powodu spóźnionej pory ograniczę się tylko do sprawy t. zw. atonii, która zresztą wydaje mi się najważniejszą. Co do pęknięcia szyi niema chyba dwóch zdań, że trzeba je leczyć chirurgicznie. Kto potrafi zamknąć krwawiące naczynie, dobrze zrobi, jeżeli je zamknie i podwiąże; kto operując w gorszych warunkach, nie jest w stanie tego uczynić, niech szwem usiłuje zatamować krwotok. Inna rzecz z t. zw. atonią. Tu zdania są tak dalece podzie-

lone, że podczas kiedy niektórzy położnicy każdy prawie poporodowy krwotok uważają za atoniczny, inni, jak Veit, wypowiadają śmiałe zdanie, że atonii wogóle niema.

Po czyjej stronie jest słuszność, trudno rozstrzygnąć, dopóki fizyologia nie odpowie z naukową ścisłością na pytanie, jaki jest prawidłowy mechanizm, dzięki któremu z rozdartych podczas porodu naczyń nie leje się krew w prawidłowych przypadkach porodowych, choć naczyń tych jest tyle i takiej średnicy, że w braku należytego mechanizmu każda rodząca powinnaby się skrwawić. Tego mechanizmu nie znamy i oczekujemy od fizyologii wyjaśnienia tej zawiłej sprawy, która wydać się może komuś teoretyczną, ale której wyjaśnienie da nam dopiero wskazówki, jak wobec t. zw. atonicznego krwotoku postępować należy. Wszak dziś nie wiemy poprostu, co jest właściwie przyczyną krwotoku; trudno więc od nas wymagać, ażebyśmy posiadali ścisłe metody, przeciwdziałające temu krwotokowi.

Tyle można już dziś powiedzieć, że nazwa atonii jest źle i nieszczęśliwie wybrana, gdyż codzienne spostrzeżenia przy łóżku rodzącej pouczają nas, że nie brak jędrności (*tonus*) macicy powoduje krwotok, i że nie zawsze wywołanie sztuczne tej jędrności krwotok tamuje. Widzimy nieraz wkrótce po porodzie macice miękie, z których nic nie krwawi, spostrzegamy również macice twarde, z których wypływa krew. To co wiemy o skuteczności metod tamujących krwawienie, naprowadza nas na myśl, że nie »tonus,« tylko zgrubienie ścian macicy mieści w sobie mechanizm, tamujący krwotok. Zgrubienie u ścian przy pustej, zupełnie wypróżnionej macicy jest bardzo znaczne i ściany macicy stają się 5 razy grubsze, niż były przed porodem. Co się w tej chwili zgrubienia dzieje z naczyniami krwionośnemi, oto pytanie, mieszczące w sobie *punctum saliens* sprawy. Pytanie to nie jest dostatecznie wyjaśnione. Domyślać się jednak można, że naczynia, jak to słusznie podniósł kol. Piotrowski, albo bardzo znacznie się wydłużają, albo też z powodu przesunięcia się blaszek mięsnych, między któremi biegną, ulegają załamaniu. I rozciągnięcie i załamanie może uniemożliwić przepływ krwi, a więc zatamować krwotok.

Niektóre spostrzeżenia przy łóżku rodzącej i położnicy z koniecznością nasuwają nam myśl, że to zgrubienie i tylko to zgrubienie ścian macicy tamuje t. zw. atoniczny krwotok. Każdy położnik wie, że jeśli płód leży w położeniu poprzecznem, a z powodu rozciągnięcia dolnego odcinka i szyi macicznej, oraz podniesienia się pierścienia skurczowego, przyjdzie do grożącego pęknięcia macicy, płód rychło popada w omdlenie lub umiera, choć poród nie trwa zbyt długo, choć pępowina jego wolna jest od wszelkiego ucisku, a ucisk na główkę, otoczoną dokoła miękiemi ścianami dolnego odcinka, jest chyba mniejszy, niż przy prawidłowym czaszkowym porodzie. Dlaczegoż więc płód omdlewa? Chyba dlatego, że zesuwający się po dziecku w górę trzon macicy, w miarę im pierścień skurczowy jest wyżej, — staje się coraz grubszym, tak, że naczynia, doprowadzające tlenną krew matki do łożyska, wyciągają się lub załamują i dostatecznej ilości krwi nie dowożą. Weźmy inny przykład: płód po urodzeniu zaczyna zaraz oddechać; doznaje więc głodu powietrznego. Dlaczego? bo po jego urodzeniu trzon znacznie się zmniejszył i zgrubiał i naczynia matczyne nie doprowadzają krwi w dostatecznej ilości. Idźmy dalej: jedną z najniebezpieczniejszych postaci krwotoku jest krwotok wewnętrzny, powstający z odklejenia łożyska przed urodzeniem dziecka: wiemy przecież, że wówczas szybkie zupełne w y p r ó ż n i e n i e macicy tamuje krwotok.

Takich przykładów znalazłoby się więcej. Co z nich wynika? Chyba to, że pierwszym naszym obowiązkiem wobec t. zw. atonicznego krwotoku jest zupełne wypróżnienie macicy. Ileż razy wypchnięcie lub wygarnięcie z macicy skrzepu, który nie przeszkadza jej skurczowi w znaczeniu *tonus*, ale nie dozwala jej ścianom na należyte zgrubienie — kładzie koniec krwotokowi porodowemu. Hołdując tym zasadom, nie możemy uważać tamponady, która zgrubieniu ścian macicy przeciwdziała, za dobrą i odpowiednią metodę, a zdania tego nie opieram na samych teoretycznych rozumowaniach, ale i na spostrzeżeniach klinicznych. Że tamponada nieraz zatrzyma krwawienie, nie przeczę; ale czy to krwawienie było a t o n i c z n e, na to pragnąłbym mieć dowód. Jeśli w szyi (często wysoko) rozdartych jest kilka drobnych naczyń, któżby wówczas przeczył, że mocne ich uciśnięcie może zatrzymać krwawienie: jeśli jednak mamy do czynienia z prawdziwą, mojem zdaniem, bardzo rzadką t. zw. atonią, tamponada jest błędem, jest metodą strusią, gdyż zatrzymuje pozornie krwawienie na tak długo, dopóki tampony nie przesiękną. W oddziale położniczym, który prowadzę, mamy krwotoków nie mało, a obchodzimy się bez tamponady i mamy doskonałe wyniki. Jeśli zaś wprowadzamy gazę do macicy, to chyba tylko mały strzępek, ażeby nim, jako ciałem obcem, zadrażnić wnętrze macicy do skurczu, a więc do zgrubienia jej ścian doprowadzić i w ten sposób zatrzymać krwawienie.

Kol. prof. J o r d a n nie zgadza się ze zdaniem, jakoby atonii nie było, przeciwnie, to się zdarza, tylko nie tak często, jak to dawniej przypuszczano. Na dowód tego przytacza trzy spostrzegane przez siebie, przypadki atonii, połączone z wynicowaniem macicy. Skurcz sam jest zbyteczny do zatamowania krwawienia, ale potrzebna jest koniecznie pewna jędrność (tonus) mięśni macicy.

Co do chwytania i podwiązywania krwawiących naczyń w ranach, powstałych przez pęknięcie szyjki macicy i wogóle przez obrażenie przewodu rodnego, jak chce kol. Piotrowski, żadną miarą zgodzić się nie może. Szycie jest w tych przypadkach łatwiejsze, prędsze, a i bezwarunkowo lepsze. Co się tyczy tamponady metodą Dührssena, to na klinice nie tamponuje, albo tylko wyjątkowo, ale nie dlatego, by metoda była złą, ile raczej, że jest trudną w dobrem i ścisłem wykonaniu w praktyce prywatnej. Stąd też uważa za obowiązek przyzwyczajać uczniów w klinice do zabiegów łatwiejszych, mniej szkodliwych, a dających również dobre wyniki, jak: masowanie zewnętrzne macicy, ściąganie macicy i przestrzykiwanie jej środkami przeciwgnilnymi — z wyjątkiem sublimatu.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

• • •

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Komitet narodowy polski podaje do wiadomości:

Członkiem Kongresu może być każdy lekarz, który się zgłosi, oraz każdy uczony, którego Komitet narodowy poleci.

Dowodem należenia do Kongresu będzie karta legitymacyjna, która zostanie doręczoną zgłaszającemu się po złożeniu wpisowego *25 franków = 20 koron = 21 marek = 10 rubli* — na ręce skarbnika Komitetu polskiego, docenta Dr. L e o n a K r y ń s k i e g o (*Kraków, ul. Franciszkańska, 1*).

W celu otrzymania karty legitymacyjnej wymagane są następujące formalności: lekarz, życzący sobie zostać członkiem Kongresu, obowiązany jest czytelnie wypisać na drukowanej deklaracyi (*Bulletin d'adhésion*) swe imię i nazwisko, zawód, narodowość i adres, oraz przyszpilić w miejscu wskazanem (w narożniku karty deklaracyjnej) swą kartę wizytową i oznaczyć, do której z 27 sekcyj lub podsekcyj chce należeć.

Drukowane „karty deklaracyjne“ zostaną załączone do N. 13 *Przeglądu Lekarskiego*; lekarze, niebędący prenumeratorami tego czasopisma, otrzymają deklaracye na zażądanie, przesłane na ręce doc. dr. L. K r y ń s k i e g o (*Kraków, ul. Franciszkańska, 1*). Tak wypełnioną deklaracyę, wraz z wyżej podaną kwotą wpisową, należy przesłać na ręce skarbnika Komitetu polskiego, doc. dr. L. Kryńskiego, który w zamian wystawi zaraz urzędowe poświadczenie odbioru, a później „kartę legitymacyjną“, gdy ta nadesłaną zostanie. Procedura ta, zalecona Komitetom narodowym przez Komitet wykonawczy francuski, pociąga za sobą wydatki kancelaryjno-pocztowe, które Komitet narodowy polski uchwalił pokryć z drobnych nadwyżek wpisowego od polskich członków Kongresu. Nadwyżkę tę, wskazaną zresztą przez samą chwiejność kursu pieniężnego, zamierzył Komitet polski urzeczywistnić w ten sposób, że przy redukcyi monety francuskiej na austryacką, względnie pruską i rosyjską, podniósł przypadające kwoty ułamkowe (halerze, fenigi, kopijki) do wyższej jednostki monetarnej (korona, marka, rubel).

Spis S e k c y j K o n g r e s u, oraz inne szczegóły programu ogłosił *Przegląd Lekarski* w N. N. 45, 46, 47, 48, 49, 50 i 51 zeszłego roku. Na żądanie (z załączeniem 15 haler., marki) wyszle doc. dr. L. Kryński całkowity program, którego posiada znaczny zapas.

Komitet polski XIII międzynarodowego Kongresu lekarskiego uchwalił na swem posiedzeniu plenarnem w d. 1 listopada 1899 r.,

ażeby każdy lekarz-polak, który stanie się członkiem Kongresu za pośrednictwem Komitetu polskiego, a zamierzałby mieć odczyt na rzeczonym Kongresie, — zgłosił swój odczyt, bez względu na miejsce swego przebywania w kraju lub zagranicą, na ręce Komitetu polskiego, wraz z załączeniem treści swego odczytu. Zgłaszanie odczytów zamyka się d. 1 lipca. Korespondencye, dotyczące udziału naukowego w Kongresie, należy adresować na ręce sekretarza Komitetu polskiego, Dr. Augusta Kwaśnickiego (*Kraków, ul. Basztowa, 4*).

Z inicyatywy Komitetu polskiego zawiązał się w Paryżu z lekarzy-polaków, stale w tem mieście przebywających, Komitet informacyjny, którego zadanie określa sama nazwa. Adres Komitetu informacyjnego, który powołany jest do odegrania nader ważnej i pożytecznej roli, jest następujący: Mr. Boleslas Motz, docteur en médecine (*Paris, Clinique du Prof. Guyon, hôpital Necker*).

Wobec Wystawy światowej a tem samem wielkiego napływu zamiejscowych, sprawa mieszkań nabiera pierwszorzędnej ważności dla członków Kongresu. Komitet wykonawczy uwiadomił Komitet polski, że porozumiał się z naczelną władzą szkolną, która przyzwoliła na użycie sal licealnych w celu pomieszczenia członków Kongresu; Komitet wykonawczy sądzi, że w tych salach będzie mógł pomieścić 800—1000 osób po cenie 5½ fr. na dobę za łóżko, usługę i pierwsze śniadanie. Komitet wykonawczy wezwał również agencye, trudniące się najmem mieszkań podczas Wystawy, ażeby złożyły swoje oferty; wymagania tych przedsiębiorstw są dość wysokie, a warunki dość trudne. Komitet polski nie uważa za potrzebne ogłaszania szczegółów tych warunków, w tem przekonaniu, że paryski Komitet informacyjny polski niezawodnie poda do publicznej wiadomości lekarzy-polaków swe rady i wskazówki pod tym względem.

Komitet wykonawczy XIII międzynar. Kongresu lekar. zawiadomił Komitet polski, że z końcem r. 1899 uzyskał na wszystkich kolejach francuskich 50% zniżkę jazdy. Dla korzystania z tej zniżki należy uczynić zadość następującym wymaganiom: Komitet wykonawczy dostarczy każdemu członkowi Kongresu „legitymacyę kolejową“, którą trzeba dać ostemplować w urzędzie granicznej stacyi francuskiej i zapłacić całą należytość za bilet od granicy do Paryża — bez zniżki. Po przybyciu do Paryża należy tę „legitymacyę kolejową“ zawizować w biurze Komitetu wykonawczego Kongresu, poczem staje się ona ważną do „bezpłatnego powrotu“ z Paryża do granicy francuskiej. Podróż z powrotem ma się odbyć tą samą koleją i przez tę samą stacyę graniczną, przez którą nastąpił wjazd do Francyi.

W celu otrzymania podobnej zniżki na szlakach zagranicznych poczynił Komitet wykonawczy starania drogą dyplomatyczną, lecz do tej pory jeszcze odpowiedzi nie otrzymał.

Każdy członek Kongresu ma prawo wpisania się do tylu Sekcyj, ile sobie tego będzie życzył i może brać udział w pracach tych Sekcyj bez żadnej dodatkowej dopłaty. Każda Sekcya wyda tom Sprawozdania ze swych prac i takich tomów będzie 24. Komitet wykonawczy oświadcza, że nie będzie w stanie dostarczenia bezpłatnego każdemu członkowi Kongresu wszystkich tych sprawozdań, przeto postanawia: każdy członek Kongresu ma prawo 1) do jednego tomu, w którym mieścić się będzie „streszczenie“ prac Kongresu; 2) do jednego tomu sprawozdania *in extenso* z posiedzeń ogólnych Kongresu i 3) do jednego tomu sprawozdań z tej Sekcyi, do której członek Kongresu należał.

Jeśli członek Kongresu wpisał się do kilku Sekcyj, to Komitet wykonawczy przyzna mu tom Sprawozdania z tej Sekcyi, którą on wymienił na pierwszem miejscu w deklaracyi (*bulletin d'adhésion*). Jeśliby który z członków zamierzał posiąść więcej, niż jedno Sprawozdanie, lub nawet całość Sprawozdań z Kongresu, to w tym względzie ma się porozumieć z wydawcą Kongresu, p. Masson, (*Boulevard St. Germain, 120*).

Komitet wykonawczy, zapytywany niejednokrotnie, czy dentyści, nie będący doktorami medycyny, mogą zostać członkami Kongresu, oświadcza po dojrzałej rozwadze, że członkami Kongresu mogą być ci tylko dentyści i stomatologowie, którzy posiadają dyplom lekarza.

Komitet narodowy polski upoważnił do pośredniczenia w przyjmowaniu zgłoszeń: w Poznaniu Drów: Jaruntowskiego, Święcickiego i Chłapowskiego; w Warszawie Drów: Sokołowskiego, Rychlińskiego i Hewelkego; we Lwowie Drów: Gluzińskiego, Rydygiera i Ziembickiego [1]).

Dr. A. Kwaśnicki. *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

[1]) Komitet uprasza czasopisma lekarskie o powtórzenie tego komunikatu.

O odkażaniu formaliną według sprawozdania prof. M. Grubera przyjętego przez najwyższą c. k. Radę zdrowia [1]).

Już w lipcu 1898 r. wydała Rada orzeczenie, że formaldehyd w wodnych rozczynach winien być jako bardzo dzielny środek odkażający wliczonym w listę oficynalnych przetworów; że jednak użyty w postaci gazu do odkażania sal (szkolnych, szpitalnych) nie daje wcale pewności, gdyż działa głównie na powierzchownie położone przedmioty, że zatem do niej sze zmywanie z następowem zeskrobaniem tynku i bieleniem ścian jest pewniejsze.

Odtąd usiłowania ku spożytkowaniu formaldehydu w celach odkażania sal czyniono dalej z coraz to lepszym skutkiem, — a Rada zdrowia z końcem r. 1899 powierzyła Drowi Igonowi Kaupowi w wied. Instytucie higienicznym zbadanie czterech najnowszej konstrukcyi przyrządów do odkażania sal formaldehydem, mianowicie: 1) Glikoformal-Desinfector Lingnera z Drezna, zbudowany według wskazówek Waltera i Schlossmanna 2) przyrząd Baumanna z Wiednia, pomyślany według wskazówek Prausnitza 3) przyrząd t. zw. „wrocławski“ według Flüggego i 4) ulepszony „Aesculap-Apparat“ Scheringa w Berlinie.

Opis ich podano zbyt zwięzły, a nie objaśniony żadnym rysunkiem, więc nie jasny i nie dokładny. Ale zasadą dwóch pierwszych jest rozpylenie rozczynów formaldehydu zapomocą pary, — zaś dwóch ostatnich wyparowanie, raczej zamienienie w parę (*Verdampfen*) rozczynów form — względnie paraform-aldehydu.

Doświadczenia czyniono w różnych warunkach; do porównania skuteczności jednak każdego z tych przyrządów te doświadczenia nadają się najlepiej, które robiono w przybliżeniu w równych warunkach. A więc: sala jedna i ta sama, ułożenie mebli i próbek hodowli jednakowe, jednakowa ciepłota pokoju, czas trwania doświadczenia 6—7 godzin. Zauważono, że przy wszystkich tych doświadczeniach wychodzi na metr sześcienny około 3 grm. formaldehydu, przyrząd Lingnera spotrzebowuje około 8 grm.

Wynik doświadczeń (czynionych głównie w tym celu, by wypróbować skuteczność tych sposobów do odkażania sal szkolnych) — da się streścić jak następuje:

Zarodniki wąglika, gronkowce, prątki błonicze, umieszczone głębiej, np. pod poduszkami lub pod kocami, zachowały całą swą żywotność, co z góry przewidywano.

Natomiast z wolna na powierzchni stołu itp. ułożonych zarodników ginęło:

przy użyciu	zarodników wąglika	gronkowców
przyrządu Lingnera	100 %	100 %
« Baumanna	96·1%	97 %
« wrocławskiego	89·1%	97·5%
« Scheringa	87 %	94·4%

Z tego pokazuje się, że przyrządy rozpylające formaldehyd (Lingnera i Baumanna) działają lepiej.

Najwybitniej występuje ta różnica przy działaniu tych przyrządów na próbki hodowli gronkowca mniej dostępnie ułożonych, n. p. przykrytych pojedynczą warstwą płótna lub bibuły.

Przy użyciu przyrządu	Lingnera	wyjałowiono	80 %	tych prób
„ „	Baumanna		76·8%	„ „
„ „	wrocławskiego		36·5%	„ „
„ „	Scheringa	„	27 %	„ „

Przy porównaniu budowy pojedynczych przyrządów obok wyżej podanej ich skuteczności, dalej kosztu przyrządu samego i jego czynności, najkorzystniej przedstawia się przyrząd wiedeński przy niemal równie silnem i wydatnem działaniu, jak Lingnerowski, który zato niepotrzebnie ma zawikłaną budowę i bardzo łatwo się psuje. Ten ostatni, t. j. Lingnera, spotrzebowuje więcej formaldehydu, ale też odkażanie tym przyrządem jest szybsze tak, że w niektórych doświadczeniach już po 3 godzinach osiągnięto dobry wynik Domieszka gliceryny (*Glyco-formal*) okazała się zbyteczną. Doświadczenia tym przyrządem z samą formaliną albo formolem czynione, dawały takie same wyniki bez powlekania przedmiotów niemiłą lepką warstwą gliceryny.

Jak powiedziano wyżej, przyrząd Lingnera spotrzebowuje znacznie więcej formaldehydu, ale też i szybciej działa. Otóż próby robione z przyrządem Baumanna w tym kierunku wykazały, że i ten przyrząd przy użyciu silniejszego rozczynu (6 grm. formaldehydu na metr sześcienny sali) daje równie dobre i równie silne wyniki.

Przytem okazało się, że nawet nieco ukryte próby, zwłaszcza gronkowca, przy silniejszem zgęszczeniu rozczynu formaliny łatwiej

[1]) Dodatek do Nr. 4 *Öster. Sanitätswesen* z r. 1900.

giną. Toteż Dr. Kaup próbował wpuszczać do szafy 1·5m³ pojemności, napełnionej różnymi kocami, sztukami odzieży i t. p. wśród których, — a więc dość głęboko, — poukładał próby różnych prątków, pary lub mgły formaldehydu w tym stosunku, że na 1m³ wypadło od 40—120 grm. I tu pokazało się również, że głębiej ułożono i przykryte zarodniki wąglika prawie nic nie straciły na sile, gronkowce nieco więcej ucierpiały. Zaś z łatwiej dostępnych (kieszenie, fałdy i t. p.) zginęła $^1/_3$ zarodników wąglika, a blisko połowa gronkowców. Spostrzeżenie to ma wielkie znaczenie dla lekarzy, chcących odkażać swą odzież, na której z reguły tylko po wierzchu czepiają się zarazki. Otóż przy wolnem rozwieszeniu odzieży w takiej szafie i działaniu pary lub mgły zgęszczonych rozczynów formaldehydu cel może być w zupełności osiągniętym [1]).

Bez względu na to, którego z tych przyrządów używamy, stwierdzono konieczną potrzebę ścisłego zamknięcia i pozatykania wszelkich otworów sali, która ma być odkażoną, gdyż inaczej działanie przez dopływ powietrza i odpływ rozpylonej formaliny osłabia się dość znacznie.

Podobnież stwierdzono, że nizka ciepłota sali utrudnia znacznie dokładne jej odkażenie, że więc winna ona być przynajmniej do 12° C ogrzaną. Przyczyną słabszego działania pary względnie mgły formalinowej przy niższych ciepłotach jest zdaje się zawczesne jej skroplenie się, zanim ona może równomiernie rozdzielić się w sali i wypełnić wszystkie szczeliny. Natomiast silniejsze ogrzanie sali nie wpływa ani na szybkość, ani na dokładność odkażenia. Ciepłota musi być jednak jednostajnie rozłożoną w całej sali, piec np. nie może być ciepły, gdyż jego wyższa ciepłota przeszkadza skraplaniu się pary na nim i ogrzanych przezeń przedmiotach, a formaldehyd na sucho nie działa.

Odkażanie kilku, lub choćby tylko dwóch sal, połączonych ze sobą dużemi otwartemi drzwiami, przyrządem jednym lub nawet paroma, w jednej ze sal umieszczonymi, chybia celu. Zawsze w takim razie sale, w których przyrządów nie umieszczono, nie są dostatecznie odkażone.

Celem szybkiego usunięcia niemiłej woni formaldehydu, która nawet kilka dni ustąpić nie chce, radzi Gruber użyć przyrządu Baumanna do wyparowania (*Verdampfen*) rozczynu amoniaku i wpuszczenia tej pary rurką przez dziurkę od klucza do sali, której odkażenie formaldehydem już jest ukończone. Na 1 grm. zużytego do odkażenia formaldehydu należy wyparować 3 ctm. sześć. 25% rozczynu amoniaku. W pół godziny znika woń formaldehydu w zupełności, zaś pozostała woń amoniaku przez otwarcie drzwi i okien szybko się usuwa.

Z przytoczonych wyżej szczegółow wynika, że sprawa odkażania sal zapomocą formaldehydu znacznie postąpiła, gdyż w kilku godzinach można dziś przy bardzo małym koszcie i nakładzie pracy odkazić dostępne powierzchnie ścian i t. d.

Wprawdzie próbki odporniejszych zarodników, umieszczone w miejscach dla pary lub mgły formaldehydu trudniej dostępnych, nie zostały doszczętnie zniszczone. Ale rozważyć należy, że w takie miejsca, (n. p. na spody mebli, do wnętrza szuflad i t. p.) prątki wogóle tylko w wyjątkowych warunkach dostać się mogą, pozostając przeważnie właśnie na dostępnych powierzchniach. „Wogóle można na to liczyć, że na przeważnej części przedmiotów pokoju, w którym przebywał chory, o ile nie zetknęły się bezpośrednio z chorym lub jego odchodami, albo też z zakażonemi rękami i sukniami otoczenia chorego, albo wreszcie nie były bardzo zapylone, zarodniki i prątki chorobotwórcze co najwyżej na łatwo dostępnych powierzchniach osiądą. Odnosi się to do nieużywanych mebli do siedzenia, szaf, odzieży, bielizny i t. p., umieszczonych w szafach, książkach, na półkach i t. p. [2])“. Zresztą żaden inny sposób nie daje dla tych powodów przedmiotów większej gwarancyi. „Szczęśliwym sposobem możemy się na to spuścić, że wielka ilość zarodników i bez naszego działania z czasem ginie, że tylko bardzo mała ich cząstka znajdzie bramę wejścia do naszego ustroju, że przeto możliwość zakażenia bardzo rzadko przejdzie w zakażenie samo“ [3]).

[1]) Patrz *Przegl. lek.* z r. 1899 str. 657.

[2]) Ustęp ten umieszczony w cudzysłowie przetłomaczyłem dosłownie z oryginału uważając go za słabą stronę całego referatu. Kto miał przez parę do kilku tygodni w domu chorego na chorobę zakaźną, ten przyzna, że zdanie to nie licuje ze ścisłością, z jaką najwyższa Rada zdrowia zwykle orzeczenia swe wydaje. Toć po kilkutygodniowej chorobie nie można »liczyć na to«, że zarodniki i prątki chorobotwórcze co najwyżej na powierzchni przedmiotów osiądą. A któż po kilku tygodniach pamiętać może, czy i które przedmioty zetknęły się bezpośrednio z chorym, lub nawet może z jego odchodami?
(Przypisek sprawozdawcy).

[3]) Znowu ustęp, na który zgodzić się nie można, a który w referacie tak poważnego ciała, jak naj. Rada zdrowia, razi brakiem ścisłości.

Zwłaszcza zaś dla sal szkolnych z ich skromnem urządzeniem można śmiało polecić odkażanie formaldehydem z zastrzeżeniem, by wszystkie przedmioty wolno (tj. ani do ścian, ani do innych przedmiotów nie przylegając) były umieszczone.

Inna rzecz z przedmiotami, które bezpośrednio stykały się z chorym, a zwłaszcza z jego wydzielinami. Te, jak pościel, bielizna, odzież i t. p. winny koniecznie być poddane albo wymoczeniu w rozczynach przetworów odkażających, albo też odkażeniu w przyrządach parowych. Przedmioty, które ani do odkażania płynami, ani przyrządami parowymi się nie nadają, możnaby odkażać zgęszczonemi mgłami lub parami formaldehydu w szafach.

Tak więc zyskaliśmy bezprzecznie nowy i dobry środek do odkażania i mieszkań, który, w połączeniu z dotąd używanymi sposobami, daje przy znacznem uproszczeniu zupełną pewność skuteczności, jeśli będzie stosowany przez wyćwiczoną służbę i pod ścisłym nadzorem. Ale w tym kierunku właśnie zrobił sam prof. Gruber w Wiedniu bardzo smutne spostrzeżenia, dowodzące, że służba, do odkażania mieszkań używana, nie jest odpowiednio wykształconą. Wobec tego uważał za stosowne ułożyć rodzaj instrukcyi postępowania dla tej służby. Zdaje się nam, że będzie to z korzyścią, jeśli ten ostatni ustęp, bardzo pouczający i praktyczny, prawie w dosłownem tłomaczeniu przytoczymy.

Służba, używana do odkażania mieszkań, winna mieć osobne odzienie, łatwo dające się przez zanurzenie w odpowiednich rozczynach odkażać i osobne obuwie kauczukowe (kalosze), które wdziewałaby, wchodząc do sali, mającej uledz odkażeniu. Służba ta winna wszelkie potrzebne przyrządy i naczynia do przygotowania środków odkażających przynieść ze sobą i przed drzwiami sali ustawić. Teraz wchodzi służba do sali i, przygotowawszy sobie tu około 10—20 litrów rozczynu odkażającego (n. p. 2% rozczynu krezolu i mydła *aa*), wrzuca do niego przedmioty, które mogą być prane, a więc powłokę pościeli, bieliznę i t. p. Następnie do prześcieradeł, w płynie odkażającym zanurzonych, wiąże się poduszki, materace, ubrania i t. p. przedmioty, celem posłania ich do desinfektora parowego. Widocznie powalane miejsca ścian i podłogi, łóżka i t. p. myje się płynem odkażającym, szpary podłóg zalewa się tymże płynem. Meble, obrazy i wszelkie inne przedmioty ustawia się tak, by miały wszystkie powierzchnie wolne. Drzwi szaf, szuflady i t. p. otwiera się jak najszerzej; jeśli zaś zawierają rzeczy w czasie choroby używane, to należy je wyjąć i wolno rozwiesić. Inne, które nie były używane, mogą tam pozostać. Firanki, obrusy, dywany muszą być tak rozwieszone, by nigdzie niczego nie przykrywały. Podobnież kołnierze ubrań winny być postawione, kieszenie wywrócone; same ubrania, o ile, jako bardzo zakażone, nie zostały posłane do desinfektora parowego, winny być rozwieszone szeroko i wolno. Teraz zatyka się szpary okien, najlepiej gliną, zarobioną płynem odkażającym. Otwory wentylatorów, pieców i t. d. można również tą gliną lub papierem zalepić. Teraz ustawia się w środku pokoju na podstawie blaszanej przyrząd formaldehydowy, napełnia się go odpowiednią do wielkości (w metr.²) sali ilością wody, wyskoku i formaldehdydu w ten sposób, by na jeden metr sześcienny sali wypadało 2·5—3 grm. formaldehydu. Przekonawszy się, że przyrząd jest w dobrym stanie, a otwory, z których para, względnie mgła formaldehydu, ma wypływać, są drożne, zapala się spirytus. Zanim formaldehyd zacznie wrzeć, należy przygotować po wewnętrznej stronie drzwi zaleconą przez Flüggego rurkę do ujmowania rozbryzgującego się przy późniejszem odwanianiu amoniaku. Teraz zdejmuje służba powoli odzież i wkłada do płynu odkażającego; obówie gutaperkowe obmywa się nim również. Podobnież winna służba umyć sobie teraz tym płynem włosy, twarz i ręce i, zabierając toboły spakowanej pościeli do desinfektora parowego, opuszcza salę, zamykając ją szczelnie na 6 godzin. Jeśli pokój jest mały i tak zastawiony różnymi przedmiotami, że jest obawa, iż przyrząd sam sobie zostawiony mógłby spowodować pożar, to można (n. p. przyrządem Baumanna) wywiązywać parę za drzwiami i przez dziurkę od klucza lub przewiercony otwór z rurą wpędzać do pokoju. Po upływie sześciu godzin zaczyna się wpuszczać przez dziurkę od klucza pary amoniaku (3 ctm. sześć. na 1 gram formaldehydu), a w godzinę poźniej otwiera się drzwi i okna pokoju, celem usunięcia woni amoniaku, bo formaldehydu zwykle już nie czuć. — Tymczasem przywieziono też już z desinfektora parowego materace i pościel; wszystko ustawia się na dawnem miejscu, okna i t. d. oskrobuje się z gliny; klamki i przedmioty metalowe należy zaraz dokładnie czyścić. Bieliznę, zanurzoną w płynie odkażającym, daje się do prania. Jednem słowem w 8—12 godzin może cała praca być zupełnie ukończoną.

Dr. Gwiazdomorski.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 22 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, miał odczyt kol. docent Łepkowski „O osadzaniu sztucznych zębów płytkowem i bezpłytkowem w oprawie metalowej«. W rozprawach zabierali głos koledzy profesorowie: Zarewicz i Kader. Wreszcie kol. prof. Ciechanowski okazał i objaśnił kilka rzadkich preparatów z zakresu anatomii patologicznej.

* D. 20 b. m. rozpoczął się w krakowskim Zakładzie dla badania środków spożywczych 4-miesięczny kurs dla komisarzy targowych. Wykłady teoretyczno-praktyczne prowadzić będą: prof. Bujwid, Dr. Wróblewski, Dr. Bier, Dr. Goliński, p. Buraczewski. Sprawą badania mięsa i ryb zajęli się pp.: inspektor rybactwa p. Fiszer, i weterynarz miejski, p. Papée.

Pożądanem byłoby uchwalenie ustawy krajowej, któraby umożliwiła obsadzanie posad komisarzy targowych przez ludzi ukwalifikowanych, co, jak dotąd, u nas zupełnie miejsca niema.

* Znany i zasłużony dermatolog niemiecki, prof. Neisser, zastrzyknął przed 6-laty kilku kobietom surowicę krwi z osoby, chorej na kiłę. Dalsze spostrzeganie dowiodło, że 4 z zastrzykniętych kobiet uległo kile; ponieważ jednak były to prostytutki, więc nie podobna twierdzić, ażeby nabyte zakażenie było koniecznie następstwem zastrzyknięcia owej surowicy. Wiadomość o tych próbach prof. Neissera doszła do prasy i publiczności i stała się powodem rozpraw w parlamencie niemieckim. Nie przytaczamy zarzutów, podniesionych aż do stopnia zbrodni, które uczyniono prof. Neisserowi, a nawet całemu stanowi lekarskiemu. Roznamiętnionych opamiętywali prof. Virchow, wyjaśniając rzeczywisty cel tych doświadczeń, oraz ze strony rządu, p. Althoff, który wzywał Izbę, ażeby pojedyńczego przypadku nie uogólniała i nie czyniła zarzutów stanowi lekarskiemu, który w dziele poświęcenia się dla ludzkości nie daje się przecież nikomu wyprzedzić.

Całe dziennikarstwo lekarskie w Niemczech stanęło w obronie wolności badań naukowych; atoli wszyscy autorowie, jak niemniej i prof. Virchow, zarzucają prof. Neisserowi, że doświadczenia swoje odbywał na osobach, których pozwolenia na to nie żądał. Sądzimy, że zarzut ten jest bezstronny i słuszny: nie istnieje żaden cel szlachetny, który uświęcałby narażenie zdrowia lub życia bliźniego, chyba że on tę ofiarę sam chce ponieść.

* Tegoroczny konkurs dermatologiczny im. Unny został rozpisany. Tytuł konkursowej rozprawy brzmi: *Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand.* Nagroda wynosi 300 marek; prace należy nadesłać przed 1-szym grudnia, 1900 r., pod adresem nakładcy Leopolda Vossa w Hamburgu, Hohe Bleichen, 34. Współubieganie się nieograniczone żadnymi warunkami. Sąd konkursowy składają profesorowie: Hauser, Nauwerck i Orth.

* Zjazd otologów niemieckich odbędzie się 1 i 2 czerwca b. r. w Heidelbergu.

* Zjazd południowo-niemieckich neurologów i psychiatrów odbędzie się w Baden-Baden 26 i 27 maja b. r.

* Przygotowania do XIII lekarskiego Kongresu międzynarodowego w Paryżu są na najlepszej drodze. Biuro znajduje się w *Ecole de médecine*, gdzie również mieścić się będą biura Komitetów krajowych i narodowych. Udział w uroczystościach i przyjęciach będzie zapewniony wszystkim członkom Kongresu, z wyjątkiem posiedzeń ogólnych, a to z powodu, że Paryż nie posiada dostatecznie wielkiej sali, a amfiteatr Sorbony, gdzie odbywać się będą te posiedzenia ogólne, posiada miejsca tylko na 3000 osób. Z zamierzonych uroczystości wiadome tylko wieczorne przyjęcie przez kolegów francuskich w pałacu i ogrodzie luksemburgskim.

* Przed Kongresem międzynarodowym ma obradować w Paryżu Kongres prasy lekarskiej, na którym roztrząsane będą dwie ważne sprawy: Założenie międzynarodowego związku prasy lekarskiej i obrona własności literackiej.

* Używanie łacińskiego języka w niemieckich uniwersytetach przy imatrykulacyi i promocyi zostało bardzo ograniczone: Minister oświaty otrzymał od cesarza Wilhelma pozwolenie na zupełne skasowanie języka łacińskiego w tych uniwersytetach, które o to prosić będą. Obecnie naradzają się Wydziały uniwersytetów niemieckich, czy, i o ile z tego pozwolenia korzystać należy.

* Krajowa Rada lekarska w Saksonii złożyła rządowi swemu sprawozdanie, nieprzychylne dla projektu przyjmowania kobiet na Wydziały lekarskie. Wśród innych, powszechnie już znanych, powodów tego postanowienia przytacza saska Rada lekarska i ten, że same kobiety, gdy są chore, mało mają zaufania do kobiet-lekarzy, zwłaszcza gdy idzie o dotrzymanie tajemnicy zawodowej, oraz o działanie spokojne, stanowcze i rozważne.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiel. otrzymała Pani Zofia Moraczewska, żona znanego lekarza i córka Dr. Okuniewskiego.

Notatki bibliograficzne.

— **Die Verunreinigung der Gewässer, deren schädliche Folgen, sowie die Reinigung von Trink-und Schmutzwasser.** V. prof. J. König (Berlin, Verlag v. J. Springer, cena 26 marek).

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris** 1898—1899—1900. Par prof. G. Dieulafoy. (Paris. Edit. Masson et C. — Cena 10 fr.)

— **La Diphtherie depuis Arétée le Cappadocien jusqu'en 1894 avec les resultats statistiques de la serumthérapie sur 230000 cas. Tubage du larynx. Historique. Instrumentation. Technique. Séméïotique** par le Dr. R. Bayeux. (Paris, Edit. Carré et Naud. Cena 10 fr.).

— **La serothérapie. Historique. Etat actuel. Bibliographie** par le Dr. J. Héricourt. (Paris. Edit. J. Rueff. Cena 5 fr.)

— **Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studirende** von J. Uffelmann und B. Bendix. 2 Aufl. (Berlin und Wien Verl. v. Urban u. Schwarzenberg. Cena 10 marek).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kamieński Stanisław mianowany został ordynatorem w Oddziale dziecięcym szpitala Dzieciątka Jezus. Dr. Wojnicz-Sianożęcki mian. został docentem Wojenno-medycznej Akademii w Petersburgu do wykładów topograficznej anatomii i oparacyjnej chirurgii. Dr. Carle mian. prof. zwycz. chirurgii w Turynie. Prof. Ribbert z Zurychu przyjął wezwanie do objęcia posady prof. anatomii patolog. w Marburgu. Dr. Strübing mianowany został prof. kliniki lek. w Gryfii. Prof. Dimmer (Insbruk) mianowany został następcą śp. Borysikiewicza w Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aleksander Braun w Liśniku, licząc lat 66. Dr. Władysław Paszkowski w Połtawie, lat 75. Dr. Pochroń Józef zmarł w Krakowie, w 41 r. życia. Prof. Lorenzo Bruno w Turynie. Dr. Mosengeil, prof. chirurgii w Bonn, zmarł w 60 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 11: Dra Sokołowskiego Alfreda: Parę uwag o cierpieniu dróg oddechowych, wikłających zimnicę. Jaworskiego J.: Przyczynek do kazuistyki porażeń mózgowych u dzieci na tle choroby zakaźnej. Dr. Kučery P.: Emphysema organorum et angio-pancreatitis suppurativa (c. d.). W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 2: Doc. Łepkowskiego W.: Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce (dok.). Dra Zbořila C.: Porcelana i emalia w dentystyce (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Nr. 5: Gedgowda W.: Przyczynek do leczenia tężca. W *Medycynie* Nr. 11: Dr. Mikołajewa i Dra Dogiela: Fotografowanie siatkówki. Dra Halperna J.: Przyczynek do nauki o odruchowym wpływie przewlekłego podrażnienia szyi pęcherza moczowego na nerki. Dra Heimana T.: O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 31 Marca 1900. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki prof. Dra Neussera.

Przyczynek do kazuistyki syringomyelii.

Podał

Dr. M. Olejnik (Wiedeń).

Jamy w rdzeniu pacierzowym napotykano nierzadko przy sekcyi tak u noworodków, jak i u dorosłych, które za życia nie zdradzały się żadnymi objawami. Już Morgagni opisuje przypadek, gdzie w rdzeniu pewnego rybaka weneckiego napotkano jamy obok rozmiękczenia i wybroczyn w rdzeniu pacierzowym. Lanceraux przytacza przypadek gliozy w rdzeniu; większość jednak przypadków uważano za życia za postępowy zanik mięśni. Clarce w r. 1862 opisał zaniki mięśni, wraz z objawami zniesienia czucia dotykowego u 44-letniego mężczyzny, u którego po śmierci stwierdzono jamy w części szyjnej rdzenia. Hallopeau nie przypisuje żadnego wpływu nieprawidłowościom rozwoju i twierdzi, że jamy w rdzeniu powstają najczęściej wskutek sprawy zapalnej. Simon oddziela hidromyelię od później wytworzonych jam w istocie szarej rdzenia, które, wedle niego, nie pozostają w żadnym związku z przewodem środkowym. Leyden znalazł również, że jamy w części szyjnej często nie łączą się z przewodem środkowym i że ściany jam są często wyścielone neuroglią; przychodzi jednak do przekonania (opisawszy dwa przypadki hydromyelii, gdzie zmiany były analogiczne, jak przy syringomyelii), — że początkiem syringomyelii jest wrodzona hidromyelia, nie zaprzecza jednak, że krwotoki, zapalenia rdzenia, nowotwory, mogą dać powód do rozpadu i następowego wytworzenia się jam. Schultze jednak, wyłączywszy hidromyelię, jest zdania, że jamy, napotykane przy syringomyelii, są zawsze następstwem rozpadu tkanki nowotworowej. Dalsze badania Hoffmana i Schlesingera wykazały, że między syringo- i hidromyelią zasadniczych różnic niema, że syringomyelia bierze początek z hidromyelii. W ścianach rozszerzonego przewodu przychodzi do rozrostu tkanki nowotworowej z następowym rozpadem. Tkanka ta buja najczęściej w okolicy spoidła tylnego w istocie szarej. Bujając, rozszerza się na rogi tylne, sznury tylne, zajmuje okolicę piramid, przechodzi na rogi przednie, a w okolicy ostatniego kręgu szyjnego może zająć ośrodek rzęskowo-pacierzowy (*centrum ciliospinale*). Następstwem rozszerzenia się glii jest ucisk nerwów i komórek nerwowych, który powoduje utratę ich czynności. I tak: zajęcie piramidy wywołuje połowicze porażenie poniżej miejsca zajętego gliozą, podwyższenie odruchów ścięgnistych i objawy kurczowe. Zajęcie sznurów tylnych pociąga zniesienie czucia dotyku i czucia mięśniowego, w następstwie czego powstaje niezborność ruchów. Ponieważ sznury tylne zawierają po części włókna dla czucia ciepłoty i bólu, następuje więc częściowe upośledzenie czucia bólu i ciepłoty. Zajęcie rogów przednich sprowadza zaniki mięśniowe, a ponieważ ośrodki odruchowe bywają zniszczone, następuje zniesienie odruchów. Ponieważ rogi przednie zawierają ośrodki naczyniowe, mamy nadto zmiany naczynioruchowe. Zaniki mięśniowe postępują szybko, jeśli komórki duże w rogach przednich ulegają rychłemu zwyrodnieniu. W mięśniach, dotkniętych zanikiem, występuje drganie włókienkowe. Ponieważ sprawa chorobowa w większej części przypadków zajmuje rogi tylne, dlatego tak wcześnie pojawiają się upośledzenia w czuciu ciepłoty i bólu. Rwące bóle, podobne do wiądowych (tabetycznych), dadzą się wytłómaczyć prawdopodobnem podrażnieniem komórek rogów tylnych. Jeżeli sprawa rozszerza się na korzenie tylne, lub, jak to bywa, dołącza się zapalenie opon rdzeniowych, wtedy mogą się dołączyć rwące bóle lub uczucie pasa. Zajęcie przednich korzeni wywołuje porażenie odpowiednich gromad mięśniowych, zaniki często cechujące się odczynem zwyrodnienia. Zanim przystąpię do symptomatologii syringomyelii, pozwolę sobie opisać szereg przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Neussera i w praktyce własnej.

I. J. P. 3/V 1891. Wywiady: Lat 42, pochodzi ze zdrowej rodziny. W młodości przebył ospę. W r. 1873. doznał uszkodzenia rogówki na lewem oku, poczem pozostała gruba blizna. Zgrubienie ostatniej falangi palca drugiego na ręce lewej istnieje od roku 1870. Wtenczas miało przyjść do zropienia tkanki podskórnej, połączonego z dotkliwym bólem. Pierwszym objawem, który zauważył chory przed 4 laty, było osłabienie w ręce prawej. Do tego przyłączyło się lekkie stężenie w dolnej kończynie prawej, pocenie się twarzy po stronie prawej, nawet podczas zimna. Od 2 lat chory cierpi na napadowy kaszel; głos od tego czasu jest lekko ochrypły. W zimie r. 1891. występuje osłabienie mięśni łopatek, również zniesienie czucia ciepłoty w górnej części klatki piersiowej. Od tego czasu datuje się ślinotok, wychudnienie ręki prawej, tudzież obniżenie barku prawego. Na ramieniu prawem znajduje się kilka blizn gwiazdkowatych, powstałych wskutek oparzenia się przy gorącym piecu, co choremu jednak nie sprawiło żadnego bólu. Kiły nie przebywał.

Stan obecny: Mężczyzna silnie zbudowany, dobrze odżywiony, trzyma się pochyło: kręgosłup wygięty w stronę prawą. W zakresie górnego przebiegu n. spółczulnego widać na twarzy i szyi, na jakie 5 cm poniżej prawego obojczyka, lekkie zaczerwienienie i obfite pocenie się. Gałka oczna lewa zanikła, na prawej grube blizny rogówkowe. Przy zwrocie oka w prawo występuje drżenie (*nystagmus*). W zakresie nerwu twarzowego i trójdzielnego, zmian żadnych. Prawa strona języka cieńsza, wyraźnie zanikła. Tu i ówdzie widać drgania włókienkowe. Przy wystawieniu języka wyraźne zboczenie na prawo. Języczek zwisa głęboko. Obie łopatki nieprawidłowo ustawione. Mięśnie kapturowe po obu stronach, więcej po lewej, zanikłe. Po stronie prawej przy podniesieniu ramienia dadzą się jeszcze wykazać wiązki mięśnia kapturowego. Mięsień podnoszący łopatkę po stronie lewej zanikły. Mostko-obojczyko-sutkowy więcej zanikły po stronie lewej. Prawa ręka zgięta, szczególnie w dwóch ostatnich falangach palca trzeciego, czwartego i piątego. Pierwsze falangi tych palców wyprostowane (*main en griffe*). Między kośćmi śródręcza wyraźne zagłębienie. Mm. międzykostne zanikłe, również brzusiec i prze-

ciwbrzusiec dłoniowy (*thenar* i *antithenar*) w których spostrzega się wyraźne drgania włókienkowe.

Odruchy ścięgniste kolanowe i skokowe wzmożone. Przy ruchach biernych wyczuć można wyraźne napięcie mięśni. Po stronie lewej odruchy skórne i ścięgniste wzmożone, ale nie w tym stopniu, co po prawej.

Badanie czucia. W całej kończynie górnej po stronie prawej, na piersiach do wysokości sutek, znaczne upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, przy utrzymanem czuciu dotykowem. W kończynie prawej górnej i na piersiach nieco wyżej sutek przeczulica na ból.

Chory poci się po stronie prawej, szczególnie przy wzruszeniach psychicznych widzimy zaczerwienienie twarzy po tej stronie z obfitem wystąpieniem potu. W kończynie dolnej prawej, oprócz osłabienia siły mięśniowej, niema żadnych zmian w czuciu. Oddawanie moczu i kału nieupośledzone. Badanie krtani wykazuje porażenie prawego n. wstecznego.

Powtórne badanie w lipcu r. 1894: Podbródek dotyka prawie piersi. Znaczny garb (*kyphosis*) w części szyjnej i górnej piersiowej kręgosłupa; w dolnej części piersiowej skrzywienie boczne (*scoliosis*). Łopatki odstają od klatki piersiowej. Mm. łopatkowe wyraźnie zanikłe. Naramienny po obu stronach, szczególnie po prawej, ścieńczały. Ramiona obwisłe i naprzód podane, szczególnie prawe. M. dwugłowy ramienia prawy zanikły. Na rękach wyraźny zanik mięśni małych, szczególnie po stronie prawej (*main en griffe*). Falangi ostatnich palców pałeczkowato zgrubiałe. Skóra, szczególnie na palcach, zgrubiała.

Badanie czucia: Czucie dotyku wszędzie utrzymane, również i czucie mięśniowe. Czucie ciepłoty i bólu zupełnie upośledzone w zakresie górnej kończyny prawej, przechodzi na grzbiet i sięga do wysokości łopatek. W kończynie dolnej lewej upośledzenie czucia ciepłoty mniejsze, aniżeli w prawej.

Osłabienie siły mięśniowej po stronie lewej większe niż po prawej. Odruchy ścięgniste w kończynie górnej po stronie prawej zniesione, po lewej odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. Odruchy kolanowe i skokowe wzmożone więcej po stronie prawej niż po lewej. Odruch brzuszny i mosznowy utrzymany, objaw Romberga wyraźny.

Upośledzenie z zakresu zmysłów: upośledzenie węchu po stronie prawej, również i smaku po stronie prawej języka Uczucie bólu w zakresie prawego n. trójdzielnego zniesione, po lewej — upośledzone. Mięśnie języka po stronie prawej lekko zanikłe. Pocenie się po stronie prawej twarzy i szyi.

Syringomyelia: zaniki mięśniowe w kończynach górnych i łopatkach: rozprzężenie (dysocyacya) czucia, właściwe syringomyelii. Pocenie się, niedowład n. podjęzykowego i twarzowego, porażenie n. wstecznego: bezwęch, nieudolność płciowa *agensis*. Garb, skrzywienie kręgosłupa boczne, chód kurczowo-porażenny, odruchy kolanowe wzmożone, zmiany odżywcze falang palców, blizny.

II. F. H. 5/VI 1894. Wywiady: lat 29, nie przebywał w młodości żadnych chorób. Od 17 roku chodzi nieco pochylony w stronę prawą. Od lat trzech czuje osłabienie w ręce prawej, przy przeszukiwaniu kieszeni nie czuje przedmiotów tak dokładnie, jak poprzednio, a nadto na zimnie ręce jego b. prędko zięblną i drętwieją. Ciepło i zimno słabo odczuwa. Od roku wystąpiło osłabienie w dolnej kończynie lewej. Na prawe ucho słyszy gorzej; od dzieciństwa płynie mu z ucha. Widzi dobrze, ale od czasu do czasu doznaje błysków, a przy obracaniu głową — zawrotów. Wychudnienie rąk, szczególnie prawej, datuje się od dwóch lat.

Stan obecny: Badany jest dobrze zbudowany i odżywiony. Kończyna górna lewa, szczególnie pięść, wychudła. Wychudnienie to ogranicza się do mięśni małych obu pięści, więcej po stronie lewej, niż po prawej. W mięśniach tych wyraźne drgania włókienkowe. Mięśnie wyprostne po stronie lewej lekko zanikłe, wskutek tego ramię lewe słabsze i cieńsze od prawego. Mięśnie: kapturowy, najdłuższy grzbietu, naramienny i piersiowy po stronie lewej cieńsze, wyraźnie zanikłe. Przy bliższem przypatrzeniu się twarzy chorego widzimy po stronie lewej lekki zanik mięśni, fałd policzkowy lewy wygładzony, a przy śmiechu kącik lewy ust pozostaje nieruchomy. Gałka oczna lewa więcej ku tyłowi cofnięta; powieka górna lekko opadła; źrenica lewa lekko zwężona, na światło jednak oddziaływa dobrze. Wiercenie oczyma kołujące (*Nystagmus rotatorius*). Język zbacza w stronę lewą, mięśnie po tej stronie w przedniej części zanikłe, okazują wyraźne drgania włókienkowe. W kończynach dolnych nie widać wyraźnego zaniku mięśni. Kończyna lewa słabsza. Odruchy kolanowe wzmożone, po stronie prawej wybitniejsze. Tak samo odruch ścięgna Achillesa. Odruchy skórne po obu stronach mniej wyraźne.

Badanie czucia bólu i ciepłoty wykazuje ważne zmiany. Najsilniejsze zmiany są w czuciu bólu, odpowiednio zmianom zanikowym w mięśniach. Idąc z góry, czucie bólu upośledzone w zakresie wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego, więcej po stronie lewej niż po prawej, dalej schodzi na ramię i przedramię lewe. Szczególnie całkowite zniesienie czucia bólu w ręce lewej. Lekkie upośledzenie czucia bólu zajmuje okolicę podżebrową lewą do grzebienia kości łonowej, schodzi na odnóża dolne i zajmuje zewnętrzną i wewnętrzną część przedudzia, szczególnie po stronie lewej. W parze z upośledzeniem czucia bólu idzie obniżenie czucia ciepłoty. Badany lepiej czuje ciepło, niż zimno. Czucie dotyku mało upośledzone. Chory podaje, że czuje dotknięcie igły, ale ukłócia nie czuje; jednak w zakresie zniesienia czucia bólu i ciepłoty, szczególnie w obu kończynach dolnych, chory nie czuje przesuwania pędzla. W lewej połowie języka wyraźne drgania włókienkowe, lekkie upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, które po części przenosi się na wewnętrzną, przednią część błony śluzowej jamy ustnej tej samej strony. Od czasu do czasu chory charakterystycznie chrząka i krztusi się. Odgłos podobny do chrukania świni. Objaw ten zależy od porażenia lewego nerwu wstecznego. Ze zmian wydzielniczych napotykamy pocenie się po stronie lewej twarzy; skóra w tem miejscu pod wpływem lekkiego prądu elektrycznego pasami się czerwieni.

Ze zmian odżywczych napotykamy na grzbiecie ręki lewej pomiędzy pierwszą a drugą kością śródręcza bliznę, która powstała po przecięciu ropnia. Operacya ta wcale go nie bolała. Ze strony pęcherza i odbytnicy zmian żadnych.

Syringomyelia: Zaniki mięśniowe w rękach i grzbiecie, objawy źreniczno-oczne (*oculo-pupilläre Symptome*), wiercenie oczyma kołujące (*nystagmus rotatorius*), porażenie n. podjęzykowego i twarzowego lewego. Odruchy kolanowe wzmożone.

Rozprzężenie (dyssocyacya) czucia bólu i ciepłoty; czucie dotyku zachowane. Porażenie lewego n. wstecznego. Pocenie się po stronie prawej twarzy, blizny po przecięciu ropnia.

III. W. M. 2/VI 1894. Lat 34, urzędnik z Przemyśla (spostrzeżenie własne). Wywiady: Chory zgłasza się w celu zmiany opatrunku. Dowiaduję się przy tem, że chory ma od r. 1884 owrzodzenie na stopie prawej. Obecnie wraca z Wörishofen od Kneipa, gdzie przebywał w leczeniu 3 miesiące, jednakowoż wrzody pod wpływem zimnej wody nietylko że się nie wygoiły, ale powiększyły; przytem czuje on w tej kończynie mocny ból, a kończyna sama za dotknięciem owrzodzeń „trzęsie się“. Cierpienie to rozpoczęło się w okolicy paznogcia palca dużego nogi prawej; najprzód powstał pęcherzyk niebolesny, który przysechł: rana pod strupem nie goiła się całymi latami. Przed trzema laty powstały ropnie na udzie prawem, które przecięto w klinice prof. Obalińskiego, poczem powstała 4 cm. długa, pół cm. szeroka blizna w okolicy wewnętrznej połowy uda prawego; 4 cm. poniżej, tuż nad stawem kolanowym, znajduje się druga blizna. Owrzodzenie jednak na palcu nie zagoiło się. Od tego czasu powstało jeszcze kilka pęcherzyków na stopie, które, przysychając, tworzą strupy, pokrywające owrzodzenia, drążące wgłąb skóry i tkanki podskórnej. Owrzodzenia te, pomimo, że całemi latami się nie goiły, nie sprawiały choremu żadnego bólu i mógł on dalej chodzić z owiniętym palcem. Przed ośmioma miesiącami powstały jednak duże zatokowate owrzodzenia na pięcie w okolicy ścięgna Achillesa. W klinice prof. Kaposiego rozpoznano „zwykły wyprysk“ i obiecano choremu szybko owrzodzenia te zagoić. Kończyna ta ciąży choremu: około drugiej w nocy ma szalone bóle, które rozpoczynają się w okolicy palca dużego „w kości“ i idą w górę do okolicy odleżyny, wielkości talara, na dużym krętarzu prawym. Dziwi się chory, że bóle te w okolicy owrzodzeń na zimnie stale się powiększają. Wszelkie dotknięcie tych owrzodzeń wywołuje kurczowe drgania tej kończyny. Od czasu, jak chory leży, kończyna ta jest słabsza i nieco wychudła. Od dwóch dni uskarża się na bóle rwące nad obojczykiem lewym, idące w dół, połączone z mrowieniem w palcach. Zgrubienia w okolicy prawego stawu kolanowego chory nie zauważył, musi być jednak następstwem „wiecznego przekurczenia“. W ostatnich czasach wychudł; przyczyną tego są bezsenne noce wskutek rwących bólów w tejże kończynie. Kiły nie przebywał. Oddawanie moczu i kału prawidłowe.

Stan obecny. Po zdjęciu opatrunku widzimy owrzodzenia głębsze (3—8 mm.) na stopie w okolicy drugiej falangi śródstopia, po zewnętrznej stronie palca dużego: pomiędzy palcem drugim a dużym jest rodzaj szczeliny. Falanga palca drugiego, wrzecionowato zgrubiała. Zgrubienie to dotyczy głównie kości (*Osteoartropathie hypertrophiante pneumique Marie*). Grzbiet palca czwartego, który jest również wrzecionowato zgrubiały, jest wyżarty. Owrzodzenie to, wielkości czworaka, sięga kości. Uderza to, że w otoczeniu tylu owrzodzeń oprócz zasinienia brak żywszego odczynu, kończyna cała chłodniejsza niż lewa, szczególnie w dolnej części. Owrzodzenia te

w ciągu czterech tygodni wyraźnie się powiększyły, wielce to przypomina usuwanie się nasypów ziemnych. Dno tych lejkowatych owrzodzeń pokryte szarawą miazgą. Brzegi nierówne, schodkowate. Za dotknięciem się tych owrzodzeń kończyna drga kurczowo. W okolicy ścięgna Achillesa znajdują się trzy zlewające się owrzodzenia, wielkości centa. Wrzody te wyglądają, jakby je kto sztucznie wyciął. Dno pokryte wypociną ropną ślizką. Cała stopa na podeszwie i grzbiecie sinawa, lekko obrzmiała: skóra zgrubiała okazuje w górnej części grzbietu stopy kilka blizn, które, wedle podania chorego, powstały po zagojeniu podobnych owrzodzeń jak obecne.

Badany jest średnio zbudowany i odżywiony. Szpara powiekowa prawa lekko zwężona, gałka oczna wyraźnie mniejsza i ku tyłowi cofnięta. Źrenice równe, prawa leniwo oddziaływa na światło. Dno oka prawidłowe. W zakresie nerwów mózgowych zmian żadnych. Wygięcie kręgosłupa w części piersiowej w stronę prawą, niebolesne. Mięśnie mało śródręcza lekko zanikłe, wskutek tego przestwory międzykostne bardziej wklęsłe. Odruchy skórne wyraźnie wzmożone. Odruch brzuszny i mosznowy wyraźny. Odruchy ścięgniste w kończynie górnej wyraźne po stronie prawej; w prawej kończynie dolnej odruch kolanowy bardzo wzmożony. Odruch ścięgna Achillesa bardzo wyraźny. Odruchy strony lewej wybitne, mniej jednak, niż po prawej.

Ważniejsze są zmiany w zakresie czucia bólu, ciepłoty. W okolicy łopatki prawej do dolnego kąta łopatki czucie bólu mniej, czucie zimna, a przeważnie ciepła, więcej upośledzone. Czucie dotyku wyraźne. Ramię prawe na rozległości dłoni powyżej stawu łokciowego w dół, jest mniej wrażliwe na ukłócie i na ciepło, w ręce prawej zaś, bardzo wyraźne. Czucie dotyku nieco upośledzone w kończynie dolnej prawej. Chory czuje dotyk jak przez papier. Upośledzenie to czucia sięga po zewnętrznej stronie podudzia prawego do stawu kolanowego. W górnej połowie podudzia czuje chory ukłócie igły lepiej, niż w dolnej. W granicach czucia bólu, czucie dla ciepła więcej jest upośledzone, niż dla zimna. Podudzie prawe o 3 ctm. cieńsze, niż lewe. Wyraźnego zaniku mięśni nie widać. Mięśnie strony prawej są wiotsze. Kończyna dolna prawa zimniejsza przy dotyku, niż lewa; stopa sinawa, zimniejsza, szczególnie w okolicy owrzodzeń. Innych zmian naczyniowych nie zauważono.

Chory twierdzi, że nie poci się: przy badaniu jednak widać żywsze zaczerwienienie twarzy po stronie prawej i lekkie pocenie się. Po zziębnięciu nogi występują gwałtowne rwące bóle w kończynie dolnej prawej i dlatego chory otula rany bardzo starannie grubym pokładem waty.

Po miesiącu chory zgłosil się do szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, gdzie mu kończynę prawą odjęto. Po amputacyi wystąpiła róża, trwająca trzy tygodnie.

Zmiany w zakresie czucia bólu i ciepłoty te same, co poprzednio.

Syringomyelia. Choroba Morvana. Objawy źreniczno-oczne. Nieznaczny zanik mięśni. Zmiany w czuciu dotyku, bólu i ciepłoty w kończynie dolnej prawej. Odruchy ścięgniste po stronie prawej wzmożone. Zmiany odżywcze w postaci kraterowatych owrzodzeń (*mal du pied*). Zmiany odżywcze w kościach (*Osteoartropathie hypertrophiante pneumique Marie*). Zmiany naczynioruchowe w kończynie dolnej. Lekkie pocenie się po stronie prawej twarzy.

Zmiany, opisane w ostatnim przypadku, są tak cechujące, że wykluczywszy kilka chorób rdzenia z podobnymi objawami — w pierwszym rzędzie zapalenie twardówki rdzeniowej (*pachymeningitis cervicalis*), wiąd rdzenia p. zapalenie istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis*), trąd, przyjdziemy do przekonania, że mamy przed sobą syringomyelię wzoru Morvana. W przypadku tym mamy szereg zmian, które pozwalają prawie z całą stanowczością wskazać miejsce, zajęte sprawą chorobową. Zmiany te rozpoczynają się w części szyjnej, w wysokości ostatnich kręgów szyjnych i pierwszych piersiowych. W tej części leżą włókna nerwu spółczulnego. Różnica w szerokości źrenicy, szczególnie zwężenie przy dobrej akomodacyi, wązkość szpary powiekowej, cofnięcie gałki ocznej (objawy zresztą napotykane w połowiczem porażeniu Brown-Sequarda, jeśli uraz zadziałał w miejscu ośrodka rzęskowo-rdzeniowego (*centrum ciliospinale* Budge)), są wyrazem porażenia nerwu spółczulnego.

Déjèrine-Klumpke wykazała doświadczalnie na psach, że zwężenie źrenicy, szpary powiekowej i cofnięcie gałki ocznej występują po przecięciu gałązek spólniczących (*rami communicantes*) I. nerwu piersiowego tej samej strony. Na człowieku spostrzegał Franciszek Kraus te same objawy w próchnicy kręgów szyjnych. Ja widziałem w r. 1893 złamanie ostatniego kręgu szyjnego, przyczem wystąpiło zwężenie źrenicy oka prawego, wraz ze zmniejszeniem szpary powiekowej. Przypadek jeszcze jest cechujący i dla tego, że bezpośrednio po złamaniu wystąpiły naprzód objawy upośledzenia czucia dotyku na całem ciele do wysokości sutków, zniesienie odruchów ścięgnistych, porażenie pęcherza i odbytnicy, skutkiem tego zatrzymanie moczu i kału. W 4 dniu wystąpiło upośledzenie czucia ciepłoty w mniejszym, upośledzenie czucia bólu w większym stopniu. Odruchy kolanowe zniesione. Odleżyna ostra, zajmująca całą szerokość kości krzyżowej, spowodowała w drugim tygodniu śmierć chorej.

Przy przecięciu obwodowem splotu szyjnego (*plexus cervicalis*) braknie objawów ze strony oczu. Wprawdzie Charcot opisuje przypadek obrażenia I nerwu piersiowego skutkiem postrzału, gdzie wystąpiły zanikowe zmiany w mięśniach małych pięści obok zmian czucia bólu i ciepłoty bez upośledzenia czucia dotyku, zatem podobnie, jak przy syringomyelii. Jestto jednak przypadek nader rzadki.

Objawy zatem ze strony nerwu spółczulnego (*oculo-pupilläre Symptome*) obok zmian w czuciu bólu i ciepłoty, przemawiają zatem w przeważnej części za syringomyelią.

Zwężenie szpary powiekowej jest następstwem porażenia mięśnia gładkiego w powiece; cofnięcie gałki ocznej następuje wskutek porażenia mięśnia Müllera, również zaopatrywanego przez nerw spółczulny. Porażenie nerwu spółczulnego znajduje się zwyczajnie po stronie zaniku mięśniowego, a w przypadkach gliozy w części szyjnej pojawia się dosyć wcześnie.

Dalej mamy w opisanym przypadku objawy kurczowe (spastyczne), szczególnie w dolnej kończynie prawej. Wywołany odruch kolanowy przechodzi w kurczowe drganie całej kończyny, wedle wyrażenia chorego „noga się trzęsie". Objawy te wskazują, że kanał w części szyjnej rdzenia pacieżowego sięga do okolicy sznurów bocznych i uciska je.

Zaniki mięśni są bardzo nieznaczne, ograniczone do małych mięśni ręki prawej i występują wskutek zajęcia komórek nerwowych w rogach przednich. Zaniki mięśniowe są często pierwszym objawem syringomyelii. Przestwory między kośćmi śródręcza zaznaczają się, a szczególnie w pierwszym przestworze międzykostnym, potem następuje zanik brzuśca i przeciwbrzuśca dłoniowego (*thenar* i *antithenar*) oraz m. m. glistowatych (*lumbricales*). Często następuje porażenie nerwu łokciowego, wskutek tego mamy cechujące ustawienie ręki (*main en griffe, clasped hand*). W niektórych przypadkach ręka zwisa podobnie jak w porażeniu ołowiowem w razie zajęcia mięśni wyprostnych w zakresie nerwu sprychowego. Z zanikiem mięśni następuje utrata ich czynności i często zanik mięśni postępuje w górę, zajmuje m. naramienny, mięśnie łopatki i grzbietu (typ barkowo-łopatkowy (*humeroscapular*). Niekiedy po zajęciu małych mięśni ręki przenosi się zanik na mięśnie dolnej kończyny, zwyczajnie po tej samej stronie. Zaniki mięśni powodują czasem ustawienie szpotawe stopy, wskutek przewagi antagonistów. Z mięśni szyi ulegają zanikowi mięsień kapturowy, mostko obojczyko-sutkowy, dźwigacz łopatki, w późniejszych okresach piersiowy i to najczęściej po obu stronach. Często zaniki mięśniowe

trudno rozpoznać z powodu dobrze rozwiniętej podściółki tłuszczowej. Schlesinger opisuje przypadek, gdzie jedna część mięśnia naramiennego była zanikła, a druga przerosła tak, że to przypomina przerost mięśni postępowy (*dystrophia muscularis progressiva*). W mięśniach zanikłych występuje drganie włókienkowe. Odczyn na mechaniczne podrażnienie mięśni jest często wzmożony. Uderzenie na przykład w m. dwugłowy wywołuje szybkie skurcze. Utrata siły mięśniowej postępuje równolegle z zanikiem; w razie jednak krwotoku w okolicy sznurów bocznych może niedowład zamienić się na zupełne porażenie i to nietylko pojedynczych gromad mięśniowych, ale całej kończyny. Jeśli sprawa chorobowa w części szyjnej rdzenia rozwija się bardzo szybko i zajmuje sznury boczne, wtedy górują objawy kurczowe. W mięśniach występuje pewnego rodzaju stężenie, kończyna jest wyprostowana, z czasem dołączają się przykurczenia. Często występuje w kończynach pewnego rodzaju drżenie, podobne do drżenia przy stwardnieniu rozsianem rdzenia (*sclerosis disseminata*). Tu i owdzie występują kurcze w łydkach.

Do najważniejszych objawów — które Kahlerowi i Schultzemu niezależnie od siebie pozwoliły rozpoznać za życia syringomyelię, należą objawy w zakresie czucia ciepłoty i bólu, przy zachowanem najczęściej czuciu dotyku, gdyż i to, pominąwszy powikłania syringomyelii z wiądem rdzenia, może być w późniejszych stanach chorobowych upośledzone.

Szczególnie Morvan opisał przypadki syringomyelii, gdzie czucie dotyku było upośledzone lub zniesione i na tej podstawie odróżniał t. zw. chorobę Morvana od syringomyelii. Czucie dotyku rzadko jest całkowicie upośledzone. W początkowych okresach chory zwyczajnie czuje dotknięcie dobrze, czasami nawet występuje przeczulica. Upośledzenie to czucia dotyku ogranicza się przeważnie do niewielkich obszarów, najczęściej w granicach upośledzenia czucia bólu i ciepłoty. Schüppel opisał przypadek syringomyelii ze zniesieniem czucia dotyku na całem ciele.

Do głównych objawów syringomyelii należy upośledzenie czucia bólu. Przed zupełnem zniesieniem występuje zwyczajnie okres przeczulicy, w którym chory przy najlżejszem ukłóciu czuje dotkliwy ból. Stan ten trwać może miesiącami i ustępuje miejsca zniesieniu czucia bólu. Często chory nie oddziaływa na ból przy ukłóciu igłą, ale podmiotowo czucie bólu jest długo zachowane. Chory podaje najczęściej, że ma rwące bóle wzdłuż pni nerwowych, podobnie jak w uwiądzie rdzenia.

Czucie bólu, upośledzone w najrozmaitszym stopniu, nie ogranicza się tylko do skóry, ale zajmuje i głębsze części. Chory nie odczuwa złamań kości, zwichnięć, lub rękoczynów chirurgicznych. Upośledzenie czucia bólu występuje również w błonach śluzowych ust, nosa, pęcherza, odbytnicy i t. d. Rozpoczyna się ono przeważnie od ręki, idzie w górę, zajmując po kolei jedną kończynę po drugiej. Czasem występuje, podobnie jak w macinnicy, porażenie czucia połowicze i wtedy odróżnienie od syringomyelii jest trudne. Często macinnica dołącza się do syringomyelii. W rozpoznawaniu rozstrzygają tedy zaniki mięśni, objawy oczno-źreniczne, nieznaczne zwężenie pola widzenia, zmiany węchu i smaku, boczne skrzywienie kręgosłupa, szybkie przenoszenie się objawów zniesienia czucia na inne części ciała.

Upośledzenie czucia ciepłoty występuje najpóźniej. Jakiś czas chory zimna znieść nie może; w czas upalny okrywa kończyny ciepło. Po tym okresie przeczulicy następuje upośledzenie czucia ciepłoty i chory odczuwa naprzykład więcej ciepło, niż zimno i na odwrót, a często podaje, że nie odróżnia zimna od ciepła.

Ciepłota musi być wysoka, by chory rozpoznał, lub też ciepło i zimno rozpoznaje jako ciepło. W późnych okresach ma tylko uczucie dotyku, a stopnia ciepłoty rozpoznać nie może. Najczęściej upośledzenie czucia ciepłoty idzie w parze z upośledzeniem czucia bólu. Badanie błony śluzowej ust wykazuje często zupełne znieczulenie na ciepło. Chory połyka gorące potrawy, parzy sobie usta i dopiero po połknięciu ma w żołądku czucie ciepła.

Czucie mięśniowe przy syringomyelii często nie ulega żadnym zmianom. Pomijając wiąd rdzenia, krwotoki lub zmiany w krążeniu, gdzie mogą wystąpić zmiany trwałe, zwyczajnie objawy ze strony czucia mięśniowego są przemijające. Niezborność ruchów jest w syringomyelii nierzadkiem zjawiskiem. Niezborność ta może być następstwem rozwijania się sprawy chorobowej w móżdżku, w rdzeniu przedłużonym, lub w moście Varola.

Wspomnieć jeszcze należy, że jak w wiądzie częsot bywają bóle rwące, które latami przed pojawieniem się objawów ze strony czucia mogą wystąpić. Bóle te mogą istnieć w kończynach, pozbawionych czucia bólu i ciepłoty.

Zmiany odżywcze są rozmaite, występują one jako przekrwienie czynne i bierne. Sinica palców rąk lub nóg jest często pierwszym objawem zmian Raynauda.

Do częstych objawów syringomyelii należy pocenie się i to najczęściej w miejscach, gdzie czucie bólu i ciepłoty jest upośledzone. Często chorzy w zimnie się pocą, każde wzruszenie wywołuje pocenie się naprzykład w połowie twarzy. Po wstrzyknięciu pilokarpiny (Dejérine) występuje pocenie się w częściach ciała, dotkniętych upośledzeniem czucia.

Często napotykamy rumień z przegrzania (*erythema caloricum*), pokrzywkę pęcherzykowatą i pęcherzową (*urticaria vesiculosa et bullosa*), które zajmują główne miejsca znieczulone. Półpasiec (herpes Zoster) jest zjawiskiem rzadszem.

Rany oparzelinowe rozmaitego stopnia stwierdzamy najczęściej na palcach rąk i na plecach. Zanogcicę bezboleśną (*panaris analgésique*) na palcach rąk i nóg znajdujemy przy syringomyelii wzoru Morvana. Nierozstrzygnięto, czy są to zmiany zależne od nerwów odżywczych, czy też tylko upośledzenie czucia dotyku gra tutaj pewną rolę. Hoffmann, Schlesinger przyjmują pewne usposobienie, przy którem nieznaczny uraz wywołuje u chorego na syringomyelię zropienie tkanki podskórnej, oddzielenie się odłamków kostnych z następowem zniekształtnieniem całych kończyn. Zmiany martwicze (nekrotyczne) kości przy wiądzie są rzadkie. Odleżyny także są rzadsze i to najczęściej w okolicy krętarzy. W rzadkich przypadkach przychodzi do odleżyn, które ostro się rozwijają (*decubitus acutus*). Napotykamy również symetryczną zgorzel Raynauda na uszach, palcach rąk i nóg. W miejscach znieczulonych wytwarzają się pęcherzyki i bąble (*pemphigus*). Kahler notuje przerost blizn (*keloid*).

Wrzód stopy dziurawiący (*mal perforant du pied*) jest rzadszem zjawiskiem w syringomyelii. Z początku wytwarza się nagniotek, w którym przychodzi do zropienia i pęknięcia tego wrzodu. Wrzody te zwyczajnie lejkowato drążą w głąb, często do kości. Dno takiego wrzodu pokryte bywa brudną tkanką ziarninującą. Wrzody te powstają w miejscach naj-

więcej ugniatanych, nierzadko jednak i na miejscach wolnych od ucisku. Zmiany w stawach zajmują przeważnie staw barkowy i łokciowy w przeciwstawieniu do wiądu rdzenia, gdzie zajęte są przeważnie kończyny dolne. Zmiany odżywcze mogą być pierwszym objawem syringomyelii. Staw sam zniekształcony, torebka zgrubiała, ruchy dowolne często upośledzone; czasem napotykamy w takich stawach zwichnięcie. Do złamania kości przychodzi bez bólu. Schultze notuje przypadek, w którym piekarz złamał rękę, bólu ręki nie czuł, a dopiero zwisanie kończyny zwróciło jego uwagę na złamanie.

Skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi lub na bok w części szyjnej i piersiowej zdarza się w większej części przypadków syringomyelii. Pociągają one za sobą zniekształtnienie klatki piersiowej. Morvan, Schlesinger, Brühl uważają skrzywienie kręgosłupa za zmianę odżywczą; Roth za następstwo zaniku krótkich mięśni kręgosłupa; Holesznikow opisuje przypadek akromegalii, Dejerine, Bamberger obrzmienie kolbowate ostatnich falang palców, podobne do spotykanych w rozstrzeniach oskrzeli (*bronchiectasis*). Marie nazwał te zgrubienia „osteoartropathie hypertrophiante pneumique“.

Odruchy skórne są najczęściej wzmożone. Odruch brzuszny i mosznowy po największej części utrzymane lub wzmożone. Zachowanie się odruchów ścięgnistych w syringomyelii należy do rzędu najważniejszych objawów. Odruchy ścięgniste w kończynach górnych z początku wzmożone, w razie wczesnego zaniku mięśni, mogą być upośledzone. Odruchy kolanowe są najczęściej wzmożone. W razie zajęcia przez sprawę chorobową rdzenia przedłużonego, szczególnie okolicy piramid, oprócz pewnego stężenia w kończynach górnych, odruchy stają się mocno podwyższone. W kończynach dolnych w przeważnej części przypadków podwyższenie odruchu utrzymuje się stale. Zniesienie odruchów ścięgnistych występuje, jeśli do syringomyelii dołącza się wiąd, zapalenie opon rdzeniowych, lub jeśli jamy zajmują sznury tylne.

Zaburzenia czynności pęcherza pojawiają się zwyczajnie w późniejszych okresach, przy rozwoju sprawy chorobowej w części lędźwiowej. Występują te objawy pod postacią zatrzymania moczu, albo częstego moczenia. Kraus i inni spostrzegali polyuryą. Zatrzymanie stolca jest bardzo uporczywe, szczególnie jeśli następuje zanik mięśni brzusznych.

Spostrzegano również kurcze żołądkowe (*crises gastriques*). Schlesinger widział często już w początkowych okresach zniesienie czucia bólu przy ucisku jądra, podobnie jak w wiądzie.

Objawy ze strony rdzenia przedłużonego, wywołane uciskiem rozszerzającej się gliozy, bądźto na ośrodki nerwowe, bądź na naczynia, znane były Kahlerowi i Schultzemu. Z zaburzeń w zakresie n. słuchowego spostrzegano szum w uszach i dzwonienie. Schlesinger podaje upośledzenie smaku bądź w części, bądź w całym języku. Zanik nerwu wzrokowego jest rzadszy, natomiast spostrzegano częściej zwężenie pola widzenia, szczególnie dla barwy zielonej. Charcot uważa te przypadki za macinnicę, towarzyszącą syringomyelii. Schlesinger podaje, że w małej części przypadków widział zwężenie pola widzenia bez macinnicy.

Wiercenie oczyma (*nystagmus)* pojawia się często, jako objaw początkowy, szczególnie przy rozwoju gliozy w rdzeniu przedłużonym. Objaw ten, rzadki w wiądzie pacierzowym, występuje częściej w rozsianem stwardnieni rdzenia, niż przy gliozie. Z nerwów ocznych spostrzegano najczęściej porażenie n. odwodzącego *(abducens)*, często w początkach widzenie podwójne. Przy powikłaniu z wiądem i porażeniem postępującem występuje objawy Robertsona. Różnica szerokości źrenic należy do bardzo częstych objawów. Przy zajęciu nerwu trójdzielnego mamy znaczne upośledzenie czucia bólu i ciepłoty na twarzy i na języku. Spostrzegano również asymetryę twarzy. Upośledzenie żucia jest następstwem porażenia m. żwacza. Jeśli zajęty n. pojęzykowy, mamy połowiczy zanik języka. Wskutek znieczulenia gardła i krtani może nastąpić zachłystywanie się. Przy typie barkowo-łopatkowym (*humero-scapular)* są także zmiany w krtani. Występuje chrypka lub bezgłos, które są następstwem porażenia nerwu wstecznego. Porażenie to występuje zwyczajnie po jednej stronie. W razie rozszerzenia się sprawy chorobowej na ośrodki nerwu błędnego mogą wystąpić wymioty, bicie serca. Znane są przypadki padaczki w przebiegu syringomyelii.

Przypuśćmy, że początek zmian chorobowych, (co najczęściej się zdarza), znajduje się w okolicy zgrubienia szyjnego i rozciąga się, począwszy od tylnej ściany przewodu środkowego wzdłuż i w poprzek w istocie szarej i sięga rogów przednich; wtedy przychodzi do zaniku mięśni kończyn górnych, do zmian czucia bólu i ciepłoty. Jeśli glioza ogranicza się do jednego rogu tylnego, wtedy mamy zniesienie czucia bólu i ciepłoty bez zmian zanikowych mięśni. Ale mogą istnieć zmiany odżywcze w skórze, stawach i kościach. Z rozwojem sprawy chorobowej i strefa zmian czuciowych rozszerza się w górę i w dół, czemu towarzyszy przez jakiś czas przeczulica. Trzeba dodać, że chorzy, niepytani, sami nie zwracają uwagi na zmiany czuciowe i dopiero badanie może wykazać daleko sięgające zaburzenia. Jeśli tkanka buja w rogu tylnym i sięga w górę do rdzenia przedłużonego, to mamy zmianę czucia w okolicy potylicy, podrażnienie, następnie porażenie gałęzi czuciowych nerwu trójdzielnego, porażenie i zanik języka, mięśni krtani, twarzy, w miarę tego, jak ośrodki odpowiednich nerwów w rdzeniu przedłużonym będą zajęte. Tarczy zastoinowej zwyczajnie nie ma, bo sprawa chorobowa nie łączy się z powiększeniem ucisku śródczaszkowego. Jeśli zmiany chorobowe nie ograniczają się do istoty szarej, ale zajmują i sznury boczne, a zatem istotę białą, wtedy mamy objawy kurczowe bez zmian zanikowych mięśni, jeśli naturalnie komórki duże rogów przednich są wolne. Przypuśćmy, że sprawa chorobowa zajęła lewy róg tylny w części szyjnej i w górnej piersiowej, tudzież sznury boczne tej samej strony, wtedy mamy objawy kurczowe po stronie lewej, oprócz zmian czucia w zakresie ramienia lewego, łopatki i górnej części klatki piersiowej, w kończynie dolnej lewej, podobnie jak w porażeniu połowiczem Brown-Sequarda, z tą odmianą, że znieczulenie występuje w ostatnim przypadku po stronie przeciwnej. Sprawa chorobowa, która zajmuje sznury tylne, powoduje zmiany dotyku, jak w wiądzie rdzeniowym.

Łatwo sobie będzie można wytłómaczyć, dlaczego objawy czucia tak ważne przy rozpoznaniu syringomyelii, naprzód występują, dlaczego objawy kurczowe, zmiany czucia dotyku i czucia mięśniowego należą do późniejszych, jeśli

ma się na oku, że sprawa chorobowa wychodzi najczęściej z okolicy tylnej przewodu środkowego, rozszerza się w istocie szarej rogów tylnych, a w miarę rozszerzenia się gniazd, przenosi się na rogi przednie i sznury boczne.

(Dokończenie nastąpi).

II. O leczeniu krwisteku omacicznego *(Haematocele periuterina).*

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Trzymając się tych zasad, leczyłem w krakowskiej szkole akuszerek i w klinice lwowskiej razem 14 przypadków, z których w krótkości chcę zdać sprawę. Prócz tego widziałem w praktyce prywatnej kilkadziesiąt przypadków, które okazywały różnorodne obrazy chorobowe. Z pomiędzy nich zaledwie tylko dwanaście miałem od początku do końca w mojem leczeniu i obserwacyi, resztę zaś widziałem doraźnie, lub chore usunęły się z pod mego nadzoru. Te, które dokładnie spostrzegać mogłem były wszystkie leczone zachowawczo. W jednym, leczonym przed laty 15, nastąpiło zejście śmiertelne skutkiem zakażenia otrzewnej po pęknięciu guza u chorej, która się zachowywała niespokojnie. Było to w czasach, kiedy przypadki takie nie bywały jeszcze operowane. —

Z pomiędzy przypadków, spostrzeganych klinicznie, było leczonych zachowawczo 9, *per laparotomiam* operowałem tylko jeden przypadek, w którym krwistek przeszedł w ropienie; przez pochwę zaś operowałem, w myśl zasad wyłuszczonych, 4 przypadki, wszystkie z wynikiem pomyślnym.

Postępowanie moje było następujące: Po oczyszczeniu należytem sromu, międzykrocza i wewnętrznych powierzchni ud, następowało bardzo dokładne oczyszczenie przedsionka i pochwy, zakończone wprowadzeniem tamponu z waty wyjałowionej, napojonego rozczynem sublimatu 1:1000 na kilka minut przed rozpoczęciem zabiegu. — Następnie odsłaniałem pochwę wziernikami łyżkowymi, chwytałem kulociągiem tylną wargę części pochwowej i naciągałem ją ku dolnemu brzegowi spojenia kości łonowych. Gdy w ten sposób pole operacyjne zostało nastawione, wykonywałem na pół centymetra od przyczepu pochwy do części pochwowej poprzeczne cięcie na długość około 5—6 centymetrów przez całą grubość pochwy. Na mierne krwawienie nie zwracałem uwagi i gdy pomiędzy brzegami rany widziałem dolne wypuklenie guza, nacinałem je wprost nożykiem, tworząc otwór, do którego by koniec palca swobodnie wprowadzić można. Następnie, włożywszy jeden palec dość głęboko, wprowadzałem koło niego drugi i na tępo na jedną i drugą stronę rozciągałem ranę tak, aby swobodnie dwa palce przejść mogły. — Nadmienić mi tu wypada, że niektórzy wykonują cięcie podłużne (F r i t s c h) i zeszywają torebkę krwiaka ze ścianą pochwy. — W miarę odpływu krwi, w guzie nagromadzonej, uciskałem lekko ręką, ułożoną od powłok brzusznych. Gdy już odpływ się zmniejszał, wprowadzałem dwa palce do jamy guza i zapomocą dwuręcznego badania, postępując palcami od wewnątrz bardzo ostrożnie, starałem się wnętrze krwisteku zbadać. Wśród tego badania bardzo dokładnie odróżnić mogłem jego zawartość, wybadać kształty tylnej ściany macicy, warstwy skrzepów różnej zbitości i zmienione przydatki (adnexa). Po takiem zbadaniu i przekonaniu się o grubości, jakości i zbitości ścian krwisteku, wygarniałem palcami wiotkie skrzepy, o ile to bez trudu i obawy uczynić mogłem — nie tykałem zaś przydatków. Okolicę, gdzie były zmienione przydatki, pozostawiałem w spokoju, natomiast śmielej usuwałem po stronie przeciwnej, co się ze skrzepów usunąć dawało. Po wypróżnieniu w ten sposób całej jamy, zakładałem do niej gruby pas gazy jodoformowej wyjałowionej, zamoczonej w rozczynie kwasu karbolowego i starannie wyciśniętej. Wsuwałem szczypczykami Chrobaka pod kontrolą ręki od zewnątrz ułożonej tak, aby jamę wypełnić. — Gazy tak założonej nie wydobywałem, ale czekałem, aż się sama będzie do pochwy wysuwać, co zwykle po 8—14 dniach następowało. W jednym przypadku po wypadnięciu gazy założyłem po odsłonięciu rany pochwowej wziernikami świeżą gazę. — Po takiem postępowaniu guz zmiejszał się bardzo szybko, macica leżała albo w tyłopochyleniu, albo w całości była ku tyłowi przesunięta. Przy badaniu zestawionem można było wykazać drobne reszty po za macicą w zatoce Douglasa, a obok tego zbitszy obrzęk w okolicy przydatków, jako pozostałości po ciąży zamacicznej, która była przyczyną powstania krwisteku — Wśród dalszego kilkotygodniowego leczenia, pobudzającego wessanie, pozostałości ustępowały dość szybko. Zaznaczyć tu jeszcze muszę, że nigdy się nie siliłem, aby jamę guza zupełnie wypróżnić, że nigdy nie robiłem żadnych przestrzykiwań. Po tamponowaniu bywał lekki surowiczo-krwawy przesącz. Ropienia nie widziałem po tem postępowaniu, a gdyby do niego przyszło, starałbym się utrzymać otwór niezamkniętym i wcalebym się ropienia nie obawiał Sączka nie zakładałem, gdyż ten nie daje się łatwo na stale w jamie utrzymać, podczas gdy gaza zadaniu swemu bardzo dobrze odpowiada i trzyma się dobrze. — Sądzę, że dlatego nie miałem ropienia, że się tylko gazą do drenowania posługiwałem. —

Dla uzupełnienia podaję poniżej przypadki tym sposobem operowane:

I. M K. wieloródka, 37 lat licząca, raz nie miała regularności, poczem wystąpił krwistek zamaciczny. Po 7-miotygodniowem krwawieniu, gdy guz w brzuchu wciąż wzrastał, przybyła d. 20 stycznia 1898 r. do Szkoły akuszerek w Krakowie, — bardzo niedokrewna, w stanie opłakanym. Rozpoznano krwistek zamaciczny; guz sięgał szczytem niemal do pępka, tylne sklepienie zepchnięte do wychodu miednicy, macica przyparta do spojenia łonowego. Guz miejscami o ścianach cienkich, napięty, jakby chełboczący. W czasie pobytu w szpitalu guz się nie powiększał. chora żali się na znaczne bardzo dolegliwości, — parcie na mocz, — oddawanie stolca utrudnione.

2. II. W uśpieniu chloroformowem otwarto tylne sklepienie wypuszczono przeszło litr krwi płynnej i skrzepów starych. Tamponada jamy. Guz znacznie zmniejszony.

15 II. Usunięto gazę dobrowolnie do pochwy się wysuwającą. — Następnie mierny odpływ ciemnej krwi płynnej, starej.

24. II. Założono do jamy pasek gazy, gdyż otwór w tylnem sklepieniu się ścieśnił.

2. III. Guz koło macicy, ułożonej w tyłozgięciu, wielkości bardzo małej mandarynki.

12. III. Wypuszczono chorą z obrzękiem w okolicy trąbki lewej, wielkości orzecha włoskiego. — W czasie pobytu w leczeniu ciepłota zrazu bywała około 37.5, tętno 80; zresztą stan bezgorączkowy. Od zabiegu operacyjnego leczenie w szpitalu trwało 38 dni.

W kilka miesięcy później widziałem pacyentkę, u której ledwo ślad cierpienia przebytego wykazać było można.

II. A. M., żona wyrobnika, 28 lat licząca, rodziła raz przed rokiem. Po porodzie miesiączkowała 2 razy, potem 3 miesiące nie miała miesiączki, która powróciła w maju i trwała 5 dni. Od tej regularności poczęła chorować, gorączkowała, od czasu do czasu miewała dreszcze, miesiączka nie powróciła. W ostatnich tygodniach spostrzegła guz w brzuchu.

Na klinikę przyjęta 3. X.

Badanie przedmiotowe wykazuje guz, wychodzący z miednicy małej, ułożony szeroko na stronie lewej nad talerzem biodrowym, sięgający do pępka, — przy dotyku boleśny, o powierzchni nierównej, gdzieniegdzie okazujący miejsca zbitsze. pomiędzy któremi jakby zagłębienie. — Pod pępkiem powłoki brzuszne jakby z guzem zrośnięte. Macica przesunięta na lewo, lewy jej brzeg wybadalny. W tylnem sklepieniu na prawo, jak niemniej i w przedniem sklepieniu, czuć guz, zostający w związku z guzem w brzuchu wybadanym, który obejmuje dno i prawą stronę macicy. Rozpoznano: *Exudatum perimetritricum suppurativum.*

3. XI. Ponieważ poniżej pępka guz był z powłokami brzusznemi zrośnięty, — otwarto go przez warstwowe nacięcie powłok brzusznych i wypuszczono znaczną ilość ropy, a nadto i starych skrzepów krwi, co wskazało, że otwarty ropień powstał z krwisteku. — Tamponada. Z powodu przepełnienia na oddziele Szkoły akuszerek przeniesiono chorą na oddział szpitalny, zkąd w kilka tygodni z przetoką wypuszczona została.

III. F. P. wieloródka, 30 lat licząca, w ostatnich miesiącach miesiączkowała regularnie, zmiany żadnej w miesiączkowaniu nie zauważyła. — Dnia 16. IV. nagle zachorowała, straciła przytomność, poczem bóle w dole brzucha, parcia na stolec, osłabienie, częste omdlewania. W 4 dni poczęły odchodzić z części rodnych strzępy i krew, krwawienie utrzymuje się do obecnej chwili. Do Szkoły akuszerek w Krakowie przyjęta dnia 2. V.; rozpoznano krwistek zamaciczny, znacznych rozmiarów; szczyt guza sięga do pępka, sklepienie tylne wypukłone, bardzo nisko zepchnięte. Zbitość guza nie jednostajna, czuć jakby chełbotanie w jednem miejscu. Po 10-ciu dniach mimo spokoju objawy dolegliwe trwają.

12. V. *Coeliotomia vaginalis posetrior.*

Mierne krwawienie z cięcia pochwowego. Wydobyto koło pół litra starych skrzepów. Tamponada. 16. V. wyjęto gazę z pochwy. — Gaza z jamy wysuwa się, usunięto ją, wydobyta prawie krwią nieprzesiąknięta. — Świeżej gazy nie zakładano.

24. V. W tylnem sklepieniu tylko poprzeczny rowek, — rana zupełnie zagojona. — Po stronie prawej i za macicą guz wielkości mandarynki, elastyczny, nie boleśny.

7. VI. Guz za macicą i po stronie prawej wielkości orzecha włoskiego, niebolesny, zbitszy. Od 11. VI. — 16. VI. miesiączka prawidłowa.

21. VI. Chora wyszła do domu.

Przebieg pooperacyjny zupełnie bezgorączkowy. Pobyt w szpitalu trwał od chwili operacyi 39 dni.

IV. R. F., żona robotnika, wieloródka, przybyła na klinikę lwowską 12. IV. b. r., żali się na znaczne bóle nad pachwiną lewą. W brzuchu, guz sięgający nieco nad pępek, wielkością, umiejscowieniem i postacią przypominający macicę w 5-tym m. księżyc. ciąży. — Przy badaniu wewnętrznem macica przyparta do spojenia kości łonowych. Po za macicą guz, wypuklający nizko tylne sklepienie, stanowiący jednolitą całość z guzem w jamie brzucha. W górze i od sklepienia pochwowego czuć chełbotanie. Stan bezgorączkowy. Wobec braku dat, dotyczących wywiadów, rozpoznano prawdopodobnie krwistek zamaciczny. Chora oświadcza, że jest biedną i zapytuje, kiedy będzie mogła wrócić do domu. — Po przedstawieniu jej, że leczenie może trwać kilka miesięcy, chora prosi aby ją operować, byle była prędzej zdrową.

17. IV. Zrobiono próbne nakłócie, które wykazało krew ciemną, płynną. Wykonano zaraz *Coeliotomia vaginalis posterior*, wydalono około $^1/_2$ litra krwi płynnej, starej i starych skrzepów. Tamponada gazą jodoformową.

18. IV. Gaza z pochwy wysunęła się dobrowolnie. Przesącz krwawy.

21. IV. Wysuwa sie gaza z guza, — przesącz różowy.

25. IV. Wydobyto całkowicie gazę; guz płaski za macicą sięga na 3 palce nad spojeniem kości łonowych.

1. V. W tylnem sklepieniu otwór, przepuszczający koniec palca. Za macicą płaski plastrowaty guz, sięgający szczytem do wysokości spojenia kości łonowych. W następnych dniach plamy różowe ustają. Od 13. V. — 17. V. miesiączka prawidłowa.

29. V. Chora idzie do domu. W tyle po za macicą guz płaski wielkości jaja kurzego, niebolesny. W tylnem sklepieniu otwór zaciągnięty.

Przebieg bezgorączkowy. Pobyt w klinice, od operacyi licząc, 42 dni.

V. M. D, służąca, raz rodziła. W ostatnich miesiącach żadnej zmiany w miesiączkowaniu nie zauważyła; od trzech tygodni krwawi i żali się na znaczne boleści w dole brzucha i dołem, — stan ten powstać miał nagle.

Wśród badania czuć guz nad spojeniem kości łonowych i po stronie lewej w podbrzuszu, sięgający na 3 palce nad spojenie łonowe Macica przyparta do spojenia kości łonowych i nieco na prawo przesunięta. W tylnem sklepieniu guz wypuklający tylną ścianę pochwy znacznie ku dołowi, stanowi całość z guzem, wybadanym nad spoj. k. k. łonowych, elastyczny, o ścianach cienkich, chełboczący. Rozpoznano krwistek zamaciczny. Na klinikę przyjęta 28. III; do dnia 5, IV. stan jednakowy; chora cierpi. Po przedstawieniu chorej stanu rzeczy, prosi o zabieg operacyjny w celu usunięcia dolegliwości i skrócenia trwania leczenia. Po otwarciu sposobem opisanym sklepienia wylało się kilka łyżek ropy i wydobyto stare skrzepy krwi. — Tamponada.

11. IV. Usunięto gazę.

13. IV. — 16. IV. Miesiączka.

Pozostały obrzęk po stronie lewej, znacznie zmniejszony, maleje widocznie pod leczeniem. pobudzającem wessanie.

22. V. W sklepieniu tylnem rowek poprzeczny, zabliźniony. Macica w tyłopochyleniu, dająca się odprowadzić. W zatoce Douglasa i po stronie lewej czuć płaskie zgrubienie, — guza jednak, jako takiego, wykazać nie można; chora wychodzi do domu. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Od operacyi była chora na klinice 47 dni.

Jak z tego opisu operowanych przypadków wynika, otrzymałem we wszystkich wyniki pomyślne. Przez wypróżnienie częściowe krwisteku, skrócony został niewątpliwie czas trwania leczenia i ograniczony do możliwie najkrótszego czasu. Przypadek krwisteku, w którym guz dosięga wysokości pępka, wymaga wśród leczenia zachowawczego przynajmniej pół roku, jeżeli nie więcej czasu do ustąpienia. Nasze chore wyszły wszystkie ze szpitalu po kilku tygodniach. —

W naszych stosunkach w obec publiczności ubogiej, mało wykształconej, gdy chora po pewnym przeciągu czasu poczuwszy polepszenie szpital opuszcza, chociaż niewyleczona, i naraża się na następstwa bardzo ciężkie, — postępowanie to ma doniosłe znaczenie i przedstawia znaczne dla chorej korzyści.

Osoba taka, po opróżnieniu krwisteku, tak jak w naszych przypadkach, jeżeli nieco wcześniej opuszcza szpital, może to uczynić bez obawy narażenia się na najgorsze powikłania. Osobie takiej nie grozi pęknięcie guza do jamy brzucha, ani do narządów sąsiednich. Nie grożą następowe krwotoki, chociaż schorzała trąbka i reszta jaja płodowego pozostały, albowiem z guza pozostaje tylko torebka, która otorbia silnie części schorzałe. Powstaje co najmniej po krótkim przeciągu czasu taki stan, jaki powstaje po dułgotrwałem leczeniu zachowawczem.

III. *W sprawie „perforatora“, zaleconego przez Dra Kadyja w Nrze 10 „Przeglądu lekarskiego“, otrzymujemy następujące uwagi:*

Pomysł i wzór „perforatora“ kol. Dra Kadyja nie są nowe, albowiem już przed kilkunastu laty profesor położnictwa

w warszawskim uniwersytecie, Dr. Jastrebow, kazał zrobić przyrząd podobny i stale nim się posługiwał. Różnica cała polega w kształcie główicy, która w perforatorze Jastrebowa jest płaska i łudząco przypomina grot dzidy (ztąd jego nazwa „perforator dzidowaty“). Na wierzchołku grotu, prostopadle do jego płaszczyzny, znajduje się z obydwóch stron nasadka w kształcie piramidy. Niejaka różnica zachodzi też i w rączce, która jest płaska, a ku rękojeści się rozszerza.

Perforatorem Jastrebowa posługuję się w mej praktyce od 10 lat i na podstawie własnego doświadczenia śmiało mogę polecić i przyrząd Dra Kadyja, bo niezawodnie musi posiadać te same zalety, co i perforator Jastrebowa, a mianowicie: nader prostą budowę, umożliwiającą łatwą i dokładną desinfekcyę, oraz nadzwyczajną dogodność w zastósowaniu.

Fr. Grodecki.

IV. Oceny i sprawozdania.

C. k. Zakład higieny U. J.

Sprawozdanie ze szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi za rok 1899.

Wśród dążeń do wygodniejszego urządzenia i znośniejszego uposażenia, zakład krakowski, aczkolwiek powoli, rozwija się jednak, stwierdzając potrzebę swego istnienia w Galicyi. Jak lata poprzednie, ubiegły (1899) rok wykazuje również ciągły wzrost liczby osób szczepionych, gdy bowiem w r. 1893 szczepiono tylko jedną osobę, w r. 1894—38, to w r. 1895 już 109, w r. 1896—146, w r. 1897—160, w r. 1898 —278, a w r. 1899 liczba szczepionych wzrosła do 320.— Ogółem zatem, od początku istnienia zakładu do r. 1900 szczepiono 1047 osób. Z liczby tej zmarło na wodowstręt 10 osób, czyli 0·9%. Liczby te nie obejmują osób, które chociaż zgłosiły się do szczepienia, lecz przerwały je przedwcześnie, lub w ogóle szczepione nie były, bądź z powodu, że szczepienie uznano za niepotrzebne, bądź też dlatego, że mu się poddać nie chciały. Z osób szczepionych w r. 1899, 303 pochodziły z Galicyi z W. Ks. Krakowskiem i to przeważnie z powiatów wschodnich (rusini), 15 z nadgranicznych powiatów Królestwa Polskiego (miechowski, olkuski, będziński), 1 z Bukowiny i 1 z Wołynia. —

Tym z nich, które posiadały potrzebne na utrzymanie środki, pozostawiano swobodę mieszkania w mieście; nie mające zaś na to odpowiednich środków, umieszczano w szpitalu Św. Łazarza, dzieci — w szpitalu Św. Ludwika. — Szczepienia wykonywano w Zakładzie Higieny. —

Osób przez psy pokąsanych szczepiono 315, przez konie 3, przez kota 1 i wreszcie 1, pokąsaną przez kobietę, dotkniętą wodowstrętem. —

Wykaz liczbowy tych 320 osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania:	A.	B.	C.	D.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	2	16	5	1	24
w kończyny górne	35	116	60	1	212
w tułów i kończyny dolne . .	20	33	31	—	84
w ciało nagie	35	115	53	1	204
przez ubranie	22	50	43	1	116
liczby ogólne	57	165	96	2	320

Uwaga. Rubryka A. oznacza pokąsania przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły na królikach próbne szczepienia cząstki ich mózgu — pod oponę twardą,—lub też śmierć z wodowstrętu osób, przez nie pokąsanych. — B. — przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska. C. — przez zwierzęta, podejrzane o wściekliznę. D. — przez zwierzęta podejrzane, ale, jak się to już po ukończeniu szczepienia pokazało, niewściekłe. Stwierdzono to przez wynik próby na króliku w jednym przypadku, w drugim zaś przez otrzymanie pewnych wiadomości o dobrym stanie zdrowia zwierzęcia Wiadomości tych było brak przy zgłoszeniu się, gdy tymczasem ciężkość pokąsania, wobec nasuwającego się podejrzenia, nakazywała przedsięwziąć szczepienie. —

Z tych 320 szczepionych osób zmarły na wodowstręt 2, zatem odsetek śmiertelności w roku sprawozdawczym wynosił 0·6%. Dwa te przypadki opisane były już w *Przeglądzie lek.*, r. 1899, Nr. 42, str. 575. —

Metodą Pasteura posiłkowano się w sposób następujący:

Króliki, zakażane pod oponę twardą jadem stałym, padały przeważnie po 8, rzadziej po 7 i 9, wyjątkowo po 10 dniach. Wydobywane wtedy z nich rdzenie w sposób aseptyczny, zawieszano w kawałkach 6—12 ctm. długich, w kolbkach z szeroką szyjką Erlenmayera — 15 ctm. wysokich, ponad kawałkami suchego potasu żrącego, ważącymi 2—5 grm., na nitce, przyczepionej do poprzednio wraz z kolbką wyjałowionego korka watowego, zatykającego jej szyjkę. Następnie przechowywano je w zamkniętej szafce w piwnicy, zimą ogrzewanej tak, że ciepłota jej w przeciągu całego roku wahała się między 7, a 15° C. — W ten sposób suszone rdzenie stósowano w zawiesinie z 1—3 mm. rdzenia na 4—5 ctm³. wyjałowionego fizyologicznego roztworu soli kuchennej, po 2—4 ctm³. tej zawiesiny na dawkę; do tego używano wyjałowionej dwucentymetrowej strzykawki Strauss-Collina; wstrzykiwano pod odkażoną skórą brzucha, prawidłowo dwa razy dziennie w przeciągu dni 10, postępując przytem na kilka zawodów od rdzeni słabszych (bardziej wysuszonych) do silniejszych, zaczynając od 8-dniowego a kończąc na 2-dniowym. W przypadkach ciężkich (pokąsania w twarz i głowę, liczne i znaczne okaleczenia w ciało nagie) przyspieszało się dojście do 2 dniowego rdzenia przez trzykrotne w pierwszych dniach szczepienia, a ponadto przedłużało się je następnie do 12, 13 i 14 dni. Oto są szematy stopniowania: prawidłowo w I. dniu rano szczepiono rdzeń 8 dniowy i popołudniu 6 dniowy, w II. dniu 6—5, w III. 5—4, w IV. 4—3, w V. 3—2, w VI. 6—4, w VII. 4—3, w VIII. 3—2, w IX. 4—3 i w X. 3—2. — W szóstym dniu rozpoczyna się zawód drugi — zawiesiną tęższą od używanej w pierwszym zawodzie, w dziewiątym i dziesiątym dniu zawód trzeci — zawiesiną jeszcze tęższą. W przypadkach ciężkich: dzień I. rano-8, popołudniu-6, wieczorem 5, dzień II. 5—4—3, III. 3—2, IV. 6—4, V. 4—3, VI. 3—2, VII. 4—3, VIII. 3—2, IX. 4—3, X. 3—2 XI. 3—2 i t. d. Rzadko wprawdzie, odstępowano jednak niekiedy od tych szematów, indywidualizując poszczególne przypadki. — Personal, zajęty przy robotach z wścieklizną, jest zapobiegawczo zaszczepiony. —

Próbnych szczepień królików pod oponę twardą cząstką mózgu zwierząt, podejrzanych o wściekliznę, wykonano w tym roku 21. W 19 przypadkach próba ta potwierdziła podejrzenie wścieklizny, w 2. zaś zaprzeczyła. — Nasuwa mi się tu jedna praktyczna wskazówka. Mianowicie głowy zwierząt podejrzanych, przysyłane do próby, ulegają często w drodze, zwłaszcza w porze letniej, rozkładowi i z tego powodu w zamierzonym celu użyte być nie mogą. Dlatego pożądaną byłoby rzeczą, ażeby zamiast głów przysyłano kawałki mózgu w czystym, poprzednio wygotowanym słoiczku z gliceryną. Sposobem tym bardzo dobrze przechowuje się zarazek wścieklizny i pozwala na wykonanie próby nawet po kilku tygodniach. —

Na zakończenie uważam za stósowne nadmienić, że osoby pokąsane dość często zgłaszają się do szczepień bardzo późno, co niewątpliwie może spowodować ujemny ich wynik. Jedną ze znamiennych przyczyn tego opóźniania jest nierozważne wyczekiwanie na wynik próby na króliku, mającej orzec, czy zwierzę rzeczywiście było dotknięte wścieklizną. Próba ta nie może dać wcześniej wyniku, jak po 14 dniach. Jeżeli zaś do tego najkrótszego doświadczalnego okresu dodamy czas, potrzebny na przesyłkę mózgu do próby i za-

wiadomienia o jej wyniku, to łatwo zrozumieć, że zamiast tego zawiadomienia doczekać się można wybuchu choroby, na który, jak wiadomo, środka jeszcze nie posiadamy. —

Dr. S. K. Miszewski.

V. Wyciągi.

A. Celli. **Epidemiologia i zapobieganie zimnicy ze stanowiska najnowszych poglądów etyologicznych.** *(Berliner klinische Wochs.* 1900 Nr. 6 i 7.) Właściwą siedzibą pasorzytów zimnicy są pewne gatunki komarów i moskitów; człowiek jest tylko ogniwem pośredniem dla zwykłego koła rozwoju pasorzytów, jednakże równie niezbędnem, jak moskity, bo przeniesienia się zakażenia z moskitów na moskity, ani przetrwalników pasorzyta poza ustrojem ludzkim lub owadzim nie wykryto. Gdzie niema moskitów *(Anopheles claviger, bifurcatus, superpictus, pseudopictus)*, ani ludzi, tam niema też zimnicy. Ziemia i woda grają w epidemiologii zimnicy rolę tylko pośrednią, to jest o tyle, o ile sprzyjają istnieniu moskitów. Najkorzystniejszą dla moskitów jest woda stojąca, bagnista, obfitująca w wodorosty, o mało zmiennej ciepłocie. Larwy moskitów mogą żyć w takiej wodzie rok cały, jeżeli nie ma mrozów, którym się nie mogą oprzeć. Zgubnem dla larw jest gnicie, zawartość soli w wodzie, nawet żywszy ruch wody. Okres rozwojowy moskitów trwa od wiosny do jesieni; kłuć ludzi zaczynają młode moskity w końcu czerwca, przestają przed zimą. W roznoszeniu zimnicy ma znaczenie powietrze tylko w ten sposób, że w niem znajdują się moskity; stąd zakażenie najłatwiej następuje wieczorem i w nocy, w okolicach, znanych jako zimnicze, w czasie nie wietrznym, w wilgotnych lasach (stosownie do sposobu życia moskitów). Ani woda, ani pożywienie nie są przenośnikami zimnicy. Wrotami zakażenia u ludzi jest tylko skóra (ukłuć gatunku *Anopheles* prawie się nie czuje). Usposobienie do zimnicy dzieli C. na ustrojowe, osobnicze, miejscowe i socyalne. Zaziębienia, wiek młody (zwłaszcza dzieci), należą do pierwszej gromady; ustrojowej wrodzonej odporności nie ma wcale, lub chyba nader wyjątkowo; nabyta odporność zdarza się po przebyciu zimnicy; sztucznej odporności nie można wytworzyć surowicą, natomiast łatwo lekami: chininą i błękitem metylowym. W usposobieniu miejscowem ma znaczenie woda gruntowa (przez to niekiedy kopanie rowów), obecność wodorostów i roślin bagiennych, hodowla ryżu (nawadnianie!), zalesianie okolic zimniczych (nie ma właściwie roślin, szkodliwych rozwojowi zimnicy, a właściwie moskitów: nawet *Eucalyptus* nie ma tu znaczenia), stawy rybne, torfowiska, czasem budowa kolei (nasypy, przeszkadzające odpływowi wód gruntowych). Pora roku wpływa na zimnicę o tyle, o ile wpływa na rozwój moskitów (stąd pierwsze zakażenia w czerwcu i lipcu); wpływy meteorologiczne nie są dokładniej zbadane. Socyalne (zawodowe) usposobienie stanowi we Włoszech zawód rolniczy z powodu: złego pożywienia (głównie kukurudza, często zepsuta), złych mieszkań, (chałupy słomiane), odzieży (dzieci chodzą prawie nago), ciężkiej pracy.

Zapobieganie zimnicy wymaga przedewszystkiem pewnego i prędkiego rozpoznania. Najlepsze jest w tym celu badanie krwi świeżej, gorsze badanie preparatów ustalonych, które należy barwić sposobem Romanowskiego. Chorych zimniczych należy odosabniać, najlepiej w stósownych zakładach. Odosabnianie chorych dopiero wtenczas przestanie być konieczne, gdy znajdzie się środek, chroniący od ukłuć moskitów, które z chorych roznosić mogą zakażenie na zdrowych. Do środków dezinfekcyjnych zalicza C. także podawanie chininy chorym dla odkażenia ich krwi, dalej niszczenie moskitów (zapomocą dymu, otrzymanego przez spalenie mięszaniny kwiatów złocienia, korzenia kozłka i środka, zwanego larwicidem) oraz ich larw (zapomocą tychże kwiatów, larwicidu i nafty, wylewanej na powierzchnię wód, zawierających larwy). Ze środków zapobiegawczych wymienia C: spanie w domach (nie na otwartem polu), zabezpieczenie wieczorami twarzy (zasłona) i rąk (rękawiczki) od ukłuć moskitów, smarowanie ciała maścią lub mydłem terpentynowem, odpowiednie ubranie; dalej zażywanie błękitu metylowego; następnie asanizacyę ziemi (dreny i t. p. zniesienie pól ryżowych i lasów w okolicach zimniczych, osuszenie torfowisk, stosowne budowanie kolei żelaznych) wreszcie ogólne środki higieniczne.

Ciechanowski.

E. Wermann. **O wolu kiłowym.** *(Berl. klinisch. Wochenschrift* Nr. 6, 1900). Mężczyzna 24-letni uległ przed 6 laty zakażeniu kiłowemu. Leczenie przeciwkiłowe przeprowadzono dokładnie. W czasie, gdy chory z powodu występujących objawów trzeciorzędnych zażywał przetwory jodowe, wystąpiło znaczne, jednostajne, szybko wzrastające powiększenie gruczołu tarczykowego. Guz był miękim, niebolesnym; odosobnionych guzów twardych nie znaleziono. Objawów ucisku lub choroby Basedowa niema. W ciągu 11 dni obwód szyi wzrósł o 5 ctm. Zastósowane leczenie rtęcią (wcierania)odniosło pożądany skutek, gdyż już po 6 wcieraniach guz począł szybko się zmniejszać. Nastąpił jeszcze jeden nawrót, w którym leczenie rtęcią podobnie pomyślny odniosło skutek. Zupełnego ustąpienia sprawy nie zdołano uzyskać. O ścisłym związku wola z kiłą wnioskuje W. przedewszystkiem *ex juvantibus.* Autor wyklucza w tym przypadku obecność zmian trzeciorzędnych w gruczole tarczykowym, rozpoznając natomiast wól przyrody kiłowej, uważa hiperplazyę tkanki gruczołowej za objaw kiły wczesnej. Praca zawiera przegląd piśmiennictwa, tyczącego się spraw chorobowych gruczołu tarczykowego, pozostających z kiłą w związku.

Urbanik.

Wagner. **Zabójstwo, dokonane przez pijaka, zwyrodniałego etycznie. Rzekomo chorobowe upojenie alkoholem i oszołomienie senne. Skazanie.** (Orzeczenie Wydz. lek. wied.). (*Wiener klin. Wochs. 1900. Nr. 6).* 40 l. mężczyzna, syn pijaka, brat pijaka i obłąkanej, okazujący od dzieciństwa złe skłonności, pijak od 13 r. ż., bez wychowania i wykształcenia, porywczy, kilkakrotnie karany za ciężkie uszkodzenia cielesne, zabił nożem swego towarzysza, przeszkadzającego mu zasnąć po jakiejś pijackiej orgii. Wezwani znawcy orzekli, że zabójca jest ciężko dziedzicznie obarczonym, fizycznie i umysłowo wskutek nałogowego pijaństwa osłabionym osobnikiem o chorobliwej porywczości i drażliwości i że w chwili czynu znajdował się w stanie niepoczytnym. Wydział lekarski wiedeński w orzeczeniu swojem zaznacza wprawdzie, że zabójca okazuje braki etyczne, może do pewnego stopnia wywołane przez wpływy dziedziczne i opilstwo, że w chwili czynu znajdował się pod działaniem alkoholu, jednakże nie uznaje go za niepoczytalnego. Wywiady i badanie przedmiotowe nie wykazują ani śladu choroby umysłowej; porywczość oskarżonego nie pochodzi z przyczyn patologicznych, lecz z zaniedbanego wychowania i najgorszego otoczenia, w jakiem żył całe lata; w chwili czynu nie był oskarżony nałogowym pijakiem, gdyż niedawno przedtem wyszedł z więzienia, gdzie pić nie mógł; nie był też aż do nieprzytomności pijany, gdyż znosi łatwo bardzo duże ilości alkoholu; nie był w chwili czynu dotknięty przelotnym obłędem, gdyż o czynie zachował dokładną pamięć i podaje dla swego czynu (uwzględniwszy wielką porywczość) wystarczające motywa; nie znajdował się też w stanie sennego oszołomienia, bo jak stwierdzono, przed czynem nie spał. Sąd uznał oskarżonego winnym zabójstwa i skazał na 8-letnie ciężkie więzienie.

C.

Prof. Sonnenburg. **O leczeniu ograniczonych ropni jamy otrzewnej.** *(Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5, 1900). Ogłoszone w ostatnich czasach zapatrywania Riedla na powyższą sprawę dały S. pochop do niniejszych wywodów. Uwzględniono w szczególności ograniczone ropnie otrzewny, pozostające w ścisłym związku ze stanami chorobowymi wyrostka robaczkowego. Riedel poleca w każdym tego rodzaju przypadku natychmiast przystępować do operacyi; do ropnia

dostaje się przez wolną jamę otrzewnej, ranę w powłokach zamyka, pozostawiając jedynie otwór dla przeprowadzenia sączka. Przeciw tym zapatrywaniom występuje S. Wymaganie natychmiastowej operacyi w każdym przypadku nie jest słuszne już choćby tylko ze względu na często nasuwające się trudności przy odróżnianiu postaci ropnej od nieropnej zapalenia wyrostka robaczkowego. Autor przestrzega przed postępowaniem według Riedla, a szczególnie przed zaszywawaniem rany w powłokach. Wielkiej doniosłości jest sprawa zachowania się otrzewnej, sąsiadującej z ropniem. Postępowanie według Riedla stwarza warunki do łatwego wytwarzania się stanów zapalnych otrzewnej, która wskutek zadrażnienia chemicznego, wywołanego przez działanie wytworów drobnoustrojowych, staje się dla zakażenia podatniejszą. Dostanie się nagłe znaczniejszej ilości drobnoustrojów wraz z ich wytworami do jamy otrzewnej może drogą wessania ostatnich stanowić przyczynę rychłego zejścia śmiertelnego wskutek zatrucia toksynami. Rozpoznanie kliniczne chemicznego zapalenia otrzewnej napotyka na znaczne trudności. Na podstawie swego doświadczenia autor orzeka, że żaden z używanych sposobów badania nie daje możności rozpoznania rodzaju i rozprzestrzenienia rozwijającej się sprawy zapalnej otrzewnej w otoczeniu ograniczonego ropnia. Otwarcie wolnej jamy otrzewnej mogłoby więc stać się dopuszczalnem dopiero z chwilą, gdy możemy sobie zdać sprawę z stanu otrzewnej, sąsiadującej z ropniem. Zaszywanie rany powłok jest niebezpieczne, należy raczej szeroko rozwartą ranę tamponować. Przypadki, w których jedynie przez wolną jamę otrzewnej do ropnia dotrzeć można, są stosunkowo rzadkie. Droga przez otrzewnę winna być wyjątkiem, a nie prawidłem. *Urbanik.*

Dr. Kelly: **Nowy sposób operowania przetok pęcherzowo-pochwowych.** *(Frauenarzt*, Nr. 1, 1900). Autor w przypadku przetoki pęcherzowo-pochwowej, gdzie warunki operacyjne od pochwy były bardzo złe z powodu znacznego zbliznowacenia brzegów przetoki, postąpił w ten sposób, że otworzył jamę brzuszną; schwycony pęcherz otworzył w dnie, od tego otworu poprowadził cięcie pęcherza ku dołowi ku przetoce, poczem z łatwością udało mu się oddzielić brzegi pęcherza od przetoki. Oddzielone brzegi zeszył katgutem, a jamę brzuszną zdrenował drogą pochwy. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, przetoka zagoiła się doraźnie.
St. D.

Dr. A. G. Wollenmann. **O leczeniu raka skóry.** *(Frauenarzt*, Nr. 1, 1900). Autor poleca w celu niszczenia raków skórnych kwas arsenowy, jako najlepszy środek żrący i swoiście działający na raka skóry. Kwas arsenowy można stósować w postaci ciast (past) według Cosmego, Esmarcha i Bougarda, lub też w płynie według Czernego i Truneceka w formule:

Acid. arsen. 1·00
Spir. vini rect.
Aqu. destil. aa 75·00

Płynem tym należy pędzlować oczyszczony wrzód rakowy codziennie, aż wytworzy się brunatno-czarny strup, który oddziela się przez ropienie. Płyn powyższy można wzmacniać aż do stosunku arsenu do ogółu płynu 1 na 80. Jeżeliby nie odpadła cała tkanka rakowa, to należy leczenie powtórzyć. Trwanie tego leczenia wynosi 4 tygodnie do trzech miesięcy.

W miejscach, gdzie skóra graniczy z błonami śluzowemi, nie można używać wspomnianego płynu, można obumarcie tkanek jednakże sprowadzić podskórnem wstrzykiwaniem według wzoru:

Acidi arsen. 1·00
Cocaini hydr. 5·00
Aqu. dest. 500·00.

Wstrzykiwania te po kilka ctm. sz. każdorazowo należy powtarzać co trzeci dzień. *St. D.*

Dr. Perondi. **O ułożeniu według Melli-Walchera** *(Frauenarzt*, Nr. 1, 1900). Autor zwraca uwagę, że powyższy sposób ułożeniarodzącej był dawno znany, a dopiero zastósowanie jego uzasadnili naukowo Walcher i Melli. Z doświadczeń Küstera i Forthergolla wynika, że w ułożeniu tem w rzeczywistości wymiar prosty wchodu wzrasta o tyle, o ile zmniejsza się wymiar prosty wychodu. Wymiar ten może zwiększyć się o 25 ctm. Ułożenie takie rodzącej oddaje dobre usługi przy słabych bólach porodowych, nieprawidłowości części miękich, nadmiernej wielkości płodu tak, że przez nie można częstokroć uniknąć zakładania kleszczy. Zakładanie kleszczy w tem ułożeniu również jest lepsze, gdyż mniej przy niem bywa obrażeń części miękich.

Wielkie znaczenie ma to ułożenie przy prowadzeniu porodów przedwcześnie wzniecónych i po rozcięciu spojenia łonowego (symphyseotomia). *St. D.*

Dr. T. Heryng. (Warszawa). **O wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani.** *(Czasopismo Lekarskie Nr. 1, 1900).* Po przedstawieniu techniki płókania jamy ustnej i gardzieli, opisuje H. sposób płókania krtani „Glouglourisme“ według opisu Guiniera. Chory, przyuczywszy się przy podniesionym języczku spłaszczać język i zatrzymywać jednocześnie oddech, bierze do ust małą łyżeczkę letniego płynu, który przy lekko pochylonej głowie spływa własnym ciężarem zwolna do głębszych części przewodu oddechowego. Jeżeli chory następnie przy lekko zamkniętych wargach silnie odchrząknie, głowę szybko ku przodowi przechyli i gardziel naprężу, to część płynu przedostanie się przez nos. W ten sposób wykonuje się płókanie krtaniowo-nosowe, t. w. gargarisme laryngo-nasale, przy którem także takie części jamy nosowo-gardzielowej stykają się z lekiem, które przy zwyczajnem płókaniu nosa nie są wcale zwilżane.

Działanie płókania gardła jest przedewszystkiem mechaniczne i polega na tem, że ucisk, wywarty na błonę śluzową przez kurczące się przy wielokrotnem usiłowaniu łykania mięśnie gardzielowe, wyciska śluz, nagromadzony w gruczołach wraz z przylegającą zaschłą wydzieliną. W ostrych sprawach zapalnych podniebienia miękiego, migdałków, tylnej ściany gardzieli wskazane są z początku płókania zimne, później chorzy lepiej znoszą płókanie ciepłe albo letnie. Do pierwszego lepiej używać wody ostudzonej lodem. Używania zaś kawałków lodu należy unikać, ponieważ mogą one zawierać drobnoustroje i szkodliwie działać na ustrój. Płókanie gardła powinno trwać 3—5 minut i wymaga 100—150 gramów płynu. Działa ono dalej hartująco na błonę śluzową, podobnie jak hidroterapia na skórę i zapobiegawczo w pewnych epidemiach domowych, n. p. płonicy, błonicy lub ostrego zapalenia migdałów.

Płókanie jest przeciwwskazane w znieczuleniu kokainowem w pobłoniczem porażeniu podniebienia miękiego, w porażeniu jezykowo-wargowo-gardzielowem, dalej w porażeniu n. wstecznego, w przedziurawieniu podniebienia twardego, w razie zrostów podniebienia miękiego z tylną ścianą gardła, w zapaleniu ochrzęstnej chrząstki pierścieniowej, słowem w zaburzeniach ruchowych podniebienia miękiego oraz w niedomykalności głośni. Płókanie może być wielce utrudnione przez cierpienia kręgów szyjnych, wyrośle kostne na tylnej ścianie, nowotwory bocznej ściany gardła i wrzody gardzielowe. W takich przypadkach, jak również u osób zdrowych, nie znoszących płókania i doznających dławienia podczas płókania, należy go zastąpić rozpylaniem odpowiednich leków.

Leki, do płókania używane dzieli H. na: 1) odkażające, 2) przeciwkurczowe i narkotyczne, 3) ściągające, 4) rozrzedzające. Z przytoczonej tablicy Müllera wynika, że ze środków odkażających zasługują na pierwszeństwo, ze względu na czas i siłę działania, sublimat (1:2500), kwas salicylowy i kwas benzoesowy (po 1:200) i tymol (1:500); kwas zaś borowy w 2% rozczynie wymaga do wyjałowienia przeszło 15 minut, woda wapienna jest bezskuteczna, a chloran potasowy działa odkażająco bardzo słabo. *Spira.*

Dr. de Francisco. **O zastosowaniu drutu złotego w doszczętnych operacyach przepuklin.** *(Centralblatt für Chirurgie Nr. 7. 1900).* Nierzadko spostrzegane zaburzenia w przebiegu gojenia się ran po doszczętnych operacyach przepuklin, mające swe źródło w zapuszczonych szwach jedwabnych, skłoniły F. do zastąpienia jedwabiu drutem złotym. Pomysł autora nie jest nowym. Zaznacza to również Richter, nadmieniając w przypisku redakcyjnym, że Banks już w r. 1884 polecał w podobnych przypadkach zapuszczanie szwów z drutu srebrnego. W obec tego, że używane dotychczas druty z innego metalu (srebrne, glinowo-brązowe i inne) w równej mierze posiadają te własności, które zdaniem F. czynią drut złoty do rzeczonych celów przydatnym, nie dość jasnym jest powód wyboru tego — od innych znacznie droższego materyału. *Urbanik.*

Doc. Dr. Ivan Honl (Praga). **Leczenie wrzodów podudzia prątkami.** *(Wiener klinische Rundschau Nr. 5, 1900).* Dotychczasowe sposoby leczenia wrzodów podudzia okazują większe lub miejsze braki — nawet stósowanie środków żrących okazało się niedostatecznem. I tak n. p. pod strupami, powstałemi na wrzodach po zadziałaniu kwasu karbolowego, rozwijają się spokojnie prątki chorobotwórcze. W obec tego używał autor wyciągu *bacillus pyocyaneus*, i doszedł do zdumiewającego wprost wyniku: wszystkie wybrane cięższe przypadki (100) wrzodów podudzia, leczone tą metodą, pomyślnie się zakończyły — bez stósowania jakichkolwiek innych leków. Nadto zrobił H. to spostrzeżenie, że pierwoszcza otrzymana z *bacillus pyocyaneus* działa wprost zabójczo na wszelkie inne drobnoustroje chorobotwórcze, co także stwierdzili niemieccy autorowie (Emmerich, Löw). —

Dr. Henryk Pisek.

Dr. Ołtuszewski. **Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych zboczeń mowy.** *(Gazeta lek.* 1899). W pracy tej opisuje autor najprzód ogólny obraz chorobowy niedorozwoju psychicznego, a więc jego klasyfikacyę, (idyotyzm, zacofanie i t. d.), znamiona zwyrodnienia (anatomiczne, fizyologiczne, ewentualnie psychiczne i społeczne), objawy fizyologiczne ze strony systemu nerwowego (porażenia, niedowłady, atetoza, pląsawica i t. d.), oraz psychiczne. Następnie rozpatruje przyczyny niedorozwoju (zwyrodnienie dziedziczne samo przez się lub łącznie z przyczynami przypadkowemi, mogącemi działać na płód, w czasie porodu lub po porodzie) i towarzyszące mu zmiany anatomo-patologiczne. Szczegółowo omawia patogenezę nieprawidłowego rozwoju mowy, zależnego jedynie od upośledzonej inteligencyi i właściwych zboczeń mowy, uwarunkowanych zmianami anatomicznemi w ośrodkach słownych (niemota ruchowa, głuchota wyrazowa, bełkotanie, mowa nosowa i jąkanie). Zastanawia się dalej nad rozpoznawaniem niedorozwoju i towarzyszących mu zboczeń mowy, liczebnym stosunkiem, jaki zajmuje w etyologii zboczeń mowy, wykazującym pierwszorzędną rolę jego w tym względzie, rokowaniem, oraz leczeniem niedorozwoju łącznie z towarzyszącemi mu zboczeniami mowy. W zakończeniu załącza opis przypadków niedorozwoju z różnych kategoryj zboczeń mowy i otrzymane dodatnie wyniki lecznicze.

Opierając się na niniejszej pracy, autor uzasadnia, że zboczenia mowy pozostają w ścisłym związku z niedorozwojem tak pod względem przyczyny, jako też metody leczniczej, że logopatolog winien być obeznany z jego patogenezą, a zakład dla zboczeń mowy jest tem samem najwłaściwszą instytucyą dla dzieci z niedorozwojem psychicznym, tem bardziej, że najcięższe postacie zboczeń mowy zostają zazwyczaj tu kierowane. *W.*

Dr. Ołtuszewski. **Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.** (*Medycyna,* 1899). Praca ta, oprócz rozumowanego sprawozdania z materyału klinicznego za rok 1898/99, podobnie jak uprzednie przyczynki, w których autor starał się zaznajomić czytelników z teoretycznemi wyjaśnieniami, dotyczącemi różnych działów zboczeń mowy, lub też poruszał pewne ogólne pytania, wiążące się z tą nauką, zawiera opis stosunku niedorozwoju psychicznego do zboczeń mowy. Co się tyczy klinicznego materyału, to autor spostrzegał za rok ostatni w zakładzie swoim 196 przypadków zboczeń mowy (53 niemoty, 41 bełkotania łącznie z wadliwem wymawianiem, 4 mowy nosowej i 98 jąkania). Znajdujemy tu szczegółowy opis ciekawszych przypadków, oraz otrzymane wyniki lecznicze. *W.*

Prof. A. Gluziński. **O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchownych żołądka i stosunku ich do wrzodu żołądka.** *(Pamiętnik wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego 1900).* Wielka różnica odsetkowa śmiertelności z wrzodu żołądka, zachodząca między obliczeniami chirurgów, (Mikulicz 25—30%, Debove 50%) i internistów (Leube 2·2%), skłoniła autora do zbadania jej przyczyny. Opierając się na materyale sekcyjnym krakowskim (11,298 sekcyj) i na własnem doświadczeniu klinicznem uznaje autor nadżerkę lub owrzodzenie powierzchowne za I. okres wrzodu żołądka. Pod względem objawów klinicznych nadżerki takie niczem się nie różnią od wrzodu żołądka, mogą być przyczyną śmierci chorego, a tylko w warunkach korzystnych mogą uledz wygojeniu. Ztąd też pochodzi tak ogromna różnica w odsetkach śmiertelności między chirurgami a internistami. Los nadżerki zawisł zupełnie od trwałości i rozległości przyczyny, która ją wywołała, i od warunków chemicznych, wśród których ta nadżerka powstała. Najrzadziej spotykamy nadżerkę przy upośledzonem wydzielaniu HCl, najczęściej w sokotoku żołądkowym, lub nieżycie kwaśnym. To samo tyczy się i wrzodu żołądka, może on się rozwinąć z nadżerki, gdy wydzielanie HCl jest wzmożone. Od stanu tkanin zależy także stopień owrzodzenia, gdyż u ludzi starych częściej spotykamy głębsze owrzodzenia, niż u młodych, zresztą zdrowych ginących wskutek chorób zakaźnych. Autor dzieli rozwój wrzodu na 2 okresy: wczesny (nadżerka) i późniejszy (właściwy wrzód żołądka) i sądzi, iż Leube musiał na podstawie klinicznych objawów, które niczem nie różnią się od objawów wrzodu okrągłego żołądka, często zaliczać do statystyki wrzodu całe szeregi nadżerek, podczas gdy Mikulicz, na podstawie materyału sekcyjnego, uwzględniał wrzody w późniejszym okresie. *Dr. Latkowski.*

Dr. Menge i Dr. Krönig. **Wybór pożywki do wykazania małych ilości paciorkowca.** (*Centbl. für Gyn.* N. 5, 1900). Autorowie występują stanowczo przeciwko zapatrywaniu, jakoby paciorkowce, pasorzytujące w pochwie przed porodem, mogły się stać powodem gorączki połogowej. Znachodzili oni w pochwie paciorkowce żyjące tylko w anaërobiozie, a tylko wyjątkowo i aëroby, które pod pewnymi względami różniły się od zwykłego paciorkowca ropotwórczego. Doświadczeniom autorów, dlaczego tak rzadko znajdowali paciorkowce aëroba, zarzucano, że nie używali pożywek płynnych. Dlatego to przedsięwzięli oni szereg doświadczeń, w których, w minimalnych ilościach, starali się hodować paciorkowce tak na pożywkach stałych jak i płynnych i przyszli do przekonania, że w hodowaniu tem nie ma zasadniczych różnic między pożywkami stałemi a płynnemi. W końcu wypowiadają zdanie, że jakkolwiek wszystkie drobnoustroje, żyjące w pochwie, mają dążność do rozwijania się we względnej anaërobiozie, to mimo to powinny paciorkowce z pochwy, jeżeliby nie były odrębnym rodzajem, rosnąć na wszystkich pożywkach w aërobiozie, jak to czynią paciorkowce, brane z jamy macicy przy gorączce połogowej, mimo to, że i one w rozwoju swym w macicy muszą się przystósować do względnej anaërobiozy.

St. D.

Prof. A. Dührssen. **Przyczynek do techniki waporyzacyi.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 5, 1900). Autor tłómaczy, dlaczego poleca sporządzać przy przyborach do waporyzacyi grube przewody. Tem właśnie chce on zmusić każdego i w każdym przypadku do dokładnego zbadania jamy macicy palcem a to tym sposobem, że przed każdem zastosowaniem waporyzacyi musi być rozszerzoną szyjka. Tem jedynie można uniknąć szablonowego użycia waporyzacyi przy każdem krwa-

wieniu, bez względu na przyczyny jego powstania. Rozszerzenie szyjki daje możność zbadania wnętrza macicy palcem, usunięcia resztek po poronieniu lub polipków, i to bądź palcem, bądź też łyżeczką, a dopiero, gdy rozpoznanie jest jasne, można użyć waporyzacyi nie dyskredytując tego sposobu leczenia. Dührssen uważa leczenie waporyzacyą za bardzo dobre i stawia je wyżej od wyskrobania, które, zwłaszcza w krwawieniach przejściowych, nie prowadzi częstokroć do celu. *St. D.*

Dr. Czempin. **Przyczynek do sprawy uśpienia.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 5, 1900). Odnośnie do artykułu Koblaucha zwraca autor uwagę, że o ruchach atetotycznych, zdarzających się u uśpionych i to w głębokiem uśpieniu, jako nie będących objawem nieświadomych ruchów obronnych uśpionego, wspominał w swojej pierwotnej pracy. Ruchy te są objawem głębokiego uśpienia i nie wymagają dodawania środka usypiającego, ani też nie wskazują na przerwanie uśpienia. Używania zabiegu Bergmanowskiego przy rozpoczynającej się zamartwicy (*asphyxia*) autor w przeciwieństwie do Koblaucha nie poleca, gdyż wystarcza otwarcie ust do doprowadzenia powietrza do tchawicy, a najwyżej podciągnienie języka pętlą, a nawet samo uniesienie szczęki. W końcu zwraca autor uwagę na zaburzenia w oddechaniu, jakie często zauważył u kobiet przy rozpoczęciu usypiania. Polegają one na początkowo świadomem, potem już nieświadomem zatrzymywaniu oddechów przez ściąganie głośni, co może dać powód do porażenia następowego serca.

U osób słabych i starszych poleca Dührssen używać zamiast chloroformu mięszanki chloroformowej według Billrotha (wyskoku 1: eteru 1: chloroformu 3). *St. D.*

S. Belitz-Hermann. **Przyczynek do sprawy oderwania zupełnego pochwy podczas porodu.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 5, 1900). Autor występuje przeciw zdaniu Merkuloffa, jakoby w każdym przypadku zupełnego przedarcia pochwy należało się uciekać do laparotomii, a jako dowód przytacza spostrzegany przez siebie przypadek zupełnego przedarcia sklepienia podczas porodu, gdzie prawie cały płód z popłodem był w jamie brzusznej. W przypadku tym drogą pęknięcia wydostał autor płód i popłód, a w leczeniu pęknięcia ograniczył się tylko do tamponady. Chora, dotknięta tem cierpieniem, wyzdrowiała. *St. D.*

Dr. N. Barelesen. **Nowe postępowanie nieoperacyjne przy operacyi głębokich przetok pęcherzowo-maciczno-pochwowych.** (*Ctlb. f. G.* Nr. 6). Autor podaje trzy przypadki takich przetok, gdzie operował w następujący sposób. We wzierniku chwyta tylną wargę, w okolicy przetoki i to w dolnym jej odcinku robi nacięcie boczne, drogą ich oddziela macicę od pęcherza, aż do wysokości fałdu otrzewnowego. Uwolnioną szyję, zaszywa szwami katgutowymi, niezachwytującymi błony śluzowej. Następnie oddziela pęcherz od pochwy i zeszywa go dwoma piętrami szwów, piętro wewnętrzne, to szew kapciuszkowy, podśluzowy; zewnętrzne na bł. mięsną pęcherza, węzełkowy lub ciągły. W dalszym ciągu przecina autor otrzewnę i przedni jej płat przyszywa do pochwy poniżej przetoki. W końcu zamyka szwami otwór w pochwie. *St. D.*

Dr. Ferdynand Schenk. **Świeże znaczne zropienie szyi i sklepień u ciężarnej. Poród drogą naturalną.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 6). Autor, po omówieniu etyologii zwężeń, podaje przypadek świeżego zwężenia, powstałego z powodu wlania płynu żrącego do pochwy u ciężarnej, w celu wywołania poronienia. Płyn żrący zniszczył całą część pochwową i sklepienie tak, że w trzy dni po przybyciu do kliniki odszedł strup, stanowiący niejako odlew części pochwowej i sklepień. Po upływie dalszych kilku dni stwierdzono przy badaniu wewnętrznem, brak zupełny części pochwowej, pozornie prawidłową niezwężoną szyję, dokładniej wszędzie podatne blizny. U tej chorej, w dwa miesiące później, a w ogóle z końcem 7 m. ks. ciąży, wystąpiły bóle porodowe. Po nacięciu szyi w narkozie udało się ściągnąć nóżkę, powoli w dalszym ciągu urodzić płód po główkę, wreszcie urodzono główkę po wymóżdżeniu. Z okazyi tego przypadku autor omawia sposoby leczenia zwężeń pochwy, nie podaje przytem jednakże żadnych oryginalnych uwag. *St. D.*

Doc. Dr. Hubert Peters. **Owaryotomie wykonane drogą odbytu.** (*Wien. klin. Woch.* N. 5). Autor opisuje przypadek torbiela jajnikowego u chorej, dotkniętej opadnięciem kiszki stolcowej. Dla usunięcia obu schorzeń operowano w ten sposób, że po zresekowaniu kiszki i tymczasowem zaopatrzeniu jej odcinka górnego, wydobyto drogą jamy Douglasa torbiel, poczem wszyto odcinek górny kiszki do rzyci.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. *St. D.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z d. 9 marca 1900.

Obecnych członków 27. Przewodniczący kol. Sielski.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Rydygier przedstawia preparat anatomiczny, uzyskany drogą operacyjną u 55-letniej kobiety, operowanej w skutek podejrzenia o nowotwór złośliwy, wychodzący z kątnicy, a przedstawiający się w postaci dużego zbitego guza. Po operacyi dopiero przekonano się, że guz złożony jest ze zrostów i z tkanki zbitej, nowowytworzonej wskutek przewlekłego zapalenia okołokątniczego. Wyrostek sam otoczony zrostami wpukla się w kształcie stożka przez ścianę do jelita biodrowego; na szczycie tego stożka znajduje się owrzodzenie, komunikujące ze światłem wyrostka.

II. Kol. Herman przedstawia mężczyznę 24-letniego z rozstrzenią oskrzelową w lewym dolnym płacie. Cierpienie datuje się od dwóch lat; z powodu cuchnącej plwociny chory poddał się operacyi. Po wykonaniu resekcyi IX. żebra obok kręgosłupa nacięto płuco; po operacyi nastąpiła wybitna poprawa, chory prawie nie kaszle, a plwocina, wydzielająca się jeszcze obficie przez przetokę, nie cuchnie. W przetokę chory ma włożony dren ołowiany — a odpowiednie próby przekonały, że na razie nie należy usiłować zamknięcia przetoki.

III. Kol. Ruff przedstawia chorą, która przed rokiem była operowana z powodu otoku piersiowego w jednym ze szpitali, a potem leczona w domu; zgłosiła się do kliniki chirurgicznej z przetoką, wydzielającą znaczną ilość ropy. Chora wykrztuszała wiele ropy, z krwią zmięszanej. Ruff wykonał rozcięcie przetoki i resekcyę trzech żeber, z których jedno było nowowytworzone i to w ten sposób, że na około drenu wytworzyły się listewki kostne i żebro wyglądało, jakby przedziurawione. Gdy Ruff wszedł palcem do jamy opłucnowej, znalazł na jej dnie wolno leżący dren gumowy z przywiązaną u jednego końca nitką jedwabną, częściowo oskorupiały (inkrustowany) solami wapniowemi. Po wycięciu zgrubiałej opłucnej ściennej zaopatrzono ranę. Chora obecnie jest na wyleczeniu. Krwioplucie ustało zupełnie. Ruff zwraca uwagę, że widocznie przymocowanie drenu było niewystarczające i że powinno się zawsze używać agrafki do przytrzymania drenu. Przypadek ten dowodzi też, że u osób młodych nie należy się obawać osłabienia lub zniekształtnienia klatki piersiowej po resekcyi żeber, gdyż żebra bardzo szybko, może za szybko, się odradzają.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Ruff chorą z promienicą twarzy i szyi (*aktynomycosis faciei et colli*) leczoną wstrzykiwaniami jodku potasu. Wstrzykuje się 2—3 gramy 10% rozczynu co 6 do 8 dni wgłąb nacieku. Przebieg leczenia bardzo pomyślny.

V. Ko . Zalewski przedstawia chorego, liczącego lat 25, który przedtem był zawsze zdrów, a zachorował mniej więcej przed rokiem; do chrypki i bólu gardła dołączyła się duszność. Po dwóch miesiącach ból i duszność ustąpiły, chrypka pozostała dotychczas. Po kilku miesiącach względnego zdrowia chory zauważył pewne utrudnienie w oddychaniu, które stawało się coraz znaczniejszem.

Badanie krtani wykazuje pod strunami głosowemi błonę, zajmującą przednią część krtani, a mającą kształt trójkąta i rozciągającą się do $^3/_4$ długości więzadeł. Tylny brzeg tej błony jest półksiężycowato wygięty. Powodem cierpienia musi być jakaś przebyta sprawa zapalna,— jaka? trudno powiedzieć, gdyż chory nie przebywał chorób zakaźnych ostrych, do kiły zaś nie przyznaje się.

Co do leczenia, to najodpowiedniejszem jest usunięcie błony przez wycięcie; kol. Zalewski użyje podwójnej skrobaczki Störka.

VI. Kol. Uhma mówił: »O stosowaniu czerwieni obojętnej (*neutralroth*) w przebiegu rzeżączki«. Na podstawie doświadczeń tych doszedł kol. Uhma do wyników ujemnych. (Praca ogłoszoną będzie drukiem).

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

VII.

† Profesor Jan Hofmokl.

Dnia 25 b. m. zakończył życie w Wiedniu głośny chirurg i płodny pisarz, prof. Jan Hofmokl. Zmarły przyszedł na świat r. 1840 w Brzeżanach, szkoły średnie odbył w rodzinnem mieście i we Lwowie, a dyplom lekarski otrzymał w Wiedniu r. 1865. Dwa następne lata był sekundaryuszem w oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego w Wiedniu i jednocześnie ćwiczył się w chirurgii operacyjnej pod kierunkiem prof. Dumreichera. W r. 1867 został asystentem przy katedrze chirurgii w ówczesnej Szkole lwowskiej, po roku znowu przeniósł się do Wiednia i do r. 1872 pełnił obowiązki asystenta prof. Dumreichera W r. 1871 mianowany został docentem chirurgii w Wszechnicy wiedeńskiej; w r. 1875 objął oddział chirurgiczny w Szpitalu dziecięcym na przedmieściu Leopoldstadt w Wiedniu, równocześnie (1876—1881) prowadził oddział chirurgiczny w Poliklinice wiedeńskiej. Od m. marca 1881 r. objął obowiązki prymaryusza w Szpitalu powszechnym Rudolfa. W r. 1885 mianowany został prof. chirurgii w Wiedniu i na tem zaszczytnem stanowisku pracował z wielkiem powodzeniem do roku zeszłego, w którym, dla słabnącego zdrowia, podał się na emeryturę.

Sp. prof. Hofmokl pisał wiele. Po polsku ogłosił trzy prace: 1) Przyczynek do rzeczy o kamieniu moczowym *(Przegląd Lekar., 1867)*; 2) Przyczynek do opisu przebiegu nieprawidłowego naczyń krwionośnych przy rozcięciu krtani lub tchawicy, z dodatkiem odmiany rurki tchawiczej *(Przegląd Lekar. 1872)*; 3) Przyczynek do operacyi wargi zajęczej podwójnej *(Przegląd Lekar. 1872)*. Po niemiecku wydał rozpraw 37.

Zasłużonemu badaczowi, cenionemu nauczycielowi, człowiekowi wielkiej pracy i czystego sumienia niech towarzyszy do grobu wdzięczna i wieczna pamięć.

VIII. Uwagi nad ministeryalną reformą studyów i egzaminów lekarskich.

Dnia 21 grudnia 1899 r. p. minister wyznań i oświaty wydał nowe rozporządzenie, uzupełnione dodatkową instrukcyą, które znosi podobne rozporządzenie z dnia 15 kwietnia 1872 r. i wprowadza z początkiem przyszłego roku szkolnego nowy porządek w studyach i egzaminach ścisłych na wydziałach lekarskich w Austryi. Rozporządzenie to do pewnego stopnia było niespodzianką. Wprawdzie już oddawna powszechnie uznawano ustawę z roku 1872 za nieodpowiednią i przestarzałą, nawet samo ministerstwo było zniewolone przed kilku laty poruszyć sprawę reformy studyów lekarskich i powołało do zastanowienia się nad tą sprawą rozmaite koła, mianowicie Wydziały i Izby lekarskie, a także wyższe urzędy lekarskie — wreszcie odbyła się nad tą sprawą ankieta w ministerstwie, w której, oprócz delegatów Wydziałów lekarskich, wzięło udział jeszcze dość obszerne grono lekarzy. Zdania i opinie tak pojedyńczych osób, jakoteż całych korporacyj, były tak różnorodne i tak niezgodne ze sobą, że nieulegało wątpliwości, iż o jakiemkolwiek załatwieniu, któreby choć w części zadowolniło wszystkich, mowy być nie mogło. I dla tego należy się wdzięczność panu ministrowi, że pomimo tych sprzeczności w opiniach, zdecydował się na wydanie nowych przepisów, dotyczących studyów i egzaminów lekarskich ścisłych. Akt ten wypada uważać, jako pierwszy krok na drodze reform, którym w miarę potrzeb, wskazanych rozwojem nauki, musi ulegać studyum medycyny.

Nie potrzebuję chyba w tem miejscu wskazywać, jaki kolosalny przewrót dokonał się w medycynie w ostatniej połowie kończącego się stulecia, jak z jednej strony znacznie rozszerzyły się i pogłębiły uprawiane już przedtem dziedziny nauk lekarskich i ile z drugiej strony powstało nowych nauk, opartych również na zupełnie nowych metodach badania; wystarczy jeżeli wskażę tylko na obecny stan histologii, patologii doświadczalnej, anat. patol., higieny, bakteryologii, psychiatryi i in. Było rzeczą jasną i dla każdego zrozumiałą, że ten wzrost materyału naukowego wymaga pod względem ilości i jakości pewnych zmian tak w samych studyach, jak i w egzaminach. Ustawa z roku 1872 uwzględniała już w części ówczesne potrzeby nauki lekarskiej, lecz nie w tym stopniu, w jakim nawet już ówczesny stan nauki wymagał; tem bardziej ustawa ta nie odpowiadała stanowi nauki po 25 latach nieprzerwanej a usilnej pracy w rozmaitych kierunkach.

Główne zarzuty, które czyniono dotychczasowemu wykształceniu lekarskiemu, dają się zredukować do następujących trzech punktów: 1) ucząca się młodzież lekarska niepotrzebnie traci czas na uczeniu się przedmiotów, które nie mają żadnego znaczenia dla medycyny (botanika, zoologia, mineralogia), 2) zamało ma wiadomości z zakresu ważnych nauk pomocniczych, (tu głównie chodziło o chemią) i 3) młodzi lekarze zamało wynoszą wiadomości praktycznych z przedmiotów klinicznych, w szczególności takich, które wprawdzie bywały wykładane, lecz słuchacze nie mieli obowiązku uczęszczania na nie i nie składali egzaminów. Nowa ustawa rzeczywiście najzupełniej liczy się z tymi zarzutami i nawet w całości sprawia wrażenie, jakoby tylko te zarzuty miała na względzie.

I tak, przedewszystkiem nowa ustawa usuwa zupełnie ze studyów lekarskich owe trzy przedmioty przyrodnicze, z których wymagane były t. zw. egzamina wstępne, natomiast wprowadza nowy przedmiot „biologię ogólną“, którą, według projektu ministerstwa, w zakresie pięciu godzin tygodniowo w jednem półroczu mają wykładać naprzemian botanik lub zoolog, jednakże w obu razach tylko ze stanowiska biologii ogólnej. Przez wykluczenie przedmiotów przyrodniczych z liczby obowiązkowych uczniowie pierwszego roku rzeczywiście zyskują bardzo dużo na czasie. Najbardziej bowiem ujemną stroną dawnej ustawy było nie to, że uczniowie mogli słuchać wykładów z tych przedmiotów, lecz to, że byli zmuszeni, zanim przystąpią do I egzaminu ścisłego, a więc z końcem pierwszego lub w ciągu drugiego roku, składać z nich egzamin. Przygotowywania się do egzaminów były tu czynnikiem najbardziej szkodliwym, ponieważ przerywały prawidłowy bieg studyów. Uczeń, przygotowujący się do egzaminów z botaniki, zoologii lub mineralogii, z reguły nie uczęszczał na wykłady, a tem bardziej na ćwiczenia praktyczne. I tu głównie leżała przyczyna zaniedbania pracowni chemicznej. Jest również dodatnią stroną obecnej ustawy, że biologię ogólną wliczono na równi z innymi przedmiotami w szereg przedmiotów objętych pierwszym egzaminem ścisłym. Okoliczność ta nadaje pewnej powagi i znaczenia nowemu przedmiotowi, który, przy odpowiedniem traktowaniu ze strony profesora, niewątpliwie będzie mógł zastąpić w zupełności te ogólne wiadomości przyrodnicze, których miały dostarczyć botanika i zoologia.

Niemniej ważne znaczenie ma ten punkt ustawy, który

rozszerza zakres ćwiczeń praktycznych z chemii i fizyki na pierwszym roku, z fizyologii i histologii na drugim. Wprawdzie ćwiczenia te i nadal nie są obowiązkowe, gwoli zasadzie wolności uczenia się i nauczania, ale ze względu, że dla uzyskania potwierdzenia frekwentacyi uczeń musi — według nowej ustawy — mieć potwierdzone 20 godzin tygodniowo, oraz że przedmioty owe mają być w egzaminie pytane praktycznie i teoretycznie, można być pewnym, że pomimo nieobowiązkowości, uczniowie na ćwiczenia te będą się zapisywali.

Wszystkie zmiany, dotyczące pierwszego przygotowawczego okresu studyów, stanowią bezwątpienia dodatnią stronę nowej ustawy. Zasadnicze jednak zmiany wprowadza nowa ustawa w drugim okresie, to jest we właściwem studyum medycznem. Oprócz rozszerzenia ćwiczeń w anatomii patologicznej przybywa w tym okresie cały szereg nowych przedmiotów, z których uczniowie obowiązani są składać egzamin, a mianowicie: higiena, psychiatrya, choroby dzieci, dermatologia i osobne kursa, uczęszczanie na które musi być poświadczone: laryngologia, otyatrya, dentystyka i szczepienie ospy. W zasadzie jest i tu zachowana wolność uczenia się, jednakże przepisy o egzaminach ścisłych są tego rodzaju, że faktycznie uczniowie koniecznością będą zmuszeni do przestrzegania pewnego porządku, albowiem tylko przestrzegając ściśle ułożonego przez każdy Wydział porządku studyów, będą mogli wysłuchać to wszystko w przepisanym czasie, co do uzyskania absolutoryum jest wymagane.

Ponieważ na studya lekarskie całkowite ustawa przyjmuje w zasadzie tylko 3 lata czasu (6 półroczy), więc ażeby dać możność wysłuchania wszystkich wyżej wymienionych przedmiotów lekarskich, nowa ustawa zmniejsza liczbę obowiązkowych półroczy na klinice lekarskiej i chirurgicznej z czterech na trzy, i tylko o jedno półrocze zwiększa klinikę położniczą. To ustanowienie porządku, w jakim słuchacze mają uczęszczać na przedmioty lekarskie, które ustawa zaleca, a które wobec zwiększenia liczby przedmiotów obowiązkowych najprawdopodobniej będzie przez uczniów przestrzegane, należy także zaliczyć do dodatnich stron nowej ustawy.

Najbardziej zasadniczą zmianę wprowadza nowa ustawa do egzaminów ścisłych, a to głównie przez oznaczenie terminu egzaminów.

Pierwszy egzamin ścisły, mający obejmować ogólną biologię, chemię, fizykę, fizyologię, anatomię i histologię, z których fizyka i biologia mają być pytane tylko teoretycznie, wszystkie zaś inne przedmioty teoretycznie i praktycznie, może się odbyć najwcześniej po ukończeniu czterech półroczy, drugiej granicy ustawa nie oznacza; termin zaś drugiego egzaminu ścisłego czyni zależnym od pierwszego, określając, że do drugiego egzaminu ścisłego może kandydat przystąpić nie wcześniej, jak po upływie 6 półroczy od pierwszego egzaminu ścisłego.

Na mocy tego przepisu zostaje wprowadzony podział tudyum na dwa okresy: pierwszy przygotowawczy, drugi właściwy lekarski. Jakkolwiek bowiem ani ustawa, ani instrukcya wyraźnie nigdzie nie zabrania, ażeby uczeń przed złożeniem 1szego egzaminu został wpisany na przedmioty lekarskie, to w każdym razie to uczęszczanie na wykłady na mocy ustawy nie może być zaliczone do pięciolecia.

Wszelako wypada zaznaczyć, że w tym względzie i rozporządzenie i instrukcya są dziwnie niejasne i że dotychczas nie można sobie zdać sprawy, jakie są intencye ministerstwa. Z niektórych ustępów należałoby wnosić, że złożenie 1szego egzaminu ścisłego jest warunkiem, od którego zależy wpis na półrocze Vte; tak n. p. na 1-szej stronnicy instrukcyi czytamy: „dem Candidaten aber, der sich zu schwach fühlt, den Stoff des I Rigorosums in dieser Zeit zu bewältigen, oder der vollkommen sicher gehen will, eine ausgezeichnete Prüfung abzulegen, steht es frei, den ersten Studienabschnitt beliebig zu verlängern,“ z czego wypadałoby wnosić, że kandydat, w razie niezłożenia egzaminu pierwszego, zmuszony będzie po raz wtóry zapisać się na przedmioty pierwszych dwu lat. Zresztą wobec różnicy zapatrywań w tym względzie ministerstwo najprawdopodobniej będzie musiało podać osobne wyjaśnienie.

Drugi egzamin ścisły, jak już zauważyłem wyżej, może kandydat złożyć najwcześniej po upływie 6 półroczy od egzaminu pierwszego; górnej granicy ustawa nie oznacza; atoli, jeżeli od pierwszego egzaminu ścisłego upłynie pięć lat, to w takim razie kandydat przed przystąpieniem do drugiego egzaminu musi powtórnie złożyć pierwszy. Trzeci egzamin ścisły ma natomiast górną granicę, a mianowicie: między pierwszym egzaminem z przedmiotów, należących do ścisłego egzaminu — trzeciego a ostatnim egzaminem — drugiego, nie może upłynąć więcej, niż 6 tygodni, w przeciwnym razie kandydat musi powtórzy ćcały egzamin drugi. Nadto ustawa oznacza także okres trzytygodniowy, w ciągu którego muszą być zdane egzamina ze wszystkich przedmiotów każdego egzaminu ścisłego.

Egzamin drugi ścisły obejmuje: 1) anatomię lub fizyologię alternando (po raz wtóry); 2) anatomię patologiczną wraz z histologią (praktycznie i teoretycznie); 3) patologię ogólną i doświadczalną, farmakologię i higienę.

Egzamin trzeci: 1) medycynę wewnętrzną, 2) chirurgię, 3) położnictwo, 4) okulistykę, 5) przedmioty kliniczne; psychiatryę, choroby dzieci, dermatologię i choroby weneryczne, z których to egzaminów dziekan ma wystawić jedno zdanie, i 6) medycynę sądową.

Z chirurgii i medycyny wewnętrznej osobno ma się odbywać egzamin teoretyczny i osobno praktyczny; z innych, prócz medycyny sądowej, równocześnie praktyczny i teoretyczny; z medycyny sądowej, tylko teoretyczny. Skutkiem powyższych ograniczeń kandydat będzie zmuszony złożyć egzamin ze wszystkich przedmiotów lekarskich w ciągu najwyżej 12 tygodni.

W instrukcyi dodanej do rozporządzenia ministeryalnego znajdujemy wyjaśnienie celu takiego skupienia wszystkich egzaminów w tak krótkim czasie. Egzamina ścisłe, według brzmienia instrukcyi, mają być niejako rodzajem m a t u r y lekarskiej. Przyszły lekarz ma wykazać w egzaminach tych nie tyle znajomość szczegółów, które pamięcią może zdobyć, ile „das dauernd erworbene Wissen“ a więc niejako głównych podstaw każdej z nauk lekarskich, któreby mu pozwoliły w przyszłości budować dalej gmach wiedzy lekarskiej specyalnej, rozumieć i śledzić za jej postępem. Ażeby jednakże poznanie zasad było gruntowne, ażeby pomimo tych z konieczności względnie powierzchownych egzaminów młody lekarz miał dostateczne przygotowanie do praktycznej działalności, instrukcya zaleca jak najobszerniejsze zastosowanie nauczania praktycznego.

W ten sposób ustawa daje niejako odpowiedź i na trzeci zarzut, dotyczący dawnej ustawy, przytoczony na wstępie. Atoli nowa ustawa, pozostając na gruncie tej tak liberalnej zasady wolności nauczania i uczenia się, jak widzieliśmy w sposobie egzaminów ścisłych II i III, wprowadza takie ograniczenia i utrudnienia, które w żadnym innym zawodzie nie istnieją; okoliczność ta jest stanowczo ujemną stroną ustawy, która niweczy wszystkie jej strony dodatnie. Toteż prof. Albert w swoim artykule o nowej ustawie wcale niedwuznacznie wyraża wątpliwość, czy w rzeczywistości umysł któregokolwiek z kandydatów podoła opanować trzynaście obszernych przedmiotów, które są objęte drugim i trzecim egzaminem ścisłym. Prof. Exner już dawniej wypowiedział ubolewanie, że gdy w ciągu ostatnich 50 lat tak znacznie rozrosły się przedmioty lekarskie, zdolność do przyswajania wiadomości w mózgu kandydatów prawie się nie zmieniła.

Bezwątpienia można przyznać słuszność z teoretycznego stanowiska zasadzie, wypowiedzianej w instrukcyi ministeryalnej, lecz teoretyczne wypowiedzenie zasady, a zastosowanie praktyczne, wprowadzenie jej w życie, są dwie gruntownie różne rzeczy.

Egzamina ściśle lekarskie pomimo brzmienia instrukcyi najprawdopodobniej nie ulegną zasadniczej zmianie. Tu trzeba wziąść na uwagę dwie okoliczności: 1) fakt, że każdy profesor, specyalista jednego przedmiotu, posiada nieporównanie większą wiedzę, aniżeli kandydat zdobyć może i że każdy ze specyalistów, uprzytamniając sobie, jakie skutki pociągnąć może zaniedbanie najmniejszego szczegółu bądź w rozpoznaniu, bądź w leczeniu, prawie bezwiednie będzie wymagał tych szczegółów, tembardziej, że i w wykładach, uważając swój przedmiot za najważniejszy w wykształceniu lekarskiem, z tych samych powodów szczegóły te także najbardziej będzie uwzględniał. Z drugiej strony grono egzaminatorów, jako całość, będzie przecież zdawało sobie sprawę z tego, że uczeń, po otrzymaniu dyplomu, odrazu uzyskuje prawo do praktyki i dla tego będzie musiało dążyć do tego, ażeby się przekonać, czy rzeczywiście kandydat w tej praktyce, która przecież tylko szczegóły będzie przedstawiała, nie popełni kolosalnych błędów. Zasady, zawarte w instrukcyi, być może, mogłyby znaleść zastosowanie na innych Wydziałach, nawet na Wydziale prawniczym, gdzie zawód przyszły pozwala, albo wymaga kolegialnego załatwiania spraw i gdzie sprawy same z natury rzeczy nie zawsze mają doniosłe znaczenie dla życia człowieka; ale w medycynie, gdzie na opiece młodego lekarza odrazu może się znaleźć ciężki przypadek, który może wymagać możliwie dokładnego zoryentowania się w szczegółach, od którego może zależeć życie pacyenta, zastosowanie tych zasad wydaje mi się niemożliwem.

I dla tego sądzę, że nowa ustawa, tak jak jest, jeżeli w sposobie nauczania nie zostaną wprowadzone pewne zmiany, będzie miała przedewszystkiem ten skutek, że frekwencya na Wydziałach lekarskich zmniejszy się jeszcze bardziej.

Podstawy do tego przypuszczenia są następujące:

Jakkolwiek ustawa przyjmuje w zasadzie, jako normę studyum pięcioletnie, kandydaci sami zmuszeni będą czas studyum przedłużyć do 6-7, albo i więcej lat. I tak pewna część słuchaczy, którzy nie zdążą złożyć pierwszego egzaminu ścisłego zaraz na początku piątego półrocza, będzie musiała tracić cały rok na powtórzenie przedmiotów objętych pierwszym egzaminem. Gdyby bowiem nawet składali ten egzamin w zimowem lub z końcem zimowego półrocza, letnie półrocze byłoby dla nich w istocie stracone, a to z przyczyny, że wszystkie przedmioty, wykładane w piątem półroczu, mają okres roczny i rozpoczynają się w półroczu zimowem; tacy więc kandydaci, którzy rozpoczynaliby piąte półrocze od letniego, mieliby dalszy ciąg tylko ogólnej patologii, anatomii patologicznej, farmakologii, i t. d., co byłoby najzupełniej sprzeczne z najprostszemi zasadami nauczania i wprowadzałoby w ustanowiony przez Wydział porządek studyów większy chaos, niż to było dotychczas.

Temu samemu losowi ulegną wszyscy ci, którzy choćby z jednego przedmiotu padli podczas pierwszego egzaminu ścisłego. Dla tych wszystkich więc pierwszy okres studyów lekarskich, zamiast lat dwóch, będzie trwał trzy, chyba że niektórzy z kandydatów to letnie półrocze zużyją do odbycia służby wojskowej, w takim razie jeszcze strata byłaby najmniejsza

Ustawa, co do rygorozum II-go, oznaczając jako niższą granicę 6 całych półroczy studyów od egzaminu pierwszego, właściwie podaje także i wyższą granicę, a to w ten sposób, że zastrzega, iż w razie, gdyby kandydat nie przystąpił do egzaminu ścisłego II-go w ciągu 5-ciu lat od pierwszego egzaminu, w takim razie będzie zmuszony powtarzać cały egzamin pierwszy. Skutkiem tego ograniczenia kandydaci będą przystępowali oczywiście do egzaminu II-go w ciągu 2 lat po skończeniu studyów. Dla mniej więc gorliwych lub mniej zdolnych, studyum lekarskie w ten sposób może się przedłużyć do lat 8. Lecz i najbardziej pracowici i zdolni bezwątpienia nie będą w stanie przystąpić do II-go egzaminu zaraz po upływie 6-ciu półroczy od I-go egzaminu. Tu z pewnością można przewidzieć, że kandydaci skorzystają z jednego ustępu ustawy, który opiewa, że 6 cio-tygodniowy termin pomiędzy egzaminem II-gim, a III-cim nie ma obejmować przypadających w tym czasie wakacyi. Według wszelkiego więc prawdopodobieństwa najlepsi z kandydatów przystąpią do egzaminu II-go dopiero z końcem zimowego t. j. 11. półrocza, ażeby mieć prawo składać 3-ci egzamin w letniem, t. j. w 12-em półroczu i w ten sposób skorzystać z wiosennych wakacyj i o kilka tygodni przedłużyć odstęp pomiędzy II-gim, a III-cim egzaminem ścisłym, — przeważna zaś część przystąpi do II-go egzaminu dopiero z końcem 12-go półrocza, ażeby w tym samym celu skorzystać z dużych wakacyj. Jakkolwiek więc ustawa utrzymała okres studyów 5-cio-letni, to jednak napewno można twierdzić, że okres ten trwać będzie co najmniej 6 lat, a dla mniej zdolnych uczniów 7 i więcej, tem bardziej, że stosunkowo nie wielka tylko liczba uczniów potrafi przepłynąć tę egzaminową Scyllę i Charybdę, nie potknąwszy się o jakiś przedmiot, który to wypadek może znacznie przedłużyć okres egzaminacyjny.

Ze wszystkiego, co przytoczyłem wyżej, bez wątpienia każdy musi przyjść do wniosku, że studya lekarskie na podstawie nowej ustawy wypada zaliczyć do najtrudniejszych ze wszystkich zawodowych.

(Dok. nast.) *Prof. N. Cybulski.*

IX. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ze względu na higieniczno-społeczną doniosłość sprawy wychowania fizycznego młodzieży, uchwalił Komitet dla sprawy tej utworzyć odrębną (XXIV) sekcyę naukową. Gospodarzem tej sekcyi jest Prof. Dr. H. Jordan (Kraków, Wiślna 5), sekretarzem Dr. Eugeniusz Piasecki, nauczyciel gimn. (w IV gimn. we Lwowie), do którego wszelkie sekcyi tej dotyczące zgłoszenia i pisma przesyłać należy.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcyi XIV B. (laryngologia i otyatrya): Drugi ogólny temat obrad: 2) „O leczeniu gruźlicy krtani“, sprawozdawcy: Dr. Jan Sędziak (Warszawa) (część ogólna i farmaceutyczna), Dr. Lubliner (Warszawa) (leczenie chirurgiczne wewnątrz-krtaniowe); prof. Dr. Pieniążek (Kraków) (zewnętrzne leczenie chirurgiczne).

Wykłady: 1) Dr. J. Sędziak (Warszawa) „O pierwotnem stwardnieniu syfilitycznem w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach“. (135)

2) Dr. J. Sędziak: „Znaczenie laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny“. (137)

W Sekcyi XVIII (okulistycznej): Temat „Jaskra pod względem patogenezy i terapii“ został usunięty z porządku dziennego.

Zgłoszono wykłady: 3) Dr. K. W. Majewski (Kraków) „O wartości miąższowych zastrzykiwań *hydrargyri bijodati* w cierpieniach ocznych na tle kiły“. (137)

4) Dr. St. Łuniewski (Kraków): „O wartości dioniny w terapii okulistycznej“. (138)

5) Dr. J. Dudziński (Kraków): „Badania bakteryologiczne worka spojówkowego przy jaglicy“. (139)

Ci z prelegentów, którzy mają zamiar podczas zjazdu przedstawiać chorych, będą mogli umieścić ich na przeciąg kilku dni w klinice okulistycznej, gdzie w tym celu zachowano będą miejsca do ich rozporządzenia. O zamiarze przywiezienia chorych na zjazd należy w odpowiednim czasie uprzedzić gospodarza sekcyi okulistycznej.

W sekcyi VI (przyrodniczo-rolniczej); 7) Edmund Załęski: „O niektórych zagadnieniach biologii i ich stosunku do praktyki hodowlanej“. (140)

8) Kazimierz Szulc: „O gradach w Galicyi“. (141)

9) Ignacy Szyszyłowicz: „Połoniny czarnohorskie i ich stan obecny“. (142)

W Krakowie, dnia 25 marca 1900.

Prof. Dr. St. Ciechanowski
sekretarz Komitetu gospodarczego (Wielopole, 4).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 marca.

* Do kliniki lekarskiej krakowskiej przyjęto w ostatnich czasach kilka kobiet, chorych na rozmiękczenie kości. W myśl poleceń badaczów niemieckich Wiklera i Siebela postanowiono je leczyć kolchicyną i 7 zastrzyknięto wodny rozczyn tego alkaloidu. Trzy z nich zmarły w ciągu 12 do 26 godzin, podczas gdy 4 inne nie uległy żadnym zaburzeniom i czują się dobrze.

Ponieważ nie robiono w tym przypadku nowych doświadczeń z niewypróbowanym w skutkach swych przetworem, gdyż kolchicyna jest lekiem niemal od stu lat znanym i używanym, przeto opinia publiczna, jak się zdaje zaniepokojona tym wypadkiem, powinna zmienić zasadniczy punkt swego zapatrywania i nabrać głębokiego przeświadczenia, że nie było tu mowy o eksperymentowaniu *in anima vili.*

Kierownik kliniki lekarskiej prof. Edward Korczyński, zawiadomił o zaszłym fakcie senat akademicki i prokuratoryę państwa, którą prosił o zarządzenie dochodzenia bezpośredniej przyczyny śmierci tych trzech kobiet.

Sądzimy, że dotarcie do ostatnich granic prawdy i jak najskrupulatniejsze jej wyświecenie, jedynie odpowiada potrzebie i powadze uniwersyteckiej instytucyi naukowej, jaką jest krakowska klinika lekarska.

Prokuratorya państwa zarządziła sekcyę zwłok zmarłych kobiet, którą wykonali lekarze sądowi, Drowie Filimowski i Schaitter. Gdy jednak rzecz jest w toku dochodzeń sądowych, przeto na razie nie możemy o tej sprawie podać więcej autentycznych szczegółów.

* Znakomity chemik Leon Marchlewski mianowany został starszym inspektorem Zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie.

* W północnych Włoszech i Marsylii wybuchła ospa. Austryacki minister spraw wewnętrznych z obawy, by epidemia nie dostała się do granic monarchii, wydał rozporządzenie do rządów krajowych, ażeby w krajach przez nie rządzonych przeprowadziły możebnie ogólne szczepienie, oraz szczepienie powtórne, mając szczególnie na względzie młodzież szkolną.

* Do wiedeńskiego Towarzystwa przemysłowców ubezpieczeń przeciw wypadkom należy 2250 lekarzy. Według ogłoszenia rektora, Zarząd Uniwersytetu wiedeńskiego wszedł w porozumienie z rzeczonem Towarzystwem, a to w tym celu, ażeby na korzystnych warunkach mogli się w niem ubezpieczać za pośrednictwem kwestury studenci, demonstratorowie i asystenci.

* W r. 1901 odbędzie się w Wiedniu Kongres, który mieć będzie za cel walkę z nadużywaniem napojów wyskokowych. Na czele komitetu gospodarczego stoi prof. M. Gruber.

* Stan zdrowia publicznego w Wiedniu nie jest obecnie pomyślny. Oprócz nagminnie panującej grypy, doniesiono niemal ze wszystkich dzielnic tego miasta o pojawieniu się duru brzusznego. Wiedeń był niegdyś głośny ze swych epidemij duru, lecz od czasu zaprowadzenia wodociągów stan rzeczy tak się zmienił korzystnie, że właściwie dur brzuszny znikł tam zupełnie. Dzienniki przypisują pojawienie się obecne duru w Wiedniu zanieczyszczeniu wody i nawołują do pilnego zbadania urządzeń wodociągowych.

* Wydział krajowy zamianował dyrektorem szpitala w Nowym Sączu Dra Jana Siedleckiego, sekundaryusza szpitala św. Łazarza w Krakowie.

* Prof. Dr. Wicherkiewicz złożył zamiast wieńca na trumnę ś.p. doc. dra F. Sroczyńskiego, 20 koron na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

* Omyłka druku. W Nr. 12 *Przeglądu lekarskiego*, w komunikacie Komitetu narod. polskiego na międzynarodowy Kongres lekarski w Paryżu, przy redukcyi wpisowego 25 franków na monetę austryacką, wydrukowano: „25 fr. = 20 koron“ — ma być **25 frk. = 25 koronom.**

Notatki bibliograficzne.

— **Der Alcoholismus,** kwartalnik, poświęcony naukowemu traktowaniu sprawy opilstwa, wychodzi w Dreznie. Pierwszy zeszyt zawiera prace: Baera, Böhmerta, Grawitza, Emminghausa, Smitha, Snella, Bratza, i innych. Cena roczna wynosi 8 mk.

— **Revue internationale de therapie physique,**, dwutygodnik, okaże się w dniu 31 b. m. w Rzymie, pod redakcyą Dra Ch. Colombo. Dwutygodnik ten ma wychodzić na przemian w dwóch językach: francuskim i włoskim.

Mianowania i odznaczenia.. Prof. nadzwycz. w Genewie, dr. Oltramare mianow. został prof. zwycz. i kierownikiem kliniki chorób skórnych i kiłowych. Prof. farmakologii w Kopenhadze, Dr. Gram mian. prof. medycyny wewn. w Kopenhadze. Kierownikiem kliniki laryngologicznej w Wiedniu mianowany został prof. Chiari. Dr. Romberg E., profesor w Lipsku, mianowany profesorem i dyrektorem polikliniki w Marburgu. Dr. Protopulos mianowany został prof. chorób skórnych i wenerycznych w Atenach.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Leroy, prof. patologii w Lille. Dr. Holmes, prof. okulistyki i otyatryi w Chicago. Prof. Saxtorph, nestor duńskich chirurgów, zmarł w Kopenhadze, w 77 r. życia. Dr. Bronisław Stróżecki zmarł w Wiedniu, licząc lat 39. Dr. Henryk Steinkeller, lekarz miejski i kolejowy w Trzebini, zakończył życie w Krakowie w 36 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Nowinach Lekarskich* Z. 6. Dr. Hermana M.: Uwagi i myśli w sprawie postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego. Dr. Zembrzuskiego L.: Stan współczesny nauki o pasorzytniczem pochodzeniu raka (dok.). W *Zdrowiu* Z. 174. Dr. Zawadzkiego I.: Główne potrzeby naszych mieszkań letnich. Ciemniewskiego M.: O przewidywaniu pogody. W *Gazecie Lekarskiej* N. 12. Orłowskiego Witolda: O bakteryobójczem działaniu urotropiny. Dr. Sokołowskiego A.: Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę (c. d.). Dr. Kučery P.: Emphysema organorum et angio-pancreatitis suppurativa (dok.) W *Medycynie* Nr. 12. Dr. Piltza I.: Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicznych. Dr. Heimana F.: O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr, Grundzach J.: Une forme des troubles moteurs de l'estomac et de l'intestin (Odbitka z *Revue de médecine*, 1899).

— Dr. Olejnik M.: Pro napadowu hemohlobinuryju. Lwów.

— Prof. dr. Beck A.: O zjawiskach elektrycznych, wywołanych przez oświetlenie siatkówki głowonoga (*eledone moschata*) [Odbitka z »Kosmosa« 1900].

— Prof. Dr. Obrzut: Nouvelles recherches sur la dégénérescence amyloide (Odbitka z *Arch. de Médecine experim.* Nr. 2, 1900).

— Dr. Schiff E.: Ueber die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin (Odbitka z *Deutsche medizinische Zeitung*, Nr. 82, 1899).

— Tenże: Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Röntgenstrahlen. (Odbitka z *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen* B. II, 1900).

— Dr. Freund L.: Ein Vorschlag zur Verbesserung von Röntgenaufnahmen des Beckens. (Odbitka z *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, B. II. 1900).

— Dr. Freund i Dr. Schiff: Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie. (Odbitka z *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*. B. III, 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 4 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówić będzie „O zastósowaniu rur ołowianych przy wodociągach; kol. Dr. St. Dobrowolski omówi „Trzy przypadki cięcia cesarskiego metoda Fritscha, wykonane w roku szkolnym bieżącym w krakowskiej klinice położniczej“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 7 Kwietnia 1900. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Trąd męskiego narządu płciowego.

Podał

Radca zdrowia **Dr. Leopold Glück**

Prym. szpitala kraj. w Sarajewie.

Prawie wszyscy autorowie, którzy opisywali trąd aż do połowy XIX w., byli przekonani, że cierpienie to może się także udzielić drogą obcowania płciowego. Również prawie wszyscy stwierdzają, że chorzy trędowaci, od początku swego cierpienia aż do śmierci, bywają płciowo podnieceni tak, że wielu z nich cierpi na stałe prawie ciągotki (*priapismus*). Okoliczność ta, jak niemniej i zwyczaj, — że w wiekach średnich poddawano podejrzanych o trąd, jakoteż rzeczywiście trędowatych, ścisłemu badaniu lekarskiemu, nim ich przymusowo umieszczono w t. zw. leprozoryach, — przemawia za tem, że z reguły musiał także być badany u mężczyzn narząd płciowy; pomimo to jednak nie znajdujemy żadnej wzmianki u dawnych leprologów o występowaniu zmian trądowych na częściach rodnych.

To ogólne milczenie autorów zwróciło już uwagę Henslera, który się też odwołał do „przyszłych badaczy“ trądu z życzeniem, by odpowiedzieli na pytanie „czy istnieją cierpienia miejscowe na częściach przykrytych?“ Dopiero Adams na początku XIX w. zaznaczył, że w przebiegu trądu u mężczyzn występują na narządzie płciowym zmiany chorobowe; miał on stwierdzić jakoby, że jądra u wszystkich trędowatych bywają zanikłe, zmarniałe i tracą czynnościową zdolność rozrodczą. Przeciw temu, w każdym razie za daleko idącemu twierdzeniu wystąpili Danielssen i Boeck, odwołując się na Rayera, według którego narząd płciowy u trędowatych bywa zupełnie prawidłowy i należycie rozwinięty. Udowodnimy w dalszym biegu naszych wywodów, że wprawdzie mniemanie Adamsa nie da się usunąć zupełnie, w każdym jednak razie nie można uważać zaniku jąder za swoistą zmianę trądu, albowiem może to być także następstwem innych przyczyn.

Niewątpliwe zmiany trądowe na męskim narządzie płciowym opisali dopiero Danielssen i Boeck, którzy przy sposobności klinicznego opisywania guzów trądowych na skórze, powiadają: „on les trouve presque partout sur le corps, et á l'exception du cuir chevelu, ou aux plantes des pieds, aux surfaces internes des mains, ou nous ne les avons pas vus, nous les avons observés aux autres endroits déjà déscrits, aux oreilles, au pénis, au scrotum, aux organes genitaux de la femme...“

Na 35 przypadków trądu guzowatego (*lepra tuberosa*) i guzowato-znieczulnego (*lepra tuberoso-anaesthetica*) u mężczyzn, omawianych *in extenso* przez wzmiankowanych autorów w swym podręczniku, znajduje się 5 przypadków, w których są opisane większe lub mniejsze, po części płaskie, guzki trądu, barwy bladej, ciemno żółtej i brunatnej, znajdujące się na mosznach, na skórze prącia, na napletku, a nawet na obwódce żołędzi. Czy także i na innych częściach narządu płciowego mezkiego występują owe zmiany, — o tem nie wspominają Danielssen i Boeck.

Baczniejszą już uwagę na stan innych części narządu rodnego zwrócono w połowie 6-go dziesięciolecia. Virchow, Oldekop, Hansen i Köbner opisują zmiany anatomiczne i histologiczne trądem zajętych jąder i przyjądrza, Oldekop prócz tego i przewodów nasiennych, a Hansen pęcherzyków nasiennych. Po odkryciu zaś prątka trądu (1870) zajmowali się badaniami histologiczno-bakteryologicznemi trądu Leloir, Rikli-Hansen, Doutrelepont i Babes.

O ile więc nowsze piśmiennictwo, tyczące się trądu części płciowych u mężczyzn, bogatem jest pod względem anatomicznym i histologicznym, o tyle jest szczupłem pod względem klinicznym. W wielkiej liczbie monografij o tym przedmiocie zaledwo pobieżnie są wspomniane kliniczne objawy trądu narządu rodnego; — istnieją nawet rozprawy z ostatnich czasów, w których opracowany jest wprawdzie bogaty materyał obserwacyjny, zawierający setki dotyczących historyi chorób, a przecież napróżno szukamy opisu zmian trądowych na częściach rodnych. Pochwały godny wyjątek z tej ogólnej reguły stanowi Leloir, który na 45 przypadków trądu guzowatego i mięszanego (*lepra mixta*) u mężczyzn, opisuje 10 razy objawy występujące na narządzie płciowym.

1. „Le gland est garni de tubercules á toutes les périodes developpés dans l'épaisseur du derme; un seul s'est ulcéré et s'est couvert d'une croûte épaisse et verdâtre“ *(Obs. III.)*

2. „Les organes génitaux externes paraissent sains, sauf une plaque d'induration, située à la partie inférieure gauche du scrotum, dont l'anaesthesie est absolue.“ *(Obs. VII.)*

3. „Le scrotum et la verge sont garni de tubercules.“ *(Obs. VIII.)*

4. „Les testicules sont absolument atrophiés. Ils sont gros tout au plus comme des noyaux de cerises. Ils ne contiennent pas de nodosités et ne sont pas indurés. Les régions génitales sont absolument glabres, et la verge est grosse comme le petit doigt d'un enfant de trois ans.“ *(Obs. X.)*

5. „Les testicules sont petits, gros comme des cerises, sans indurations ni nodosités. Les organes génitaux sont trés peu developpés et le malade est presque impubère.“. *(Obs. XI.)*

6. „Tubercules aux testicules. Cet homme avoue plus de désirs vénériens, qu'avant sa maladie.“ *(Obs LVI.)*

7. „Le testicule gauche est gros comme une petite mirabelle; il est mou, mais quand on le comprime fortement

on sent qu'il est farsi de plusieurs nodosités grosses comme de petits pois. Le testicule droit est gros comme une grosse prune bleue, un peu lobulé, et d'une dureté presque ligneuse dans toute son etendue. On dirait un testicule syphilitique." *(Obs. LIX.)*

8. „Taches et ulceres cicatrisés sur le scrotum et la verge." *(Obs. LXII.)*

9. „Sur le scrotum tubercules plats et squameux, simulant l'eczema lichenöid. De même le prepuce et la peau de la verge. Mais ce sont de tubercules. Demangeaisons au niveau de ces tubercules." *(Obs. LXXIV).*

10. „Quelques tubercules de la face interne du prépuce." *(Obs. LXXXIII).*

Leloir stwierdził tedy zmiany na żołędzi, napletku, skórze prącia, mosznach i na jądrach; — spostrzegane zaś zaburzenia chorobowe, które usadowiły się równocześnie na kilku częściach narządu rodnego i to w najrozmaitszych powikłaniach, miały kształt plam, guzów, guzków i wrzodów, a względnie blizn po nich; nadto znachodziły się także nacieki, znieczulenia i zaniki jąder, a nawet całego narządu płciowego.

Wreszcie nadmienić wypada, że Leloir zaznacza podwyższony popęd płciowy u dwóch ze swoich chorych, w okresie pojawienia się zmian na częściach rodnych, atoli sam tego stwierdzić nie mógł, lecz zaznacza w rubryce „wywiady" odpowiedniej historyi choroby.

Materyał obserwacyjny. Wykazanie swoistych zmian w częściach płciowych u mężczyzn ma dla patologii trądu wybitne znaczenie. Raz, że mimowolnie nasuwa się myśl o możliwości zakażenia narządu rodnego, powtóre może to być przedmiotem, przyczyniającym się ewentualnie do rozwiązania spornego pytania, tyczącego się dziedziczności lub zaraźliwości trądu. Dlatego ważną jest rzeczą dowiedzieć się, jak często, kiedy i wśród jakich okoliczności, a względnie wśród jakich klinicznych objawów zwykły występować te zmiany? Ponieważ jednak na powyższe pytania nie można dać odpowiedzi, opartej na podstawie dotychczasowego, zbyt szczupłego materyału, ponieważ dalej klinika trądu narządu rodnego u mężczyzn wykazuje jeszcze liczne braki, — dlatego zamierzamy tylko ogłosić wyniki tu odnoszące się spostrzeżeń naszych, w nadziei, że one będą zachętą do dalszych podobnych publikacyj.

Od 1-go Lipca 1894 r. do końca 1899 r. mieliśmy sposobność spostrzegać 44 mężczyzn, dotkniętych trądem guzowatym, a względnie guzowato-znieczulnym *(lepra tuberoso-anaesthetica)*, z czego u 42, t. j. 95·4%, można było stwierdzić częścią swoiste zmiany trądowe, częścią zaś objawy chorobowe, stojące z trądem w związku przyczynowym. Nim jednak nasze wyniki bliżej określimy, obowiązkiem naszym jest nadmienić, że rozpoznanie trądu opierało się u wszystkich wymienionych chorych nie tylko na podstawie objawów klinicznych, lecz także zostało stwierdzone przez wykazanie prątków Hansena. Niemniej zaznaczyć trzeba, że u żadnego z tych chorych nie można było wybadać ani śladu kiły.

Spostrzeżenia nasze opiewają:

Liczba porządkowa	Trąd: guzowaty	Trąd: mięszany	wiek chorego	czas trwania choroby	Opis objawów	Uwaga
1.	1	—	32 lat	9 lat	Na żołędzi prącia znajdują się dwa okrągłe blade guzki, wielkości kukurydzy, ostro odgraniczone i płasko-wypukłe, nadto jeden naciek płaskawy, stwardniały, wielkości halerza. Przednia strona moszen pokryta kilkoma ciemno-brunatnymi strupami, między którymi widać płaskie wrzody, pokryte skąpą wydzieliną i kilka delikatnych blizn. Blizny i wrzody są otoczone miernie twardym naciekiem.	Podobno od początku choroby, t. j. od 9 lat, chory nie ma wzwodu (erekcyi) i pomazań nocnych.
2.	1	—	25 lat	1 rok	Napletek lekko obrzękły, pokryty kilkoma bladymi guzkami, wielkości pestki od wiśni, twardymi i wypukłymi. Skóra moszen na swej przedniej powierzchni nacieklą, różowo-połyskująca; lewe jądro zanikłe, obydwa przyjądrza zgrubiałe, twarde i guzkami pokryte.	W guzie, wyciętym z napletka, stwierdzono liczne kolonie prątków trądowych. Chory jest ojcem dwuletniego dziecka. Zdolność płciowa od kilku miesięcy zmniejsza się coraz więcej.
3.	1	—	11 lat	1—2 l.	Żołędź prącia jest cokolwiek zniekształtniona, zgrubiała, częścią białawo-szara, a częścią niebieskawa; powierzchnia jej jest nierówna wskutek kilku twardych, mniej lub więcej głęboko tkwiących guzków, wielkości kukurydzy. Na całej obwódce żołędzi znajdują się guzki blado-czerwone, wielkości soczewicy.	Opisane obok zmiany są z r. 1894; 5 lat później (1899) na wzgórku łonowym jeszcze skąpy porost włosów; jądra wielkości orzecha, twarde. Wzwodu brak.
4.	1	—	20 lat	5 lat	Obwódka żołędzi zgrubiała. Na prawo od ujścia cewki moczowej widać lekką wyniosłość; nadto można wyczuć w tkance żołędzi twardy guz, wielkości pestki od wiśni. Prawe jądro cokolwiek powiększone i w dotyku twarde; tak samo i prawe przyjądrze, które nadto okazuje kilka wyniosłości. Lewe przyjądrze jest cokolwiek mniejsze, ale również stwardniałe. Obydwa przyjądrza przy dotyku bolesne.	Chory podobno nigdy nie doznawał wzwodu.
5.	1	—	21 lat	12 lat	Obydwa przyjądrza zgrubiałe, nadmiernie zbite, przy dotyku niebolesne. Lewe przyjądrze nader małe i w okolicy górnego bieguna stwardniałe.	Brak popędu płciow.; brak wzwodu i pomazań nocn.
6.	1	—	28 lat	3 lata	Obydwa jądra zaledwie wielkości orzecha; lewe przyjądrze guzkowato zgrub.	
7.	1	—	21 lat	4—5 l.	Na skórze prącia widać kilka płasko wypukłych, ostro odgraniczonych, blado-brunatnych i twardych guzków, wielkości od ziarna konopnego do ziarna bobu. Zmiany te pochodzą z r. 1895; w r. 1899 nadto stwierdzono: lewe jądro bardzo twarde, nierówne, mające szczególnie na swym dolnym biegunie kilka twardych wyniosłości. Prawe przyjądrze tworzy z jądrem zrośniętą twardą płytę. Prawy przewód nasienny (*vas deferens*) zbity.	

Liczba porządkowa	Trąd guzowaty	Trąd mięszany	wiek chorego	czas trwania choroby	Opis objawów	Uwaga
8.	1	—	30 lat	3 lata	Jądra nadmiernie małe i miękie. Prawe przyjądrze w swej ogonowej części zgrubiałe i stwardniałe.	Chory podaje, że od 4—5 lat cierpi na niemoc płciową.
9.	1	—	23 lat	3 lata	Wzgórze łonowe skąpo włosami porosłe; prącie małe, jądra zaledwie wielkości śliwki, nadmiernie twarde i gładkie.	Chory podaje, że nigdy nie zaznał wzwodu i pomazań nocnych.
10.	1	—	25 lat	7 lat	Wzgórze łonowe skąpo włosami porosłe; prącie nadmiernie małe, jądro zaledwie wielkości wiśni, miękie.	Płciowo nierozwinięty.
11.	1	—	25 lat	8 lat	Jądra nieco większe niż wiśnia; przyjądrza twarde i w dotyku postronkowate.	
12.	1	—	42 lat	10—11 lat	Prawe jądro wielkości jaja gołębiego, twarde; lewe cośkolwiek większe, o prawidłowej zbitości. Lewe przyjądrze zgrubiałe i bardzo zbite.	
13.	—	1	22 lat	9—10 lat	Wzgórze łonowe bardzo skąpo włosami porosłe; prącie małe i cienkie; obydwa jądra zaledwie wielkości orzecha, guzowate, nierówne i bardzo zbite.	Popęd płciowy nierozwinięty.
14.	—	1	24 lat	10 lat	Obydwa jądra małe, zbite, o nierównej cokolwiek powierzchni.	Popęd płciowy nierozwinięty.
15.	1	—	31 lat	9 lat	Prawe jądro jest nadmiernie zgrubiałe w okolicy ogonowej, twarde, ale gładkie.	
16.	—	1	76 lat	2 lata	W lewem przyjądrzu można wyczuć twardy guz wielkości orzecha laskowego	
17.	1	—	20 lat	8—9 l	Jądra małe, twarde; przyjądrza w całości stwardniałe i guzowate.	
18.	1	—	32 lat	2—3 l	Na żołędzi widać bliznę $^1/_2$ ctm. długą, lekko wciągniętą, której podstawą jest bardzo twardy guz miąższowy; otoczenie nieco zwężonego ujścia cewki moczowej jest pokryte blado-różowymi guzkami Przednia powierzchnia moszen lekko zaczerwieniona i naciekła. Obydwa przyjądrza są nierówne, zgrubiałe, twarde i guzowato wzdęte.	
19.	—	1	25 lat	7—8 l.	Jądra wielkości orzecha, miękie; przyjądrza zgrubiałe, zbite i częściowo od jąder oddzielone.	
20.	1	—	32 lat	2—3 l.	Prawe jądro wielkości orzecha, miękie; prawe przyjądrze zgrubiałe w swej części ogonowej i twarde. Lewe jądro wielkości jaja gołębiego, częściowo stwardniałe, o powierzchni gruczołowato nierównej. Stan ten, datujący się od r. 1897, uzupełniony w r. 1899 w następujący sposób: Daleko posunięty zanik obydwóch jąder, w obydwóch zbitych przyjądrach znajdują się bardzo twarde pojedyncze guzy wielkości ziarn kukurydzy.	Od 3 lat brak wzwodu.
21.	1	—	32 lat	2—3 l.	Na obwódce żołędzi widać pojedyncze twarde guzki, wielkości główki od szpilki. Ujście cewki moczowej zwężone, jego otoczenie naciekłe. Lewe przyjądrze lekko zgrubiałe w ogonowej części. W pojedynczych komórkach przybłonkowych z śluzu cewkowego znamienne kolonie prątków. Stan ten datuje się od r. 1896. Na początku r. 1899 stwierdzono przy ujściu cewki moczowej płaski, ale okrągły wrzód, o brzegach ostrych, który po 6 tygodniach dobrze się zabliźnił. Zwężenie ujścia cewki moczowej większe. Oddawanie moczu utrudnione. W ropie wrzodu znaleziono kilkakrotnie prątki trądu.	W r. 1896 zdolność płciowa była znacznie upośledzona. W r. 1899 zupełna niemoc płciowa.
22.	1	—	38 lat	5—6 l.	Obydwa jądra, a szczególniej prawe, zgrubiałe w całości i bardzo zbite.	Blizko od 4 lat żadnego nie ma wzwodu.
23.	1	—	32 lat	7—8 l.	Skóra na przedniej powierzchni moszen silnie naciekła i lekko zaczerwieniona. Przyjądrza zgrubiałe, twarde i częściowo zrosłe z błoną kurczliwą moszen *(tunica dartos)*. Podczas pierwszego badania chorego, pojawia się przy wiotkiem prąciu wypływ nasienia. Drobnowidowe i bakteryologiczne badanie tej wydzieliny wykazuje bezwzględną aspermię i obecność prątków trądu w pojedynczych komórkach nabłonkowych, pochodzących z pęcherzyków nasieniowych i cewki moczowej.	
24.	1	—	40 lat	3—4 l.	Część ogonowa prawego przyjądrza tworzy twardy stożkowaty guz; lewego zaś— guzikowate zgrubienie.	Zdolność płciowa jest podobno utrzymana.
25.	—	1	23 lat	12 lat	Jądra powiększone, bardzo zbite, przy dotyku lekko bolesne. Na przedniej powierzchni moszen jest miejsce naciekłe, w środku którego znajduje się wrzód wielkości centa; w wydzielinie tego wrzodu można wykazać liczne kolonie prątków trądowych.	
26.	—	1	20 lat	3—4 l.	Skóra moszen lekko obrzękła. Obydwa jądra nieco powiększone i przy dotyku bolesne. Przyjądrza w swej części ogonowej guzkowato zgrubiałe i twarde.	
27.	1	—	26 lat	1—2 l.	Na obwódce żołędzi widać kilka guzków matowo-brunatno-czerwonych, o zbitej spójności. Na skórze moszen kilka guzków jasno-brunatnych i płasko-wypukłych, miernie zbitych, wielkości soczewicy. Prawe jądro nieco zanikłe, miękie.	
28.	1	—	55 lat	1 rok	Prawe przyjądrze postronkowato zgrubiałe, twarde i gładkie.	

Liczba porządkowa	Trąd guzowaty	Trąd mięszany	wiek chorego	czas trwania choroby	Opis objawów	Uwaga
29.	1	—	28 lat	6—7 l.	W głębi żołędzi wybadać można kilka zbitych miejsc. Obwódka żołędzi lekko nacieklа. Na nieco nacieklej skórze moszen widać kilka brodawkowatych guzków wielkości soczewicy. Jądra zaledwie wielkości jaja gołębiego. Lewe przyjądrze tworzy w części swej ogonowej zbity guz wielkości pestki od wiśni; prawe przyjądrze jest w całej swej długości nader zgrubiałe i twarde.	
30.	1	—	32 lat	5—6 l.	Jądra zaledwie wielkości jaja gołębiego, miękie. Lewe przyjądrze w swej części głowowej zgrubiałe i bardzo zbite.	
31.	1	—	36 lat	1—2 l.	W części głowowej lewego przyjądrza można wybadać twardy guz, okrągławy, wielkości kukurydzy.	
32.	1	—	23 lat	1—2 l.	Na trzonie i obwódce żołędzi znajduje się kilka guzków od wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy, barwy czerwonawej, matowo połyskującej. Dno moszen miernie obrzękłe, lekko zaczerwienione; skóra moszen pokryta kilkoma półkulistymi guzami wielkości kukurydzy. Prawe przyjądrze w swej części ogonowej guzikowato zgrubiałe, twarde i gładkie.	
33.	1	—	50 lat	—	Na skórze prącia i moszen widać kilka zbitych guzków blado różowych, wielkości soczewicy. Na żołędzi, a szczególnie na jej obwódce, znajduje się kilka lekko ponad powierzchnię wystających guzków, ostro odgraniczonych.	
34.	1	—	35 lat	5 lat	Na skórze prącia i na żołędzi kilka matowo-różowych, zbitych guzków, wielkości główki od szpilki. Takież same żółtawo-brunatne wyniosłości, wielkości soczewicy, znachodzą się na skórze moszen. Prawe jądro zaledwie wielkości jaja gołębiego, miękie.	
35.	1	—	51 lat	8—10 lat	W lewem przyjądrzu można wymacać guz zbity, wielkości bobu.	
36.	—	1	40 lat	12 lat	W lewem przyjądrzu znajduje się guz zbity, wielkości bobu.	Od kilku lat brak wzwodu
37.	1	—	12 lat	4 lata	Narząd płciowy odpowiada, ze względu na swój rozwój, narządowi 6—7 letniego dziecka. Napletek cokolwiek obrzękły, lekko naciekły.	
38.	1	—	55 lat	6—7 l.	Wolny brzeg napletka wyścielony jest licznymi bardzo twardymi guzkami, wielkości soczewicy, wskutek czego cały napletek stulejkowaty. Niektóre z tych guzków są owrzodziałe, a w ich wydzielinie napotkać można prątki Hansena w wielkiej ilości. Na przedniej powierzchni moszen zauważyć można gromadę ograniczonych guzków wielkości grochu. Prawe jądro nieco zmniejszone, miękie. W obydwóch jądrach i w przyjądrzach wyczuwa się kilka zbitych wyniosłości.	
39.	1	—	36 lat	8 lat	Prącie małe. Na grzbiecie napletka gromada drobnych, zbitych guzków, lekko wystających. Obwódka żołędzi zajęta przez kilka odosobnionych, blado-czerwonych guzków, wieńcowato ułożonych. Na szczycie żołędzi, jakby ściętej, znajduje się płaska, kolista blizna. Ujście cewki moczowej w wysokim stopniu zwężone. W niektórych komórkach przybłonkowych, pochodzących z śluzu cewkowego, widać kolonie prątków trądu. Dno moszen na przestrzeni guldena wybitnie naciekłe. Jądra są pokryte licznemi guzkami wielkości kukurydzy. Przyjądrza wielkości orzecha laskowego, twarde i przy dotyku lekko bolesne.	Od 6—7 lat brak zdolności płciowych.
40.	1	—	65 lat	2 lata	Narząd płciowy nie przedstawia zmian chorobowych.	
41.	1	—	18 lat	6—7 l.	Na częściach rodnych nie można wykazać nic chorobowego.	
42.	—	1	15 lat	4—5 l.	Prącie jest zaledwie grubości małego palca, jądra wielkości orzechów, twarde i gładkie. Na wzgórku łonowym zupełny brak porostu włosów.	
43.	1	—	26 lat	8 lat	Wierzchołek żołędzi rozszerzony i pokryty kilkoma małymi, bladymi guzkami. Skóra na dnie moszen lekko naciekła. Część ogonowa obydwóch przyjądrzy guzkowato zgrubiała.	Chory nie doznawał nigdy wzwodu prącia.
44.	—	1	21 lat	6 lat	Wzgórek łonowy skąpo włosami pokryty. Na żołędzi, na jej obwódce i w okolicy ujścia cewki moczowej jest kilka ostro odgraniczonych, zbitych guzków, wielkości soczewicy. Cała skóra moszen naciekła i pokryta na swej przedniej powierzchni półkulistymi żółtawo-czerwonymi guzkami, wielkości kukurydzy.	Zupełna niezdolność płciowa.

Z tych 44 chorych, 42 (tj. 95·5%) miało narząd płciowy zajęty trądem. Ponieważ brak nam ścisłej podstawy do twierdzenia, jakoby sprawa trądowa w naszych okolicach częściej, aniżeli gdzieindziej, zajmowała narząd płciowy, przeto na zasadzie wyników naszych spostrzeżeń wydaje nam się słusznem twierdzenie, że narząd moczo-płciowy u mężczyzn w przebiegu trądu guzowatego i guzowato-znieczulnego prawie zawsze bywa chorobowo zmieniony. Okres wystąpienia tych zmian chorobowych na rzeczonym narządzie wyjaśnia nam poniekąd następujące zestawienie:

Z naszych chorych było 2 w pierwszym, a 7 w drugim roku choroby; 11 było cierpiących już od 2—5 lat, powyżej zaś 5 lat było 24 chorych; między 9 chorymi, dotkniętymi mniej niż przez 2 lata sprawą trądową, był tylko jeden, którego narząd rodny nie okazywał żadnych uchwytnych zmian klinicznych, zaś między pozostałymi 35 chorymi, których cierpienie dłużej trwało, znajdował się również tylko jeden,

którego części płciowe były w zupełności prawidłowe. Z tego, a szczególniej z pierwszej gromady naszych chorych, możemy wyciągnąć wniosek, że zmiany chorobowe narządu rodnego zwykły już wcześnie występować. A wniosek ten będzie tem słuszniejszy, jeśli weźmiemy pod uwagę częstość niezupełnego rozwoju całego narządu płciowego, a w szczególności jąder, stwierdzaną u chorych, których cierpienie sięga czasu jeszcze przed okresem dojrzewania płciowego, następnie jeśli uwzględnimy wyraźne, a wczesne wystąpienie niezdolności spółkowania u chorych, dotkniętych trądem, ale pod względem płciowym dojrzałych. Przy tem wszystkiem trzeba także pamiętać, że istnieją przypadki wyjątkowe, które nawet po kilku latach nie okazują — przynajmniej klinicznie, — chorobowo zmienionego narządu rodnego.

Częstość zmian chorobowych w poszczególnych okolicach dotyczącego narządu okazują następujące liczby:

Wzgórek łonowy był zajęty	. .	6	razy,	względnie	13·6%
prącie	„ „ . .	28	„	„	63·6 „
moszna	„ „ . .	14	„	„	31·8 „
jądra	„ „ . .	24	„	„	54·5 „
przyjądrze	„ „ . .	29	„	„	65·9 „
przewód nasienny	„ „ . .	1	„	„	2·3 „

Najczęściej więc (blizko 66%) były zajęte przyjądrza, przyczem nadmienić wypada, że obydwa przyjądrza częściej (16 razy) były chorobowo zmienione, aniżeli jedno (13 razy); z ostatnich zaś przypada na stronę lewą 8 razy, na prawą 5.—

Również prącie często bywało zajęte, a manowicie 63·6% chorych — z czego najczęściej (13 razy tj. 29·5%) żołądź była siedzibą zmian chorobowych. Objaw ten tem bardziej zasługuje na uwagę, ponieważ tak doświadczony leprolog, jak Hansen, oświadczył jeszcze w r. 1894, że aż do tego czasu nie miał ani jednego chorego trędowatego, u którego by mógł stwierdzić na żołędzi swoiste zmiany chorobowe. Na napletku znaleziono 4 razy objawy trądu; w okolicy ujścia cewki moczowej również 4 razy, na skórze prącia 3 razy, a na prąciu w całości 5 razy. Z szczególnym naciskiem zaznaczyć wreszcie należy, że zmiany trądowe, usadowione około ujścia cewki moczowej, nie były jeszcze dotychczas opisywane. —

Na 3. miejscu stoją jądra, które były chorobowo zmienione w 54·5% przypadków; tu również okazuje się, że obustronnie choroba częściej występowała (17 razy), aniżeli po jednej stronie (7 razy). Wielkie znaczenie, jakie mają zmiany trądowe jąder i przyjądrza przy roztrząsaniu sprawy, odnoszącej się do sposobu rozszerzania się omawianego cierpienia zmusza nas przedewszystkiem do docieczenia i do dowiedzenia się, jak często w ogóle znaleziono wzmiankowane narządy chorobowo zajęte? Nasze spostrzeżenia wykazały na 44 chorych 38 razy t. j. w 86·4% przypadków. Na razie ograniczamy się jedynie na zaznaczeniu powyższego faktu, zastrzegając sobie jednak wysnucie wniosków przy omawianiu jakości zmian chorobowych jądra i przyjądrza. Celem uzupełnienia całości dodać jeszcze należy, że u 15 chorych na trąd jądra i przyjądrza były równocześnie zajęte; u 14 tylko przyjądrza, a u 9 wreszcie tylko jądra.

Rzadziej już były trądowo zmienione moszna (31·8%) i wzgórek łonowy (13·6%); w jednym tylko przypadku (2·3%) znaleziono także przewód nasienny dotknięty trądem.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki prof. Dra Neussera.

Przyczynek do kazuistyki syringomyelii.

Podał
Dr. M. Olejnik (Wiedeń).

(Dokończenie).

Choroba Morvana.

Lekarz francuski Morvan w r. 1883 opisał pod nazwą „Parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures“ chorobę, która polegała na zanikach mięśni pięści i przedramienia z upośledzeniem czucia bólu i bezboleśnemi zanogcicami palców. Obok braku bólu występuje upośledzenie czucia dotyku; kończyny dolne zwyczajnie bywają wolne. Zdaje się, że Morvan nie znał przypadków Kahlera-Schultzego. W roku 1886 opisuje Morvan dalsze spostrzeżenia; między tymi przypadkami są takie, gdzie górują zmiany w stawach, zwichnięcia, złamania, skrzywienia kręgosłupa. Prouff broni odrębności choroby Morvana od syringomyelii. Kahler jednak, uwzględniwszy zmiany odżywcze, nie widzi żadnej różnicy między chorobą Morvana a syringomyelią. Przeciw temu identyfikowaniu obu spraw występuje Morvan i dodaje, że przy „paréso-analgésie“ obok zmian odżywczych jest czucie dotyku znacznie upośledzone, czego przy zwykłej syringomyelii niema. Charcot jednak, na podstawie preparatów anatomicznych Joffroya, oświadcza się za tem, że obie sprawy chorobowe mają jednę i tę samą podstawę anatomiczną. W obu chorobach mamy wspólne cechy, jak upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, a w późniejszych okresach i zmiany w czuciu dotyku. Objawy odżywcze są dla obu chorób wspólne, także i wiek przemawia za wspólnością. Dejérine uważał chorobę Morvana za zapalenie nerwów z nieznanej przyczyny, które miało powodować zmiany odżywcze. Wprawdzie napotykamy zgrubienie nerwów ruchowych, jednak Hoffmann w 12 przypadkach ze zmianami odżywczemi znalazł zawsze zajęcie rogów tylnych, a tylko rzadko zmiany w nerwach obwodowych. Zmiany odżywcze są zatem następstwem gliozy w rogach tylnych. Uwzględnić trzeba także, że w kończynie, dotkniętej zmianami czucia, już drobne przyczyny wywołują zmiany chorobowe, jak np. owrzodzenia, które mogą po dłuższym czasie prowadzić do zmian zapalnych w nerwach obwodowych.

Wywód choroby. Co jest przyczyną powstawania jam w rdzeniu? Dotychczas mamy dwa sprzeczne zdania: Leydena-Virchowa i Simona-Schultzego. Leyden uważa syringomyelię za hidromyelię. Sprawa chorobowa w przeważnej liczbie przypadków rozwija się naokoło rozszerzonego przewodu środkowego w postaci przewlekłego zapalenia. Przewód środkowy sięga w czasie rozwoju do tylnej części rdzenia. Z czasem przez rozwój sznurów tylnych mogą nastąpić odsznurowania, tworząc osobne przewody. Tkanka w otoczeniu takiego przewodu buja, wywołuje ucisk na tkankę nerwową. Z czasem może być ten przewód wypełniony tkanką nowotworową, która rozpada się i tworzy nowe przewody. Simon rozróżnia hidromyelię od syringomyelii, t. j. od jam, które powstały wskutek rozpadu tkanki nowotworowej. Schultze uważa okolicę przewodu za punkt wyjścia, dodaje jednak, że hidromyelia nie jest konieczną,

że tkanka nowotworowa może wyjść ze ściany prawidłowego kanału środkowego lub z któregokolwiek miejsca rdzenia pacierzowego. Leyden i Schultze uważają zatem okolicę przewodu środkowego za ulubione miejsce, skąd sprawa bierze początek; w tem tylko zachodzi różnica, że Leyden uważa hidromyelię za konieczną i nie zgadza się na to, jakoby sprawa była nowotworowa. Hoffmann, na podstawie swoich preparatów, zgadza się z Leydenem o tyle, że rzeczywiście okolica przewodu środkowego, a szczególnie ściana tylna, jest początkiem wyjścia sprawy chorobowej. Przypuszcza, że w tej okolicy pozostały resztki tkanki zarodkowej, które bujają i rozszerzają się przedewszystkiem w istocie szarej rogów tylnych; tkanka ta pozostaje niezmieniona, albo rozpada się z powodu następowej zmiany w naczyniach, mianowicie zgrubienia i zarośnięcia (obliteracyi) naczyń i tworzy jamy. Że przewody boczne nie są rozszerzeniem środkowego, świadczy o tem, że w ścianach nie napotykamy przybłonka, że dają się widzieć gniazda, które w środku rozpadają się bez połączenia z przewodem środkowym. Przeciwko twierdzeniu, że glioza może wychodzić z każdego miejsca rdzenia, występuje Hoffmann, który na przekroju w każdym przypadku zauważył, że początek gliozy daje okolica spoidła tylnego.

Co daje pochop do bujania tej tkanki, niewiadomo; może uraz, krwotok, jak to ma miejsce przy nowotworach mózgu. Hoffmann stara się odróżnić gliozę od gliomatozy. Nowotwór dobrotliwy, biorący początek z tkanki zarodkowej, t. j. glioza, która rozszerza się wzdłuż i w poprzek, w miejscach najmniejszego oporu, powoli postępuje naprzód, a w końcu prowadzi do rozpadu i do wytworzenia jam. Gliomatoza zdaje się być nowotworem przybłonkowym, rozrasta się szybko i prowadzi do ucisku tkanki nerwowej.

Schlesinger nie widzi różnicy między hidro- i syringomyelią. Jamy w jego przypadkach noszą zawsze na sobie cechę hidromyelii, gdyż ściany są wyścielone bodaj w części przybłonkiem. Przypuszcza zatem, że przynajmniej w części rdzenia pacierzowego jest rozszerzenie przewodu środkowego powodem bujania tkanki podścieliskowej. Bujanie tkanki nowotworowej bierze początek w przybłonku przewodu środkowego, albo dalej od środka, naprzykład w rogach tylnych od gniazd przybłonkowych preformowanych. Że i zmiany w naczyniach przyczyniają się do wytworzenia jam, możemy wnioskować ze zmian hyalinowych w ścianach naczyniowych, co przyczynia się do zmian w krążeniu i następowego obumarcia (Redlich).

Joffroy i Achard przyjmują, że mamy do czynienia ze sprawą zapalną przewlekłą, która powoduje zmiany naczyń w istocie szarej. Po zamknięciu naczyń tworzą się gniazda obumarłe (nekrotyczne), które ulegają wessaniu i tym sposobem wytwarzają się jamy (*Myelite cavitaire*). Że zmiany naczyń wielką rolę muszą grać w powstawaniu tak tkanki samej, jak i jam, powstałych z rozpadu tej tkanki, widać ztąd, że takie zmiany napotkano nietylko w zakończeniach naczyń w tętnicach końcowych istoty szarej, ale i w obwodowych naczyniach. Ztąd przyjąć trzeba, że syringomyelia może mieć rozmaite podstawy, a mianowicie: 1) hidromyelię 2) gliozę pierwotną z hidromyelią lub bez hidromyelii 3) gliomatozę, nowotwór w ścisłem słowa tego znaczeniu 4) może krwotoki w istocie szarej (przypadek, spostrzegany po napisaniu tej pracy, gdzie po typowym napadzie udarowym występują typowe zmiany syringomyelii).

Dalsze przypadki spostrzegane częścią w klinice, częścią w praktyce prywatnej, są następujące:

IV. D. M. 1/9 1897. Lat 48. (*spostrzeżenie własne*). Obecna choroba datuje się od czterech lat. Chora uczuła rwące bóle w kończynie górnej prawej, od czasu do czasu występowało pieczenie; w porze zimniejszej doznawała uczucia chłodu i, aby to uczucie złagodzić, można ją było widzieć często, jak tę rękę rozgrzewała. Takie samo rwące bóle wystąpiły w dolnej kończynie prawej. Chora bardzo wrażliwa na zimno i to uczucie chłodu po stronie prawej ciała szczególnie jej dokuczało. Od roku zauważyła pewnego stopnia osłabienie w prawej kończynie górnej. Od jakich 8 miesięcy nie może dobrze wyprostować palców 4. i 5. ręki prawej — dopomaga sobie w ten sposób, że kładzie rękę chorą na stole, przyciskając drugą ręką i wyprostowywa palce, jednakowoż wracają one rychło do dawnego położenia. Od kilku miesięcy czuje osłabienie w nodze prawej; noga ta jest „niepewną" i „przegina się". Od czasu ustania miesiączki występują napady podobne do padaczki. Chora blednie, traci przytomność, bez śladu drgawek. Napad taki trwa parę sekund, źrenice są miernie szerokie, kurczów w mięśniach nie widać żadnych. Bólu głowy, osłabienia pamięci chora nie ma. Oddawanie stolca i moczu nieupośledzone. Kiły nie przebywała.

Stan obecny. Badana jest dobrze odżywiona i zbudowana. Chodzi pochylona. Chód wyraźnie kurczowo porażenny, przyczem słychać suwanie po podłodze kończyną dolną prawą.

W części kręgosłupa szyjnej dolnej i górnej piersiowej łukowate wygięcie w tył, co powoduje zgarbienie się. Bark prawy lekko obwisły. Mięsień kapturowy prawy w porównaniu z lewym jest cieńszy, zanikły; pomimo grubego pokładu tłuszczu wyczuć można drgania włókienkowe. Przedramię prawe wychudłe, cieńsze od lewego, szczególnie pokład mięśni wyprostnych jest ścieńczały. Przestrzenie międzykostne śródręcza są lekko zapadłe, szczególniej wyraźnie zaznaczony przestwór między palcem I i II. Mięśnie międzykostne, brzusiec i przeciwbrzusiec dłoni, — zanikłe. Ręki prawej chora wyprostować nie może. Cechujące ustawienie ręki (*main en griffe*). Siła mięśniowa w tej kończynie wyraźnie zmniejszona. Kończyna górna lewa jest bez zmiany; kończyna dolna prawa lekko przykurczona. Ruchy czynne i bierne swobodne. Łydka tej strony jest cieńsza od lewej, siła mięśniowa w tej kończynie zmniejszona. Odruchy ścięgniste w prawej kończynie górnej lekko wzmożone, odruch kolanowy prawy bardzo wzmożony. Kończyna cała drga: oprócz tego występują przy podrażnieniu silnym prądem elektrycznym (przerywanym) ruchy wahadłowe w stawie skokowym, które trwają dwie — trzy minuty, a kończą się w palcu dużym ruchami, podobnymi jak przy atetozie. Odruchy skórne prawidłowe.

Badanie czucia wykazuje: lekkie upośledzenie czucia dotyku w zakresie zaniku mięśniowego na prawej kończynie górnej i na kończynie dolnej tej samej strony w zakresie n. strzałkowego (*peroneus*). Upośledzenie czucia ciepłoty na obu kończynach strony prawej. Na górnej kończynie prawej sięga ono do połowy przedramienia, na dolnej zajmuje całą stopę prawą i okolicę n. strzałkowego. Upośledzenie czucia zimna jest większe. Chora łatwiej rozpoznaje przedmioty ciepłe od zimnych. Czucie bólu jest upośledzone w zakresie bólu ciepłoty. Czucie mięśniowe zupełnie prawidłowe. Ze strony nerwów mózgowych żadnych zmian nie zauważono.

Badanie powtórne 10/X 1899. Badana więcej przykurczona wskutek większego wygięcia kręgosłupa; ze strony oczu zmian żadnych. Przedramię prawe jest bardziej wychudłe, szczególnie po stronie wyprostnej; mięśnie małe ręki bardziej zanikłe z objawami drgania włókienkowego. „*Main en griffe*" jeszcze w wyraźniejszym stopniu. Kończyna dolna prawa lekko zgięta, przy ruchach biernych lekkie stężenie mięśniowe.

Odruchy ścięgniste bardzo wzmożone w kończynie dolnej prawej, odruch skokowy i ścięgna Achillesa bardzo wybitne.

Badanie czucia wykazuje: upośledzenie czucia ciepłoty i bólu posunęło się w górę w kończynie dolnej prawej do połowy uda, szczególnie po stronie zewnętrznej. W ramieniu sięga upośledzenie czucia na jaką dłoń ponad prawym stawem łokciowym. W okolicy grzebienia łopatki w dół na szerokość dwóch dłoni upośledzenie czucia ciepłoty. W okolicy prawego m. piersiowego, który jest także lekko zanikły, wyraźne upośledzenie czucia bólu i ciepłoty.

W przebiegu siódmego żebra znajdują się pęcherzyki, które ciągną się rzędem od tylnej linii pachowej do linii sutkowej prawej i powodują lekkie pieczenie (półpasiec).

Z objawów podmiotowych zaznaczyć wypada bóle rwące w ramieniu prawem i kończynie dolnej prawej. Bóle te na zimnie są wybitniejsze.

Chora przy badaniu prądem elektrycznym nie czuje pieczenia, ani bólu w zakresie mięśni zanikłych. Trzeba dopiero bardzo silnego prądu, aby wywołać skurcz mięśni wyprostnych.

Syringomyelia: zaniki mięśniowe, upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, chód niedowładny, podwyższenie odruchów ścięgnistych, półpasiec, skrzywienie kręgosłupa, napady mniejsze padaczki (*petit mal*).

V. J. H. R. 5/VI 95. Lat 49 (*spostrzeżenie własne*). Wywiady. Kończyny górne od 4 tygodni wyszczuplały, bóle rwące wzdłuż przedramienia. Chód niepewny, stanie na jednej nodze niemożliwe. Od pewnego czasu chory musi przeć na mocz, niekiedy mocz odchodzi bezwiednie. W roku 1893 we wrześniu pojawiło się po użyciu środków przeczyszczających rozwolnienie, trwające kilka tygodni. Niekiedy kał odchodził bezwiednie. Bóle w kończynach dolnych zwiększyły się; od czasu do czasu występuje uczucie trętwienia w podeszwach.

Stan obecny: Źrenica lewa zwężona, szpara powiekowa węższa, twarz po tej stronie lekko zapadła. W języku po tej stronie mięśnie ścieńczałe, wyraźne drgania włókienkowe. Na przedniej ścianie klatki piersiowej żadnych zaników, oprócz lekkiego zaniku lewego m. piersiowego. Na górnej kończynie lewej zanikła część m. naramiennego. Dalsze zaniki mięśniowe ograniczają się do m. m. obłego, najszerszego grzbietu strony lewej. Wskutek tego chory nie może podnieść dobrze ramion, łopatki odstają, są więcej ku przodowi wysunięte. Skrzywienie kręgosłupa wyraźne w stronę lewą. Mięśnie: dwugłowy i trójgłowy po stronie lewej lekko zanikłe. Na dłoni lewej wyraźnie ścieńczały brzusiec dłoniowy. Lewa łydka cieńsza. Badanie elektryczne wykazuje wyraźny odczyn zwyrodnienia, szczególnie w m. m. dwugłowym i trójgłowym.

Odruchy ścięgniste: kolanowy po stronie prawej wzmożony; obok tego drgania stopowe po stronie lewej, również odruch kolanowy jest wzmożony. Odruchy skórne utrzymane, okostnowe wzmożone.

Czucie dotyku nie zmienione. Upośledzenie czucia bólu występuje więcej po stronie opuszki palca I. po stronie prawej, niż po lewej. Czucie ciepłoty częściowo zniesione w okolicy upośledzenia na ból. Przy zamkniętych oczach występuje wyraźny objaw Romberga.

Powtórne badanie 11/X 1898: Od dwóch lat chory nie może rozróżnić zimna od ciepła w kończynach dolnych, przyczem skóra w ostatnich czasach poczęła się łuszczyć. Zaniki mięśniowe postąpiły znacznie. Część prawa języka lekko zanikła. M. naramienny po stronie prawej wyraźnie ścieńczały. W lewej ręce zanikły m. m. międzykostne. W części lędźwiowej skrzywienie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*), w części piersiowej skrzywienie boczne lewostronne. Kończyna dolna lewa w okolicy łydki — wyraźnie ścieńczała.

Zmiany w czuciu ciepłoty postąpiły w górę i sięgają na kończynach górnych do połowy przedramion, zajmują kończyny dolne, cały brzuch do wysokości sutek. Znaczniejsze upośledzenie w obwodowych częściach kończyn. Okolice obu stóp są miejscem wybitnych zmian w czuciu, przytem występuje podmiotowe uczucie zimna. Po stronie lewej, poniżej łopatki, chory ma uczucie pasa szerokości dłoni. Chód kurczowo porażenny, przy zamknięciu ócz chory się chwieje. W kończynach górnych wyraźny niedowład. Ze zmian naczynioruchowych widoczne jest zaczerwienienie ucha po stronie prawej i pocenie się twarzy, które utrzymuje się nawet w porze zimowej. Zmiany ze strony pęcherza utrzymują się stale. W okolicy prawego krętarza powstają pęcherzyki, które pękają, szybko się rozpadają i tworzą dużą, niebolesną odleżynę. Takie same pęcherzyki powstają w okolicy obu sutek i na przedramieniu prawem.

Syringomyelia: objawy ze strony oczu, zaniki mięśniowe, upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, skrzywienie kręgosłupa, objawy niedowładu kończyn, zmiany naczynio-ruchowe i odżywcze, odleżyna.

VI. A. W. 30/VIII 1897. Chory dziedzicznie nie obciążony. W r. 1881 przebył ospę, w 1885 — zapalenie płuc. Przed dwoma laty rozpoczęły się bóle rwące w kończynie górnej, do tego przyłączyło się osłabienie i pocenie się w zakresie tejże kończyny. Wychudnienie kończyn górnych i upośledzenie siły mięśniowej w kończynach górnych jest tak znaczne, że chory sam ubrać się nie może. Upośledzenia ze strony pęcherza i odbytnicy niema.

Stan obecny: Kończyny górne: Zanik m. dwugłowego po obu stronach, dalej m. trójgłowego, odwracającego rękę, zginacza, m. m. międzykostnych i glistowatych, brzuśca i przeciwbrzuśca dłoni; zaniki po stronie lewej są znaczniejsze, niż po prawej. W górze m. m. naramienne, nad- i podgrzebieniowe zanikłe.

Czucie ciepłoty i bólu w obu ramionach zniesione. Upośledzenie czucia ciepła jest znaczniejsze, niż zimna. Odruchy skórne w kończynie górnej — prawidłowe. Odruchy ścięgniste po obu stronach wzmożone. Odruch brzuszny i mosznowy — wzmożony. Mięśnie zanikłe dają wyraźny odczyn zwyrodnienia.

Syringomyelia: Zaniki mięśniowe, wyraźny odczyn zwyrodnienia, upośledzenie czucia ciepłoty i bólu, wzmożenie odruchów ścięgnistych.

VII. A. P. 5/II 1896. Jeden z braci cierpi na wodogłowie. Badany przebył w dzieciństwie krzywicę i płonicę. Od r. 1881 cierpi na czkawkę. Od tego czasu datuje się także brak czucia w lewej połowie ciała. Obecnie chory cierpi na zawroty głowy, na bóle w krzyżach i na połowicze trętwienie po stronie lewej. Kończyna górna lewa wydaje mu się jakby była w rękawiczce.

Stan obecny. 7/II 1896. Wymiary głowy wyraźnie większe; przedstawia ona czaszkę krzywiczą. Fałd policzkowy prawy wyrównany, mięśnie po tej stronie okazują wyraźne drgania włókienkowe. Język zbacza w prawo, mowa z lekkim odcieniem nosowym. Dno oka prawidłowe. W krtani badanie wziernikowe wykazuje porażenie lewego więzadła głosowego. Siła mięśniowa w lewem ramieniu zniesiona. Oprócz tego daje się wykazać w mięśniach pewnego stopnia stężenie. Zaniki mięśniowe ograniczają się do brzuśca i przeciwbrzuśca dłoni w ręce prawej; m. m. obły i kapturowy, również po stronie prawej, wyraźnie ścieńczałe. Połykanie jest nieco upośledzone.

Kończyny dolne: przy ruchach biernych wyczuć można w kończynach dolnych lekki opór i pewne osłabienie mięśniowe, szczególnie po stronie prawej. Czucie ciepłoty i bólu zniesione w zakresie średniej gałęzi nerwu twarzowego po stronie lewej; tak samo w lewej łopatce. Odruchy skórne i ścięgniste zwiększone. Odruch stopowy po stronie prawej wyraźny. Stereognostyczny zmysł zniesiony. Czucie dotyku nie upośledzone.

Syringomyelia: zajęcie nerwu twarzowego, porażenie n. wstecznego, objawy kurczowe po stronie lewej, zaniki mięśniowe, zniesienie czucia bólu i ciepłoty, odruch stopowy zwiększony, stereognostyczny zmysł zniesiony.

VIII. J. M. 5/VII 1897. Lat 41, budnik. Dziedzicznie nie obciążony. W 15 r. życia przebył dur brzuszny, w 20 r. — ospę. Obecna choroba datuje się od r. 1894. Chory doznaje od tego czasu uczucia trętwienia w okolicy pośladków; niezależnie od spożytych pokarmów występują często nudności. Przed dwoma laty uczuł osłabienie w kończynie dolnej lewej; po kilku miesiącach przyłączyło się osłabienie siły mięśniowej w dolnej kończynie prawej. Podczas niepogody występuje ból podobny do gośćcowego. Odtąd chód chorego jest niepewny. Od roku wystąpiło podwójne widzenie, zawroty głowy, szczególnie rano. Przy oddawaniu moczu chory musi przeć, mocz odchodzi czasem bezwiednie. Chory okazuje znaczne wychudnienie. Źrenice zwężone, leniwo oddziaływują na światło. Porażenie n. wstecznego prawego.

Stan obecny: Język zbacza lekko w prawo; po stronie lewej mięśnie języka są nieco zanikłe, przyczem okazują wyraźne drgania włókienkowe. Upośledzenie smaku po obu stronach. Czucie dotyku upośledzone w zakresie pasa wielkości dwóch dłoni poniżej obojczyków, w lewem nadbrzuszu, w całej kończynie dolnej prawej, w lewej — od wysokości rzepki w dół, w lewem przedramieniu i w pośladkach. Uczucie bólu nieupośledzone, ale chory źle lokalizuje. Uczucie ciepłoty zniesione w obu podudziach, więcej w prawem, niż w lewem. Zaniku mięśni niema. Odruchy ścięgniste w kończynach górnych upośledzone. Odruch kolanowy po stronie prawej zniesiony; odruch brzuszny po stronie prawej wzmożony, po lewej brak odruchu. Lewy odruch mosznowy wybitny, prawy wzmożony, chód niezborny, objaw Romberga wyraźny.

Syringomyelia: kurcze żołądkowe (*crises gastriques*), typ uwiądowy, zanik języka, upośledzenie czucia dotyku i ciepłoty, odruchy częścią wzmożone, objaw Romberga.

IX. W. P. 5/II. 1898. W rodzinie żadnych zboczeń nerwowych nie ma. Chory przebył w 19 r. ż. grypę. Od listopada przeszłego roku datuje się osłabienie w lewej kończynie górnej. Osłabienie to w ciągu 14 dni pogorszyło się tak znacznie, że chory palcami nie mógł utrzymać nawet lekkich przedmiotów. W grudniu 1897 występuje osłabienie w kończynie lewej dolnej. W ręce prawej występują rwące bóle i uczucie pieczenia. Podczas zimna bóle się zwiększają. Chory poci się, nawet w zimnie, więcej po stronie lewej, niż po prawej.

Stan obecny. Po stronie lewej wyraźny zanik mięśni śródręcza, międzykostnych, dalej zaniki mięśni wyprostnych, chory nie może dobrze zgiąć palców. Zbliżenie palca I do ostatniego niemożliwe. Kończyny dolne: osłabienie siły mięśniowej znaczniejsze po stronie lewej, niż po prawej; kończyna wyraźnie cieńsza. Odruchy ścięgniste w kończynach dolnych wzmożone. Czucie ciepłoty po części zniesione i to więcej w zakresie ramienia górnego, niż w kończynie prawej dolnej. Czucie bólu zniesione więcej w dolnych kończynach, szczególnie po stronie wewnętrznej; po stronie lewej więcej, niż po prawej. Czucie dotyku upośledzone w zakresie nerwu łokciowego strony lewej.

Syringomyelia: zmiany zanikowe mięśni, upośledzenie czucia dotyku, bólu i ciepłoty.

X. W. O. 3/III 1897. Lat 37. Przed 6 laty badany upadł na kolano lewe i kilka miesięcy czuł dotkliwy ból w tem miejscu. Do tego przyłączyły się bóle rwące w ramieniu górnem tej samej strony. Od dwóch lat czuje on osłabienie w dolnej kończynie lewej, wskutek czego chód chorego stał się niepewnym. Od tego czasu mniej więcej datuje się upośledzenie siły mięśniowej w ramieniu lewem. Lewa kończyna górna sinawa i zimniejsza. Osłabienie prawej kończyny dolnej datuje się od roku. Od roku też wystąpiło parcie na mocz.

Stan obecny. Zaniki mięśni występują: w łopatce prawej wyraźnie ścieńczały m. kapturowy, łopatka wskutek tego niżej ustawiona, niż po stronie lewej. M. najszerszy grzbietu po stronie lewej słabszy, niż po prawej. Lewe przedramię o jeden ctm. cieńsze od prawego. Upośledzenie siły mechanicznej odpowiada zanikowi mięśni. Zanik mięśni postępuje w dół, zajmuje mięśnie proste brzucha, oraz mięśnie grzbietu. Kończyna dolna lewa o 2 ctm. cieńsza od prawej. Siła mięśni po stronie lewej mniejsza od strony prawej, szczególnie łydka lewa zanikła, a obok tego przy ruchach biernych wyczuć można pewne stężenie. Chód chorego kurczowo-porażenny. Odruchy kolanowe, stopowe w kończynach dolnych znacznie wzmożone.

Badanie czucia wykazuje: czucie dotyku prawidłowe, czucie bólu nieupośledzone, natomiast w stopie prawej, szczególnie w palcach, lekkie upośledzenie czucia ciepłoty.

XI. A. J. 1/VIII 1898. Lat 50. Dziedzicznie nie obciążony. W r. 1886 przebył zimnicę. Podczas służby wojskowej nabawił się kiły. Przed 2½ laty wystąpiły po spożyciu pokarmów wymioty, połączone z bólem w okolicy nadpępkowej. Wymioty te trwały 6 dni i powtarzały się co 3 lub 4 miesiące, w międzyczasie chory był zupełnie zdrów, oprócz pewnego osłabienia po takich kurczach żołądkowych, co trwało w ciągu 2 lub 3 dni. Bólu głowy chory nie doświadczał. Zawroty głowy trwały zwyczajnie kilka minut i to następowały w postawie pionowej. Upośledzenie pamięci nieznaczne, datuje się od kilku miesięcy. W części piersiowej czucie pasa. W dolnych kończynach występuje od czasu do czasu mrowienie. Mocz czasami odchodzi mimowoli kroplami, szczególnie w nocy. Przy oddawaniu moczu ma chory uczucie pieczenia w cewce moczowej. Zaparcie stolca trwa czasami kilka dni. W górnych kończynach ma chory rwące bóle, w palcach uczucie trętwienia. W kończynach dolnych bóle są tak silne, że chory określa je, „jakby go ciął nożem“.

Stan układu nerwowego: Źrenice słabo działają na światło. Przy akomodacyi zbieżnej oddziaływanie dobre. Powonienie nieco upośledzone. Chód wyraźnie sztywny. Czucie dotyku upośledzone w kończynach dolnych, szczególnie w obwodowych częściach, chory nie odróżnia ostrza szpilki od główki. Czucie mięśniowe nie upośledzone. Odruchy skórne i kolanowe w kończynach dolnych wzmożone. Od początku r. 1899 dołącza się do tych zmian czuciowych upośledzenie w czuciu ciepłoty, szczególnie w ręce i stopie strony prawej.

Syringomyelia: upośledzenie węchu, chód kurczowy, częściowo upośledzone czucie dotyku, odruchy kolanowe wzmożone, później dopiero występują zmiany w czuciu ciepłoty, kurcze żołądkowe, przeczulica, upośledzenie ze strony oddawania moczu, kiła.

XII. M. G. 22/III 1899. Lat 59. W rodzinie nie występowały choroby nerwowe. W grudniu 1896 przebywa chora zapalenie stawów w szpitalu Rudolfa, do czego przyłączyły się objawy mózgowe tak, że musiano ją przenieść do zakładu obłąkanych. Po 4 miesiącach opuściła szpital. W r. 1881 powtórzyło się zapalenie stawów i chora przeleżała 4 tygodnie w szpitalu wied. Przed 5 laty spostrzegła, że ręce jej wychudły i straciły pierwotną siłę; do tego przyłączyły się rwące bóle w okolicy stawu nadgarstkowego, wzdłuż pni nerwowych kończyny górnej prawej; od tego czasu datuje się również pewna sztywność tej kończyny. Równocześnie wystąpiło skrzywienie kręgosłupa. Mowa zmieniła się na ochrypłą i powolną. Wychudnienie kończyn górnych rozpoczęło się od ręki, zkąd przeszło na przedramię i ramię. Kończyna prawa była zawsze chudsza niż lewa. Od kilku miesięcy osłabły również kończyny dolne, co wraz ze sztywnieniem nie pozwala chorej chodzić. — Kiły nie przebywała.

Stan obecny: Z powodu niedowładu nóg chora nie może się obrócić na bok. „Sensorium“ wolne, bólu głowy niema. Klatka piersiowa szeroka, w górnej części łukowato wyżłobiona, wskutek tego rękojeść mostka podaną jest w tył i łódkowato zapadła, oba obojczyki mocno wystające: „thorax en bateau“. Stos pacierzowy ku tyłowi wygięty, najwyższy punkt wypukłości stanowi wyrostek kolczasty kręgu VIII. Kończyna górna prawa w stawie łokciowym nieco przykurczona, ręka w stawie nadgarstkowym wyprostowana, drugie i trzecie falangi palców są zgięte i przykurczone. Przykurczenie to jest stałe. Skóra na grzbiecie ręki ścieńczona, sucha, pokryta drobnemi ciemnemi bliznami i białemi plamami. Mięśnie pomiędzy kośćmi śródręcza zanikłe, najwięcej brzusiec i przeciwbrzusiec dłoni. Tu i ówdzie widać w mięśniach drgania włókienkowe. Mięśnie przedramienia zanikłe, po stronie wyprostnej na skórze znajdują się białawe plamy odbarwionego przyskórka. Główka kości sprychowej prawej jest wyraźnie zgrubiała, zgrubienie to wielkości jaja kurzego ogranicza się do stawu łokciowego, przy ruchach czuć wyraźne chrupotanie. Siła mięśniowa tego ramienia znacznie upośledzona. Od czasu do czasu podczas silniejszego wzruszenia występują drgania w wardze dolnej i ręce prawej. Mięśnie barkowe wyraźnie zanikłe, dwugłowy, naramieniowy, kapturowy, nad- i podgrzebieniowy okazują wyraźnie drgania włókienkowe. Te same zmiany w mniejszym stopniu znajdują się w kończynie górnej po stronie lewej.

Kończyny dolne wychudłe, brak jednak wyraźnych zmian włókienkowych w mięśniach. Odruchy ścięgniste wzmożone, więcej w kończynach górnych niż w dolnych. Odruch kolanowy i skokowy po stronie prawej bardzo wyraźny; siła mięśniowa po stronie prawej i lewej upośledzona. Oddawanie moczu i kału prawidłowe. Badanie czucia wykazuje: po stronie prawej twarzy lekkie upośledzenie czucia dotyku. Czucie ciepłoty i bólu upośledzone w całej kończynie górnej prawej, ztamtąd przechodzi na łopatki i schodzi na ramię lewe. Upośledzenie to uwydatnia się najwięcej w obu rękach po stronie dłoni i grzbietu, dalej w łopatce strony prawej więcej, aniżeli po stronie lewej. W dalszym przebiegu choroby występuje lekkie zwężenie szpary powiekowej po stronie lewej, nadto wiercenie oczyma wahadłowe (*nystagmus oscillatorius*) przy zwrocie gałek ocznych na prawo.

Syringomyelia: klatka piersiowa łódkowata, zaniki mięśni, odbarwienie skóry, zmiany odżywcze w kościach, drżączka, odruchy ścięgniste wzmożone, upośledzenie czucia ciepłoty i bólu, skręcenie kręgosłupa, wiercenie oczyma wahadłowe (*nystagmus oscillatorius*).

III. Wyciągi.

Ewald. **Samozatrucie.** (*Berliner kl. Wochs.* 1900. Nr. 7, 8). Nauka o samozatruciu jest owocem ostatnich dopiero dziesiątków lat, przynajmniej w tem pojęciu, jak dziś samozatrucie określamy. Samozatruciem nazywa Ewald zatrucie ustroju przez produkta trawienia i przemiany materyi normalne lub nienormalne, które ustrój sam wytwarza przez swe sprawy życiowe. Samozatrucia można podzielić na samozatrucie pochodzenia jelitowego (intestinale Antointoxicationen) i pochodzenia miąższowego (przez produkta czynności tkanek ustroju — interstitielle A.) Do gromady pierwszej nie należą oczywiście nie tylko zatrucia truciznami w ścisłem znaczeniu tego słowa, ale także i zepsutymi środkami żywności, ani wytworami swoistych chorobotwórczych bakteryi, dostających się do jelit. Zresztą samozatrucia pochodzenia jelitowego mogą być skutkiem albo nadmiaru wytwarzających się prawidłowo produktów trawienia (fenol, H_2S) albo nieprawidłowych, zazwyczaj nie powstających w ustroju związków (rozmaite ptomainy, peptotoksyny, lotne kwasy tłuszczowe, metylmerkaptan). Źródłem samozatrucia pochodzenia tkankowego mogą być szkodliwe produkta przemiany materyi, zazwyczaj z ustroju wydalane, a przy samozatruciu zatrzymywane, lub same w sobie nieszkodliwe t. zw. produkta pośrednie, ulegające nieprawidłowemu rozpadowi, mianowicie jeżeli powołane do ich zobojętnienia wzgl. wydalenia narządy uległy schorzeniu (wątroba, nerki, płuca, skóra i t. d.).

Do gromady samozatruć pochodzenia jelitowego zaliczyć należy pewne objawy nerwowe (ból głowy, drażliwość, zmęczenie, zawroty, i t. d.), występujące przy zaburzeniach trawienia, dalej ostre, nieraz zabójcze zatrucia np. przy nagłej niedrożności jelit, kończącej się szybko śmiercią. Oprócz tego do tej gromady zaliczane bywają mniej lub więcej bezpodstawnie niektóre choroby skórne, tężyczka, cystynuria, a nawet pewne postacie niedokrewności i błednica.

Do samozatrucia pochodzenia tkankowego zaliczają mocznicę, „*Coma diabeticum i carcinomatosum*,“ choroby Basedowa i Addisona, cukrzycę ze schorzenia trzustki, obrzęk śluzakowy i *cachexia strumipriva*, matołectwo, białaczkę

prawdziwą i rzekomą, rzucawkę, a nawet niektóre psychozy. Natomiast zarówno do pierwszej, jak i do drugiej gromady zaliczyćby można migrenę, niektóre zapalenia nerwów, plamicę krwotoczną, *polymyositis*, oraz dnę.

Stanowczo zaś oświadcza się E. przeciw zaliczeniu do samozatruć: acetonuryi, oksaluryi, cukrzycy wogóle, *icterus gravis*, ostrego żółtego zaniku wątroby; tu mówić można co najwyżej o samozatruciach w przebiegu tych chorób.

Rozstrząsając, na jakiej podstawie ma się prawo rozmaite wymienione sprawy zaliczać do samozatrucia, stwierdza E. przedewszystkiem, że samozatrucie kwasem węglowym, pochodzące z płuc, oraz samozatrucie, wywołane przez upośledzenie czynności skóry (oparzenia, polakierowanie, ogólna łuszczyca, rybia łuska) nie potrzebują już dziś osobnych dowodów i nie ulegają żadnej wątpliwości. Natomiast w innych sprawach, uważanych za samozatrucie, należy żądać ścisłych dowodów na rzecz takiego zapatrywania, mianowicie wykazania odpowiednich toksyn we krwi i w moczu. W kale zawsze dadzą się wykryć istoty trujące; ale to jeszcze nie jest dowodem, że bywają one do ustroju wessane; nawet, jeżeli obok ich wykazania w kale stwierdzimy objawy zatrucia, musimy żądać dowodu, że to one właśnie tych objawów są przyczyną.

Tych substancyi trujących szukano najczęściej w moczu. Bouchard i jego szkoła stwierdzili, że już w moczu prawidłowym da się wykazać „urotoksyna“, że ilość tej urotoksyny wzmaga się w pewnych chorobach, polegających na samozatruciu, a nawet może służyć jako wskazówka w rokowaniu. Dokładniejsze badania obaliły jednak całą naukę Boucharda, dowodząc, że najważniejszem źródłem trujących własności moczu są po prostu sole potasowe i w moczu prawidłowym niema potrzeby szukać innych jakichś substancyi trujących. Błędy metody Boucharda nie dozwalają na żadne wnioski także co do trujących własności moczu w niektórych chorobach. Próbowano wydzielić z takiego moczu substancye trujące, jednak dotyczące badania, prócz niewielu wyjątkowych przypadków i prócz wykrycia jadów, wytworzonych przez bakterye, nie są przekonywające. Wiele z wykrywanych substancyi nie działa trująco na ustrój nawet w ilościach o wiele większych, niż krążące nawet w chorobowych warunkach w ustroju; inne znów, nowowykryte, okazały się nietrującymi, lub znajdowały się w ilościach znikająco małych. Według Ewalda znane są tylko dwa przypadki niewątpliwego samozatrucia przez substancye, wytworzone w ustroju: mianowicie spostrzeżenie Senatora z r. 1868 (samozatrucie H_2S pochodzenia jelitowego), oraz samozatrucie kwasami (zwłaszcza kwasem β-oxymasłowym w niektórych przypadkach moczówki). Mimo to należy uważać wyniki badania moczu dla rozjaśnienia sprawy samozatrucia w ogóle za nieobfite i niepewne. Jeszcze więcej odnosi się to do poszukiwań substancyi trujących w przypadkach rzekomego samozatrucia we krwi. Ostatecznie dochodzi E. do wniosku, że podstawy naukowe, na których opiera się nauka o samozatruciu, są bardzo małe, a obecnie nawet słabsze, niż dawniej. Mimo to kliniczne doświadczenie w wielu przypadkach bardzo rozmaitych chorób prawie zmusza myśleć o samozatruciu. Na razie są to jednak tylko przypuszczenia, których potwierdzenie lub zaprzeczenie przynieść mogą dopiero ulepszone metody badania. *Ciechanowski.*

Prof. Hermann Freund. **O cięciu cesarskiem.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 8. 1900). Autor wypowiada zdanie, że wymóżdżenie płodu żywego jest postępowaniem nieuzasadnionem w tych przypadkach, gdzie niema groźnego niebezpieczeństwa dla życia matki i gdzie istnieją warunki zewnętrzne do leczenia chirurgicznego, tj. do wykonania cięcia cesarskiego.

Warunki takie istnieją zawsze we wszystkich zakładach a groza zakażenia, krwotoku przy operacyi i krwotoku z niedowładu macicy nie jest zdaniem autora większą, niż przy rozwiązywaniu rodzącej drogami naturalnemi. Obawa przepukliny brzusznej nie powinna więcej ważyć na szali postanowienia do operacyi, jak obawa o pęknięcie międzykrocza z jego następstwami.

Autor jest zdania, że każdy lekarz, który może podjąć się dokonania cięcia cesarskiego i ma do rozporządzenia odpowiednio urządzony zakład, nie powinien nigdy się zgodzić na wymóżdżenie płodu żyjącego. Do zdania Olshausena który rozszerza cięcie cesarskie i dla przypadków drgawek porodowych, autor się przechyla.

W dalszym ciągu opisuje autor przypadki cięcia cesarskiego, jako przykład, jak kombinacya wskazań może znieważać do cięcia cesarskiego. W przypadku pierwszym, dotyczącym rodzącej pierwiastki 44-letniej z miednicą płaską, nadmiernym rozwojem główki płodu, po trzechdniowem trwaniu I. okresu porodu wystąpiły przy małym postępie porodu drgawki porodowe. Wykonano cięcie cesarskie z wynikiem zupełnie pomyślnym.

W drugim przypadku dokonał autor cięcia cesarskiego z powodu znacznego obrzęku jelita esowatego i prostnicy, dającego obraz guza, zajmującego miednicę małą. W trzecim przypadku dokonał cięcia również ze wskazania względnego u kobiety, dotkniętej znacznemi zmianami krzywiczemi, która poprzednio przebyła 4 porody ciężkie, połączone zawsze z obumarciem płodu. Wyniki wszystkie były dobre. Dwa pierwsze przypadki operował według sposobu Sängera, trzeci metodą Fritscha.

Przebiegiem cięcia poprzecznego macicy autor był zupełnie zadowolony; napotkał jednakże na trudności w oddzielaniu błon, co często przy tym sposobie operowania przydarza się, zwłaszcza gdy się operuje przy pęcherzu stojącym. *St. D.*

Prof. F. Schauta. **O ograniczeniu laparotomii na korzyść coeliotomii pochwowej.** (*Wien. klin. Woch.* N. 5). Autor kolejno przechodzi schorzenia, które łatwo i z lepszym wynikiem ogólnym mogą być operowane drogą pochwy.

Torbiele jajnikowe mogą być operowane drogą pochwy, jeżeli zupełnie są wolne, jeżeli ich szypuła nie jest skręconą, jeżeli nie są wielokomorowe, jeżeli nie ulegają zwyrodnieniu złośliwemu, jeżeli wielkością nie przekraczają głowy noworodka i nie są skórzakami.

Operacyę na przypadkach zapalnie zmienionych należy wykonywać drogą pochwy, z wyjątkiem jeśli są bardzo silne zrosty, zwłaszcza z jelitami; wyniki operacyjne tą drogą są znacznie lepsze.

Ciążę zamaciczną można operować drogą pochwy tylko wtedy, gdy ma się ciążę wczesną bez dużego wylewu krwi.

Operacyę włókniaków, o ile jest ona możliwa drogą pochwy, powinno się tą drogą wykonywać nawet w tych przypadkach, gdzie niema pewności, że tą drogą da się ukończyć. Jeżeli włókniaki operuje się drogą jamy brzusznej, należy wykonać wyjęcie całej macicy, a wyjątkowo tylko można ograniczyć się do amputacyi nadpochwowej.

Raki macicy operowane drogą pochwy dają autorowi po 6 latach tylko 25% uleczeń.

Tyłogięcie i tyłopochylenie macicy należy leczyć operacyjnie drogą pochwy, a tylko tam, gdzie są zbyt silne zrosty, lub gdzie przyszycie do powłok macicy jest operacyą dodatkową, można je wykonać drogą laparotomii.

Trzebienie o ile tylko jest możliwem, należy dokonywać drogą pochwy.

W końcu pracy autor zwraca uwagę na dwa przypadki cięć cesarskich z następowem wyjęciem macicy rakowatej drogą pochwy.

Operacye wszystkie drogą pochwy można wykonywać zupełnie dobrze pod kontrolą wzroku, podobnie jak i operacye drogą jamy brzusznej. *St. D.*

Dr. Hugo Hübl. **O zatorze powietrznym przy łożysku przodującem.** (*Wien. klin. Woch.* N. 5). Przypadki śmierci po dostaniu się powietrza do obiegu krwi mogą występować zaraz po wtargnięciu powietrza do żył, albo też po upływie pewnego czasu.

Autor podaje dwa przypadki zejścia śmiertelnego z tego powodu przy łożysku przodującem. Jeden przypadek śmierci wystąpił natychmiast po obrocie metodą Braxtona-Hixa; przypadek ten został potwierdzony wynikiem sekcyi zwłok. Drugi zaś przypadek śmierci również po tym samym zabiegu wystąpił dopiero w 11 godzin po przestrzykaniu macicy wśród zapadu. Sekcyi zwłok w tym przypadku nie robiono.

Zator powietrzny można rozpoznać, jeżeli dadzą się wykluczyć inne przyczyny nagłego zejścia śmiertelnego, jeżeli stwierdzić się uda obecność powietrza w sercu i jeżeli są warunki po temu, by powietrze mogło się dostać do narządu krążenia. Warunkami zaś tymi są: 1) nagłe zmniejszenie parcia wśródbrzusznego, co sprowadzić może ułożenie grzbietowe, pośladkowe z silnie przykurczonemi kończynami dolnemi, 2) nagłe zwiększenie parcia wśródmacicznego, co mogą spowodować przestrzykiwania macicy. *St. D.*

Dr. Ernest Moro: **Prątki w stolcach osesków, barwiące się metodą Grama.** (Z kliniki pedyatrycznej prof. Eschericha w Gracu). (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 5, 1900). Już w lecie 1898 r. udało się Escherichowi wyosobnić w wodnistych stolcach osesków, chorych na biegunkę, charakterystyczny rodzaj bakteryj, przedstawiających się pod postacią laseczników, barwiących się metodą Grama, a będących w etyologicznym związku z panującymi podówczas epidemicznie nieżytami kiszek. Zupełnie podobne prątki obok *bact. coli* wykazano w moczu dziewczynki, cierpiącej na ropne zapalenie pęcherza. W stolcach osesków, karmionych piersią, rozwijających się prawidłowo i zdrowych wykazano i wyhodowano bakterye, barwiące się metodą Grama.

Przeszczepiając obficie na bulionie, zaprawionym piwem kwaśno oddziaływującem, emulsyę, przyrządzoną z stolca oseska piersią karmionego, po 24 godzinach, przy odpowiedniej hodowli, zauważyć można płatkowaty osad, który, barwiony metodą Eschericha, okazuje liczne, nieraz szeregami ułożone, wązkie, niebiesko zabarwione pręciki. Założywszy hodowle płytowe agarowe, dostrzeżemy rozwijające się w głębi pożywki liczne, drobne kolonie kształtu nieregularnego z drobnemi promienistemi lub rozgałęziającemi się wypustkami. Powierzchowne kolonie znajdują się tylko na anaerobiotycznych płytach pod postacią gęstej plątaniny długich pokręconych nitek. Prątek ten najlepiej rośnie w ciepłocie ciała ludzkiego; lecz także przy 20—22° C. Dostęp tlenu sprzyja rozwojowi prątka, — lecz można otrzymać także hodowle aërobowe w kształcie małych matowych łusek. Mleko jest mniej dobrą pożywką. Zarodników i rozgałęzień niezauważono. Prątek wyżej opisany jest bardzo zbliżony do prątka Eschericha, wyosobnionego z patologicznych stolców osesków.

Wedle tej metody otrzymano podobny prątek z stolców u dzieci, karmionych mlekiem krowiem i dzieci starszych. Prątek ten, rozwijający się na zakwaszonym bulionie, nazywa autor *bacillus acidophilus* i stanowczo odróżnia od *bacillus bifidus communis* Tissiera, znaleziony również w stolcach osesków, będący rzeczywistym anaërobem, słabo barwiący się metodą Grama i przedstawiający się w hodowlach w kształtach rozgałęziających się, kolbowatych, zbliżonych do płomienia świecy.

Dr. Bolesław Komorowski.

H. Tappeiner. **O działaniu substancyi fluoryzujących na wymoczki według doświadczeń O. Raaba.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 1. 1900). Binz wykazał, iż chinina i jej sole są truciznami silnemi dla wymoczków i skłonny był tłómaczyć w ten sposób działanie chininy w zakaż. zimniczem. Późniejsze badania Grethego i Tappeinera wykazały, iż inne związki, jak fenylochinoliny i fenylsakridiny są jeszcze silniejszemi truciznami dla wymoczków, a pomimo to w działaniu przeciwzimniczem ustępują znacznie chininie. Raab zajął się z polecenia Tappeinera badaniem wpływu chlorku akridiny, jak również fenylakridiny na wymoczki, przyczem ta ostatnia okazała się o wiele silniejszą. —

Przy sposobności tych doświadczeń zrobił autor bardzo interesujące spostrzeżenie, a mianowicie to, że w rozczynie akridiny 1:1000 ginęły wymoczki natychmiast, w rozczynie 1:5000 po 30 minutach, w rozcz. 1:10000 ginęły przeciętnie w 60 m., zaś w rozczynie 1:20000 w okresach bardzo zmiennych, jużto po 60—100 m., już też żyły jeszcze po $1/2$ dnia (800—1000 m.). Ta zmienna żywotność wymoczków w rozczynie akridiny 1:20000 była, jak się autor przekonał, w związku z natężeniem światła dziennego, które ulegało wahaniom wskutek zmiennej wówczas pogody; doświadczenia bowiem wykazały, iż w rozczynie akridiny 1:20000 ginęły wymoczki już po 6 minut., jeżeli były wystawione na działanie promieni słonecznych, podczas gdy wystawione na światło rozproszone ginęły po 60 minut., a w ciemności pozostawały jeszcze po 60000 min. (100 god.) przy życiu. — Promienie światła słonecznego po przepuszczeniu ich przez nasycony rozczyn siarkanu miedzianego zachowywały się tak, jak promienie słoneczne, wprost działające. Dalsze badania wykazały, iż wpływ światła na żywotność wymoczków ma tylko wtedy miejsce, jeżeli te się znajdują w rozczynie związku takiego, który posiada własności fluorescencyi. Dalej wykazał autor, iż w rozczynie eozyny (1:800) ginęły wymoczki najszybciej wtedy, jeżeli rozczyn badany oświetlony został światłem zielonem (monochromatycznem, otrzymanem zapomocą pryzmatu); wiadomo zaś, iż światłem tej barwy zostaje fluorescencya eozyny najwybitniej wywołaną. Raab wykazał również, iż wymoczki, znajdujące się w rozczynie akridiny (1:20000), pozostają przy życiu jeszcze po tygodniu, jeżeli ten rozczyn oświetlany został promieniami nawet słonecznymi, przepuszczonymi jednak przez warstwę rozczynu akridiny (1:500) o grubości 5 ctm. Przy oświetleniu tego samego rozczynu promieniami, przepuszczonymi przez rozczyn chininy (sól ta, jak wiadomo, pochłania promienie ultrafioletowe) ginęły wymoczki po krótkim czasie. Te ostatnie doświadczenia wykazują, iż wpływ na żywotność wymoczków wywierają, nie światło fluoryzujące, lecz światło, względnie czynnik, wywołujący fluorescencyę w rozczynie pewnej substancyi, a które to czynniki są zagadnieniem, którego fizyka dotychczas nie tłómaczy dostatecznie. Raab przypuszcza, iż tu ma miejsce pewnego rodzaju przemiana energii światła w energię chemiczną, analogicznie, jak sobie tłómaczymy sprawę barwika zieleni (który fluoryzuje czerwono), z tą tylko różnicą, iż ta przemiana energii powoduje u wymoczków śmierć, — u roślin zaś utrzymuje je przy życiu. — Nasuwa się tu pytanie, czy ten sposób działania światła ma znaczenie biologiczne? Jakkolwiek brak nam dotychczas badań w tym kierunku, to jednak jest prawdopodobnem, iż te zjawiska nie ograniczają się jedynie do wymoczków, ale działać mogą i na komórkę wyższych ustrojów, o ile ta wystawioną jest na działanie światła. Działanie to może być już to szkodliwe dla komórki, już to pożyteczne. W obec faktu, że wiele narządów i cieczy zwierzęcych, n. p. skóra, tęczówka, krew i t. p. posiadają, wprawdzie w słabym stopniu, własności fluorescencyi, należałoby tę okoliczność uwzględnić przy badaniach oddziaływania światła na te narządy. — Działanie powyżej omawiane pochodzić może także od ciał fluoryzujących, wprowadzonych od zewnątrz do ustroju. W ten sposób n. p. możnaby sobie tłómaczyć zagadkowe dotychczas zapalenie skóry, które przechodzą w czasie słonecznym, po spożyciu hreczki, owce i świnie, pokryte jasnym włosem, — przyjmując, iż z pokarmem dostały się do ich ustroju pewne istoty fluoryzujące, — albo też, że takowe się w ustroju z pokarmu utworzyły. — Na odwrót, dałoby się może zastósować własności fluorescencyi w terapii chorób skórnych, przez stósowanie pewnych środków fluoryzujących, analogicznie do zastósowania eozyny i innych fluoryzujących barwików do fotografii, używanych do zwiększenia czułości płyt fotograficznych na pewne barwy (płyty ortochromatyczne). —

Dr. Ig. L.

Dr. F. Muehling. **Napady padaczkowe u ozdrowieńca po durze brzusznym.** (*Münch. med. Wochschr.* Nr. 7. 1900). Dwudziestego dnia stanu bezgorączkowego — po zupełnie zresztą prawidłowym przebiegu tak samego duru, jak i okresu ozdrawiania, wystąpiły u człowieka młodego (23 l.), zawsze przedtem zdrowego, trzy w jednym i tym samym dniu, w pewnych po sobie odstępach pojawiające się, napady padaczkowe. Okres ich trwania był różny ($1/2$ godz. 10 m. 1 godz. z parominutowemi przerwami) — każdy z nich jednak rozpoczynał się drgawkowymi kurczami dwóch ostatnich

palców górnej kończyny lewej. Napady — podczas których chory tracił całkowicie przytomność, były typowe, nigdy się jednak potem w ciągu całorocznego spostrzegania nie powtórzyły. (Choremu podawano tylko przez 8 dni bromek potasowy). *Dr. St. B. K.*

Dr. Wład. Falk. **Przyczynek do wyjaśnienia znaczenia, jakie ma zapalenie wyrostka robaczkowego dla położnika i ginekologa.** *(Ctbl. f. Gyn.* Nr. 7). Na wstępie zwraca autor uwagę, jak ciężkiem powikłaniem ciąży jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Zestawione przez autora piśmiennictwo wykazuje, jak znaczny odsetek kobiet przy tem powikłaniu, mimo odpowiedniego leczenia, ginie. W dalszym ciągu opisuje on przypadek ciąży w 7. m. ks., powikłany ropniem około wyrostka robaczkow. Rozpoznanie w tym przypadku było bardzo trudne i dopiero w uśpieniu okazało się możliwe. Leczenie operacyjne uratowało życie chorej, która po operacyi donosiła płód do końca ciąży i urodziła prawidłowo.

Rozpoznanie schorzenia wyrostka robaczkowego u ciężarnych i chorych ginekologicznych zwykle bywa bardzo trudne, a często niemożliwe. Jako dowód przytacza autor dwa przypadki: w pierwszym istniała 3. m. ciąża; wywiady i badanie przedmiotowe przemawiały za obecnością zapal. wyrostka robaczkow.; zabieg operacyjny wykazał dopiero, że guz wybadany był krwiakiem w jajniku. W drugim przypadku, gdzie operowano z powodu rozpoznanej ciąży zamacicznej, znaleziono otok ropny trąbki i zapalenie wyrostka robaczkowego ze znacznymi zmianami, mimo że ani w wywiadach, ani przedmiotowo, nie znaleziono nic takiego, coby za tem przemawiało, że w danym przypadku istnieje schorzenie wyrostka robaczkowego. *St. D.*

Dr. Wilhelm Stoeltzner: **Leczenie krzywicy substancyą nadnercza.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1. 2. Z. 1900 r.). Dr. Stoeltzner, robiąc w prywatnej praktyce drobne doświadczenia nad krzywicą, postanowił przeprowadzić spostrzeżenia kliniczne w berlińskiej dziecięcej poliklinice Prof. Dra Heubnera nad podawaniem nadnercza w krzywicy, pod kontrolą prof. Heubnera, Dra Lissauera i Dra Adesmana. Autor przedstawił 71 przypadków krzywicy, leczonych tym sposobem i ułożył odpowiednie tabele o 41 przedziałach, z szczególnem uwzględnieniem najdrobniejszych objawów, dotyczących krzywicy. Jako podstawowy materyał do leczenia krzywicy służyły autorowi „Tabloid's of compressed Supra renal Gland Substance“ Burrooghs Wellome et Comp. Każda tableta odpowiadała 0·324 grm. świeżej substancyi i ważyła około 0·25 grm. Autor podawał z początku tyle centygramów substancyi dziennie, ile dziecko ważyło kilogramów. W dalszym przebiegu pozostawano wedle okoliczności przy tej dawce, lub też powoli zwiększano ją aż do podwojenia. Jeżeli chodziło o podawanie substancyi nadnercza oseskom, to autor sporządzał, i zastósowywał do ich wieku kołaczyki, z których każdy zawierał 0·08 substancyi nadnercza. Jeden taki kołaczyk podawał autor dziennie dziecku, ważącemu 8 kgm. Gotowe takie kołaczyki sporządza firma E. Merck w Darmstadzie pod nazwą „Rachitol“. — Kołaczyki te wkładano dzieciom bezpośrednio do ust. Przy leczeniu tą metodą nie uwzględniano żadnych przepisów higieniczno-dyetetycznych, lecz zostawiano chore dzieci w takich warunkach, jakie były przed leczeniem tą metodą.

Wyniki badań są następujące: ubocznego działania szkodliwego nigdy nie spostrzegano podczas podawania nadnercza; — ogólne wejrzenie dzieci krzywiczych było nader korzystne; wyraźnie ustępowały objawy krzywicze, (obfite poty, zanik kości czaszkowych) (*craniotabes*), nadmierna czułość na ruchy bierne, niepokój, nadmierna pobudliwość naczyniowo-ruchowa skóry. Stwierdzono zaś prawidłowe co do czasu ząbkowanie, oraz zdolność dziecka do siadania, chodzenia, stania itd. — Zupełnie zmianie nie ulegały, mimo leczenia nadnerczem: wielkość ciemiączek, różaniec żebrowy, zniekształtnienie klatki piersiowej, kurcz głośni i tężyczka.

Poprawę krzywicy można spostrzegać nieraz już w I-szym tygodniu leczenia; w późniejszym okresie poprawa ta występuje o wiele wolniej. Z chwilą nagłego przerwania leczenia występuje nieraz pogorszenie choroby.

Dr. Bolesław Komorowski.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7 marca 1900 r.

W zastępstwie prezesa przewodniczy kol. Kwaśnicki.

1) Odczytano i przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa kolegów: Tymoteusza Piotrowskiego i Kazimierza Mieroszewskiego.

3) Kol. Bossowski przedstawia nadprogramowo chorego z *mycosis fungoides*. Chory pozostawał dłuższy czas w opiece dermatologów i znany jest członkom Towarzystwa z pierwszego posiedzenia grudniowego, na którem przedstawiał go kol. Borzęcki. W czasie, gdy prelegent dostał go w swą opiekę lekarską, przypadek przedstawiał ze względu na zmiany miejscowe przedmiot leczenia chirurgicznego. Zmiany miejscowe dotyczyły skóry, która zasianą była plamami ciemnoczerwonemi, występującemi wyraźnie wśród zmian wypryskowych, spowodowanych silnem drapaniem. Obok tego stwierdzono 1) guz wielkości dużej pięści, wychodzący ze skóry przedniej ściany klatki piersiowej, umiejscowiony tuż przy pasze lewej, 2) rozległe grzybiaste wybujałości nad udem lewem, 3) trzy podobne ale znacznie mniejsze wybujałości: jedna na brzuchu, druga na przedniej ścianie klatki piersiowej tuż przy pasze prawej, a trzecia po zewnętrznej stronie uda prawego. Stan ogólny bardzo lichy; chory był do pracy zupełnie niezdolny. Leczenie polegało na wycięciu guza i zeszyciu brzegów powstałej rany, dwukrotnem przypaleniu Paquelinem wybujałości nad udem lewem i jednorazowem wypaleniu reszty wybujałości.

Równocześnie podano jodotyrynę na wewnątrz, początkowo po 0·5, później po 0·75 dziennie. Po użyciu 10 grm. tegoż środka stwierdzono, że czerwone plamy znacznie zbladły, chory stracił swędzenie. Stan ogólny znacznie się poprawił. Przed świętami Bożego Narodzenia, gdy rana po wyciętym guzie była już zgojoną i reszta wypalonych miejsc była na wygojeniu, a chory czuł się zdolnym do pracy, wypuścił go ze Szpitala, z poleceniem brania jodotyryny i arsenu z żelazem. Obecnie stan ogólny bardzo dobry, swędzenie i ciemnoczerwone plamy ustąpiły. Wypalone miejsca zabliźnione zupełnie, z wyjątkiem małego owrzodzenia po stronie zewnętrznej uda prawego, będącego na najlepszej drodze do zabliźnienia się. Co do ogólnych uwag, prelegent nadmienia, że badano w tym przypadku krew, lecz ta nie przedstawiała żadnych zmian. Badanie bakteryologiczne treści guza dało tak na pożywkach, jakoteż w doświadczeniach na zwierzętach, wynik ujemny. Badania histologiczne są w toku, przeprowadza je kol. prof. Ciechanowski; a gdy będą ukończone, nie omieszka ich ogłosić.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Borzęcki i Zarewicz.

Kol. Borzęcki, który miał poprzednio przypadek w swej opiece i odesłał go kol. Drowi Bossowskiemu, uważa wynik za nad wszelki wyraz dobry. Kol. Zarewicz stwierdza również, że wynik jest świetny, jednakże nie uważa chorego za uleczonego. Zmiany na skórze się tylko znacznie poprawiły, ale nie ustąpiły zupełnie i jest wielkie prawdopodobieństwo, że ponownie wrócą. Pomyślny wynik leczenia przypisać należy 1) zabiegom chirurgicznym i 2) jodotyrynie. Arsen, jak o tem świadczy znane mu piśmiennictwo, nie odegrał żadnej leczniczej roli.

4) Kol. Grażyński demonstruje rurki ebonitowe do intubacyi, zalecone przez lekarzy amerykańskich, a gorąco zachwalane przez Bokaja, Carstena, Trumppa, Rankego. Zrobione są z ebonitu, tj. masy powstałej przez stopienie kauczuku, z dodaniem siarki i gipsu 30—60%. Dobry tubus powinien być zrobiony z materyału trwałego, gładkiego, lekkiego, powinien być możliwie jak najlepiej zastósowanym do budowy tchawicy, dawać się łatwo wprowadzać, a nie powinien wywoływać uciskowych odleżyn. Rurki ebonitowe są 5 razy lżejsze od metalowych, kształtem różnią się od dotychczasowych, gdyż oś ich podłużna wy-

gięta jest nieco ku krtani, główkę mają płaską, brzusiec jest niżej umieszczony, niż przy metalowych, nadto przy końcu, który jest zaokrąglony, mają drugi brzusiec. Ściana wewnętrzna rurki jest pokryta cienką warstwą metalową. Sam prelegent intubował ebonitową rurką raz, — doświadczenia więc własnego nie ma; rozbierając podane zalety teoretycznie i polegając na poleceniu ich przez zwyż wspomnianych lekarzy, uznaje ich wyższość od dotychczasowych.

W dyskusyi zabierają głos koledzy Gertler i Słapa:

Pierwszy zapytuje, jak się ma rzecz z wykrztuszaniem rurki, czy nie następuje ono łatwiej jak przy rurkach metalowych.

Kol. Słapa wątpi, czy rurki ebonitowe zmniejszą odsetek odleżyn, gdyż odleżyny zdaniem jego nie zależą od ciężkości, ale od twardości materyału; zapytuje prelegenta, jak się zachowuje ebonit przy gryzieniu i jak jest z wprowadzaniem, gdyż gałeczka na końcu demonstrowanych rurek zdaje się mu je utrudniać.

W odpowiedzi zaznacza kol. Grażyński „że w jego przypadku wprowadził tubus łatwo“ — wykrztuszenia nie było; — a co do reszty zarzutów, jedynie dalsze doświadczenie pouczyć może.

5) Kol. Stankiewicz Wiktor przedstawia preparat anatomiczny pierwotnego mięsaka, wychodzącego z błony śluzowej macicy, usuniętego przez pochwę w klinice prof. Dra Jordana u chorej, u której rozstrzygnięto rozpoznanie zapomocą badania drobnowidowego skrobanki, otrzymanej przed operacyą.

W dyskusyi przytacza kol. Dr. Braun podobny przypadek ze swej praktyki i podnosi jak ważną rzeczą jest badanie przedoperacyjne skrobanki.

6) Kol. Doc. Kryński: W wykładzie swym pod tytułem: „Przyczynek do techniki trepanacyi wyrostka sutkowego“ roztacza najpierw obraz stosunków anatomicznych ucha środkowego, przedstawia stosunek „antrum mastoideum“ do „aditus ad atticum« i do samego „atticus“, przechodzi chronologicznie rozwój chirurgii ucha, opisuje operacye, jakie dziś zyskały w chirurgii ucha prawo obywatelstwa, przyczem położył zasługi rodak nasz kol. Jasiński, wprowadzając do operacyi w miejsce dłuta trepan Collina, upraszczający wielce operacyę.

Wreszcie opisuje modyfikacyę własną „antrotomii“, wykonaną u jednego chorego z dobrym wynikiem leczniczym i kosmetycznym (Chorego demonstruje). Metoda ta polega na tem, że rozpoczyna dłutować kość w *linea mastoidea verticalis* i kierując skośnie dłutem ku muszli usznej, dochodzi do *antrum mastoideum*, zostawiając blaszkę kostną ponad kanałem wytworzonym dla odpływu ropy z *antrum*. — Wyższość tej modyfikacyi polega według prelegenta na tem, że przyspiesza znacznie czas — zupełnego zabliźnienia i nie zostawia żadnych zniekształtnień za uchem.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Bossowski, Schöngut, Rutkowski i Spira.

Kol. Dr. Bossowski przyznaje przy „antroatticotomii“ wyższość dłuta nad trepanem (Stackego), choćby dlatego, że dłutem można pewniej kierować i ruchy jego ściślej kontrolować, podczas gdy wiercąc trepanem niema się nigdy świadomości, jak daleko się jest.

A co do antrotomii, — to nie sądzi, by ta, jako taka, dawała wielkie zniekształtnienia; wystarczy tu zrobić mały otworek w kości dla odpływu ropy, a że tak jest, dowodem tego przypadki wyleczone — tam gdzie natura sama robi ten otworek przez wysadzenie małego czopka obumarłej kości tuż nad antrum. Stąd też nie widzi potrzeby uciekać się do modyfikacyi tej operacyi z tego względu.

Kol. Schöngut zaznacza, że wybór metody zależy od wskazań; — są przypadki, gdzie się nadaje metoda Stackego, a są znowu takie, gdzie trzeba zastosować metodę Zaufala. Prelegent nie podniósł 3-ciej kategoryi przypadków, gdzie ani otwieranie »atticus«, ani otwieranie »antrum“ nie są potrzebne. — Są to przypadki „mastoiditis Bezoldta“, w których rozchodzi się o ropień kostny. Tu nie potrzeba otwierać „antrum“, ale wystarcza zwykła trepanacya wyrostka. Rozróżnianie tych przypadków ma znaczenie, gdyż otwarcie „antrum“ wpływa zawsze na upośledzenie słuchu. W wspomnianych przypadkach pozostawia się „antrum“ nienaruszonem, — a sprawa goi się szybko po wypuszczeniu ropy zebranej w „cellulae mastoideae“.

Kol. Dr. Rutkowski uważa modyfikacyę kol. Kryńskiego za niebezpieczną, gdyż dłutuje on w *linea mastoidea verticalis*, gdzie tuż pod cienką blaszką kostną leży zatoka poprzeczna, której obrażenie nie jest dla chorego rzeczą obojętną — oprócz tego modyfikacya ta stwarza dla odpływu ropy drogą krętą i długą a wązką, co się sprzeciwia ogólnie przyjętej zasadzie odprowadzania ropy z jam ukrytych w ustroju.

Kol. Spira podnosi, że kol. prelegent opuścił w swym wykładzie wskazania do operacyi, a to, zdaniem jego, jest rzeczą najważniejszą. Pytanie, czy operować, jest najbardziej piekącą sprawą w chorobach ucha. — Czasem objawy miejscowe są duże, a operacya nie wykazuje wielkich zmian i przeciwnie. Dzisiejsze metody badania są niewystarczające do rozstrzygnięcia tej sprawy, stąd dyskusye w tym kierunku są wielce wskazane.

Kol. Dr. Kryński w odpowiedzi zaznacza, że „antrum mastoideum“ należy zawsze otwierać; — podnosi jeszcze raz zalety swej metody, — a co się tyczy wskazań, to się zgadza z kolegą Spirą, że są trudne, — jednakże nie leżały one w zakresie jego dzisiejszego wykładu.

Na tem obrady zakończono.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

V. Uwagi nad ministeryalną reformą studyów i egzaminów lekarskich.

(Dokończenie).

Powszechnie wiadomo, że już obecnie od szeregu lat frekwencya na Wydziałach lekarskich stale się zmniejsza i to w sposób przerażający.

Już na podstawie starej ustawy koszta studyum lekarskiego były znacznie większe, niż na innych Wydziałach uniwersyteckich, również i okres nauk był dłuższy. Większych lub mniejszych kosztów studyum, szczególnie w stosunkach naszych, nie można uważać za sprawę obojętną. Wzgląd na koszta studyum lekarskiego już obecnie bezwątpienia odgrywał pewną rolę, szczególnie u nas, gdzie przeważnie niezamożni zawód ten obierają.

Nowa ustawa zmusi jeszcze bardziej niejednego kandydata, jego rodziców lub opiekunów, do zastanowienia się nad wyborem zawodu lekarskiego i z tego względu.

Lecz nie tylko samo trwanie studyów, koszta z tem połączone, mniej lub więcej trudne egzamina, odgrywają tu rolę; bardzo ważnym czynnikiem, może najważniejszym, są także widoki na przyszłość. Otóż nowa ustawa zjawia się w chwili, kiedy te widoki dla zawodu lekarskiego są jak najgorsze.

Można śmiało twierdzić, że nawet w Austryi młody adept każdego innego zawodu nie walczy z takiemi trudnościami, z jakiemi wypada walczyć młodemu lekarzowi. Dopóki zostaje w uniwersytecie w charakterze słuchacza medycyny, walczy nieraz z biedą, lecz w ten lub inny sposób ją pokonywa, tu i owdzie potrafi coś zarobić, bądź w charakterze demonstratora przy tej lub innej katedrze, bądź w charakterze koropetytora, w końcu ma prawo do stypendyów, których jest znaczna liczba i w ten sposób wśród strasznej walki, lecz pełen nadziei na lepszą przyszłość, przebojem pokonywa trudności, składa egzamina i w końcu zostaje uwieńczony dyplomem. I teraz dopiero dla mniej zamożnych rozpoczyna się najtrudniejszy okres życia.

Okres ten jest prawie wszystkim lekarzom pamiętny i dla tego zastanawiać się szczegółowo nad nim nie zamierzam. Zaznaczę tylko, że prawie na pewno każdy przeżył to uczucie człowieka, osadzonego na mieliźnie, który nie może i nie wie, w którą stronę ruszyć. Jest to okres, w którym każdy rozpoczyna faktyczną walkę o byt. Znaczna część wśród tej walki uzupełnia swoją wiedzę bądź w charakterze bezpłatnych praktykantów w szpitalach, bądź bezpłatnych elewów w klinikach. Tylko bardzo niewielkiej liczbie udaje się znaleść prostą i dogodną drogę; są to ci, którym los pozwala zaczepić się o jakąś katedrę, a zdolności i chęć do pracy pozwalają wyrobić się na specyalistów.

Gdzież mamy szukać przyczyny tego faktu, że zawód lekarski napotyka coraz trudniejsze warunki istnienia? Przyczyny tego faktu leżą w procesach, które się odbywają w obecnych

społeczeństwach, a w których dziwnym zbiegiem okoliczności zawód lekarski prawie nie bierze udziału. Cechą obecnych stosunków społecznych jest, że jednostki należące do jednego zawodu coraz bardziej łączą się w gromady. Te gromady między sobą się organizują dla osiągnięcia rozmaitych wspólnych celów, a między innemi dla uzyskania taniej pomocy lekarskiej.

W ten sposób dawniejsza podstawa materyalna zawodu lekarskiego, praktyka prywatna, zostaje coraz bardziej zachwianą i już obecnie może być brana w rachubę tylko u pewnej liczby specyalistów w większych ogniskach. Wobec współubiegania się pomiędzy lekarzami i braku odpowiedniej ustawy, normującej wynagrodzenie za pracę lekarską, dalej wobec zupełnego braku organizacyi pomiędzy lekarzami, a coraz bardziej prawidłowej organizacyi innych zawodów, zawód lekarski staje się coraz bardziej wyzyskiwanym, a jego reprezentanci stają się coraz bardziej prawdziwymi białymi murzynami. I dziwna rzecz: społeczeństwo i, w swojem przekonaniu, każdy lekarz uważa zawód lekarski za coś wyższego w porównaniu z innymi zawodami, za rodzaj jakby kapłaństwa, opartego na powołaniu. Społeczeństwo nawet wymaga od lekarzy osobnego poświęcenia, którego nie żąda bynajmniej od innych zawodów, np. budowniczych lub adwokatów, i daje wyraz oburzeniu w każdym przypadku, w którym można się dopatrzyć cienia chęci materyalnego zysku lub czegoś podobnego. Wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że każdy lekarz i siebie i swoją rodzinę nieraz naraża na największe niebezpieczeństwo, niosąc pomoc bliźnim, a tymczasem nie można dopatrzyć się najmniejszego ruchu, najmniejszej myśli wśród tego samego społeczeństwa w tym kierunku, ażeby członkom tego zawodu zabezpieczyć przynajmniej możność istnienia. Niech tylko wybuchnie epidemia duru, cholery, lub jeszcze bardziej strasznej zarazy, niech nastaną czasy wojenne, wtedy to samo społeczeństwo bez żadnych względów i litości wysuwa lekarzy na najbardziej zagrożone punkta; lecz gdy niebezpieczeństwo przemija, nikt się nie troszczy o to, w jaki sposób ten sam lekarz znajduje środki istnienia dla siebie i swojej rodziny.

Wprawdzie istnieje pewna liczba posad rządowych, np. fizykatów, oraz krajowych prymaryatów, sekundaryatów, lekarzy okręgowych i t. d., ale i pod tym względem lekarze, jak wiadomo, są najzupełniej upośledzeni; z jednej strony są niepomiernie przeciążeni pracą, z drugiej zaś strony otrzymują wynagrodzenie nieodpowiednio niskie i nie wystarczające na ich utrzymanie. I państwo i kraj przypuszczają, że tę resztę dorobi lekarz z praktyki; zatem z tej praktyki muszą żyć i lekarze prywatni i lekarze, pozostający na posadach rządowych i krajowych. Oprócz leczenia chorób, lekarze są powoływani bardzo często w charakterze rzeczoznawców; wiadomo, jak państwo nisko wynagradza czas stracony przez lekarza. Oto są okoliczności, wskutek których zawód lekarski nie tylko nie jest ponętnym, lecz wprost odstraszającym; owóż wśród takich okoliczności, jak widzimy, przychodzi nowa ustawa, która wyróżnia studyum lekarskie przez to, że czyni je najtrudniejszem.

Główny zarzut, który należy zrobić tej ustawie, jest ten, że wprowadzając zupełnie słusznie do pewnego stopnia przymus przez oznaczenie terminów dla egzaminów ścisłych i zmuszając w ten sposób kandydatów do przestrzegania pewnego porządku studyów, niezbędnego warunku każdego racyonalnego nauczania, nie podaje kandydatom ani egzaminatorom żadnych pewnych wskazówek, żadnych norm, określających zakres wymagań w egzaminach ścisłych. Nadzwyczaj ogólnikowa wzmianka w tym względzie w instrukcyi, o której już nadmieniłem wyżej, jest nie wystarczająca, tem bardziej, że takie ogólnikowe określenie charakteru egzaminów może być rozmaicie rozumiane, a będzie rozumiane przeważnie w ten sposób, że instrukcya radzi zwrócić uwagę w wymaganiach głównie na rzeczy zasadnicze a nie wymagać szczegółów. Takie jednak postawienie sprawy właśnie w zastosowaniu do medycyny uważałbym za nieodpowiednie. Można ograniczyć się do zasadniczych wiadomości np. w naukach ścisłych, gdzie można mieć nadzieję, że w razie potrzeby kandydat ma czas i może uzupełnić wiadomości szczegółowe; lecz nie w medycynie, która dotychczas za naukę ścisłą uważać się nie może i prawdopodobnie długie jeszcze lata zostanie przeważnie „sztuką lekarską“, w której ani samych objawów chorobowych, ani ilości i jakości stanów chorobowych nie można wyprowadzić z jakiejś ogólnikowej zasady. To, co się wie, wie się tylko na podstawie bezpośredniej wiadomości szczegółów, które znać i pamiętać trzeba. Tu przecież każdy przypadek musi być zbadany i może być odróżniony od innych przypadków chorobowych tylko na podstawie szeregu szczegółów: czy idzie o określenie charakteru nowotworu, czy o rozpoznanie błonicy i odróżnienie jej od jakiejś sprawy nieżytowej, czy o stwierdzenie wady serca i odróżnienie szmerów słyszalnych w sercu od podobnych, które powstać mogą bez wady serca, czy o rozpoznanie jakiejś choroby zakaźnej, trzeba koniecznie znać szczegóły, cechy charakterystyczne tych lub innych stanów i zawsze choćby nieświadomie przeprowadzać rozpoznanie różniczkowe. — Słowem, zawsze potrzeba znać mnóstwo szczegółów, którymi się jeden stan odróżnia od drugiego. Otóż objęcie tego wszystkiego prawie naraz, bo w tym krótkim czasie, który ustawa dla egzaminów zakreśla, i w tak różnorodnych kierunkach, jakie obecny stan medycyny przedstawia, będzie stanowczo ponad siły nawet najzdolniejszego kandydata.

Ażeby zapobiedz z jednej strony nadmiarowi podawanych wiadomości na wykładach, z drugiej strony dać pewną normę wymagań podczas egzaminów, a kandydatom możność zoryentowania się, co mają umieć i wiedzieć, ustawa ze względu na obecny stan medycyny powinnaby była przyjąć inne zasady, a przedewszystkiem utworzyć na Wydziałach lekarskich, które jakkolwiek wchodzą w skład uniwersytetów, lecz są *de facto* tylko szkołami fachowemi, pewną łączność, pewną harmonię w wykładach rozmaitych przedmiotów tak, ażeby te wykłady stanowiły pewną całość, jakiś całokształt nauki lekarskiej, odpowiadający danej chwili. Zupełna wolność wykładów jest bardzo cennem prawem uniwersytetów, lecz pozostaje ona w sprzeczności z zasadami pedagogicznemi, a tem bardziej jest nieodpowiednią w każdej szkole zawodowej, która ma ściśle oznaczony cel, do którego wszystkie wykłady zdążać powinny. Ztąd wynikłaby konieczność pewnego porozumienia się profesorów między sobą i możność pewnego układu, pewnego unormowania materyału naukowego. W drodze takiego porozumienia musiałaby być przyjęta zasada, ażeby w wykładach nie było nic zbytecznego, ażeby obejmowały one możliwie tylko rzeczy niezbędne każdemu lekarzowi w praktyce i nie miały na celu wyrobienia specyalistów jakiegoś przedmiotu. W ten sposób w egzaminie odpadłaby potrzeba egzaminowania tylko z wiadomości ogólnikowych, lecz możnaby było uwzględnić gruntowną znajomość pewnych działów każdej nauki, gdyby został wydzielony ten cały materyał naukowy, który w praktyce zwykłego lekarza jest zbytecznym, jak np. wiadomości historyczne, kiedy jaka operacya, lub jaki środek leczniczy został wprowadzony w użycie, znajomość wszystkich tych operacyj i zabiegów, które stanowią szczyty nauki, które być może, że są bardzo doniosłe, lecz któremi lekarz praktyczny nie będzie się posługiwał i nie powinien się posługiwać, nie mając odpowiednich urządzeń, pomocy i innych warunków. W ten sposób mogliby kandydaci, jak wyżej zaznaczyłem, osiągnąć dokładną znajomość rzeczy najważniejszych, a dopiero po skończeniu studyów i po obraniu tej lub innej specyalności, mogliby uzupełnić swą wiedzę w jakimś jednym kierunku. Jeżliby Wydziały lekarskie tak pojęły swoje zadanie i wprowadziły te reformy w swych wykładach i wymaganiach, obecna ustawa mogłaby się niewątpliwie okazać korzystną; w przeciwnym razie, jeżeli rzeczy pozostaną w tym stanie, jak były dotychczas, wywoła ona przeciążenie słuchaczy, odstręczy młodzież od Wydziałów lekarskich i w sposób nieuniknony spowoduje zmniejszenie się liczby lekarzy.

Największą wadą naszego obecnego systemu jest to, że uczeń nigdy nie wie, co mu potrzeba do egzaminów, a wie tylko jedno, że może być zapytanym z najróżnorodniejszych działów każdego przedmiotu; wskutek tego wynik dzisiejszych egzaminów jest zawsze czysto przypadkowy i zależy od usposobienia profesora; dlatego też ci ostatni dzielą się na trudno i łatwo egzaminujących. Gdyby przynajmniej wydawano wykłady poszczególnych profesorów, lub też każdy z profesorów opracował lub wskazał odpowiedni podręcznik, uczeń miałby przynajmniej jakąś wskazówkę; bez tych wiadomości każdy, idąc do egzaminów, rzuca się na los szczęścia i nigdy nie jest pewnym wyniku. W Rosyi i w Niemczech, o ile mi wiadomo, rząd bierze na siebie normowanie wiedzy, wymaganej od kandydata, zatwierdzając programy, obejmujące rozmaite pytania z każdej dziedziny. Tam więc profesor może wykładać, co mu się podoba; lecz uczeń wie przynajmniej, co musi na pewno umieć do egzaminu.

Wobec ogromu wiedzy lekarskiej system ten, który przyjęty jest w Austryi, jest nawet według mego zdania wprost nieracyonalny, albowiem prowadzi w każdym uniwersytecie do tego, że studenci starają się poznać tylko wszystkie ulubione przez profesora zagadnienia i sposób jego wymagań, a zato na inne już zupełnie nie zwracają uwagi. Zresztą każdemu egzaminatorowi dobrze wiadomo, że kandydat całego przedmiotu objąć nie może, więc czyż nie jest więcej racyonalnem wskazać niedoświadczonemu umysłowi, na co on ma przedewszystkiem zwrócić uwagę, niż zmuszać go, ażeby na chybił trafił wybierał sobie pewne pytania, lub ucząc się wszystkiego stracił wiele czasu i niczego się dobrze nie nauczył. Tymczasem dla rozwoju umysłu, dla przygotowania do samodzielnej pracy, daleko ważniejszą rzeczą jest, ażeby kandydat umiał jedną rzecz dobrze, niż dziesięć źle.

Wobec zasady wolności nauczania takie normy, zmieniające się z czasem z rozwojem nauki, według mego zdania powinny stworzyć same Wydziały; sami profesorowie powinni się rozpatrzyć w materyale naukowym, oznaczyć zakres wiedzy, wymaganej od słuchaczów i w ten sposób uzupełnić ustawę i umożliwić jej stosowanie.

Prof. N. Cybulski.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcyi I (matematyczno-fizycznej):

Wykład: 6) Lucyan Emil Böttcher (Lwów); „Historyczny przegląd rozwoju teoryi równań funkcyjnych". (143)

XIV A. Sekcya chirurgiczna.

podaje do wiadomości następujący swój program:

I. Temata obrad ogólne.

1) „O leczeniu wrzodu żołądka". Sprawozdawcy: Prof. Dr. Rydygier i prof. Dr. Gluziński (Lwów). Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej, XIII).

2) „O leczeniu kamicy żółciowej". Sprawozdawcy: Dr. Krajewski i Dr. Rejchman (Warszawa). (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej, XIII).

3) „Etyologia raków ze stanowiska klinicznego". Sprawozdawca: Prof. Dr. Kader (Kraków) (koreferat do wykładu prof. Dr. Browicza: „Etyologia nowotworów", na posiedzeniu wspólnem z sekcyą patologiczną, XII).

4) „Środki obronne ustroju w walce przeciw zakażeniu". Sprawozdawca: Prof. Dr. Kader (Kraków).

5) „O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego". Sprawozdawcy: Dr. Heiman i Dr. Guranowski (Warszawa). (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą laryngologiczno-otyatryczną XIV, B).

II. Odczyty i demonstracye.

1) Radca dworu prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Krótki pogląd na udział chirurgów polskich w rozwoju nowoczesnej chirurgii przewodu pokarmowego". (144)

2) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Demonstracya ciekawych preparatów zapalenia wyrostka robaczkowego" (*appendicitis*). (145)

3) Dr. Borsuk (Warszawa). „Przyczynek do entero-anastomozy". (146)

4) Dr. Sołowiejczyk (Warszawa). „*Herniae artificiales*". (147)

5) Dr. Oderfeld (Warszawa). „O przepuklinach zgorzelinowych". (148)

6) Dr. Oderfeld (Warszawa). (Dokładny tytuł podany będzie później). (149)

7) Dr. Watten (Łódź). „Przyczynek do chirurgii trzustki". (150)

8) Dr. Sawicki (Warszawa). „Przypadek ropnia trzustki. — Ropienie trzustki". (151)

9) Dr. Kaczkowski (Kraków). „Chirurgiczne zabiegi przy guzach głowy trzustki". (152)

10) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „O nowotworach odbytnicy". (153)

11) Dr. Gerzabek (Kraków). „O zapobieganiu krwotokom przy operacyi na odbytnicy". (154)

12) Dr. Brünner (Warszawa). „*Atresia ani congenita*". (155)

13) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „Gruźlica jądra". (156)

14) Dr. Zembrzuski (Warszawa). „O wynikach leczenia zwężeń cewki sposobem Maisonneuve'a". (157)

15) Dr. Zawadzki (Warszawa). „Pięciodniowe zatrzymanie moczu". (158)

16) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego". (159)

17) Dr. Grosglik (Warszawa). „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego zapomocą sposobu Bottiniego". (160)

18) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Kilka słów o szwie pęcherzowym i operacyach na pęcherzu wogóle". (161)

19) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „O leczeniu następowem po *sectio alta*". (162)

20) Prof. Dr. Ziembicki (Lwów). „Przyczynek do litotrypsyi". (163)

21) Dr. Herman (Lwów). „Aseptyka cewnikowania". (164)

22) Dr. Grosglik (Warszawa). „Przyczynek do chirurgii moczowodów". (165)

23) Dr. Gabszewicz (Warszawa). „Z chirurgii nerek". (166)

24) Dr. Krajewski (Warszawa). „O osteoplastycznych operacyach na miednicy". (167)

25) Dr. Sawicki (Warszawa). „Laminektomia przy *spondyllitis*". (168)

26) Dr. Sawicki (Warszawa). Tytuł podany będzie później. (169)

27) Dr. Herman (Lwów). „O postępowaniu leczniczem wobec zwichnięć zastarzałych", (170)

28) Dr. Leśniowski (Warszawa). „Przyczynek do patologii i terapii zapaleń stawów". (181)

29) Prof. Dr. Ziembicki (Lwów). „Przyczynek do leczenia stopy szpotawej". (172)

30) Dr. Ruf (Lwów). „O nowotworach na kończynach". (173)

31) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „*Gangraena spontanea*". (174)

32) Dr. Kociatkiewicz (Warszawa). „O leczeniu operacyjnem gruźlicy gruczołów szyjnych". (175)

33) Dr. Gabszewicz (Warszawa). „O guzach ślinianki przyusznej". (176)

34) Doc. Dr. Bargcz (Lwów). „O promienicy ludzkiej". (177)

45) Doc. Dr. Barącz. Tytuł podany będzie później. (178)

36) Dr. Brunner (Warszawa). „Z dziedziny chirurgii serca". (179)

37) Dr. Sawicki i Dr. Flatau (Warszawa). „Badania doświadczalne i drobnowidowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XI, anatomiczno-fizyologiczną). (45)

38) Dr. Watten (Łódź). „Minimum ostrożności anti- i aseptycznych, jakie przedsiębrać należy w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej“ (180)

39) Doc. Dr. Bossowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (181)

40) Doc. Dr. Rutkowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (182)

41) Dr. Leszczyński (Warszawa). „Badania nad środkami ogólnie znieczulającymi“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XV, dentystyczną). (64)

42) Dr. Wachtel (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (183)

43) Dentysta Idzikowski (Warszawa). „O znieczulaniu tlenkiem azotu“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XV, dentystyczną). (184)

44) Dr. Gawlik (Kraków). „W sprawie cucenia pozornie zmarłych wśród narkozy“. (185)

45) Dr. Droba (Kraków). „O zmianach anatomo-patologicznych pod wpływem zakażenia gruźliczego, na podstawie doświadczeń na zwierzętach“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XII, patologiczną). (186)

46) Dr. E. Flatau i Dr. Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pacierzowego ze specyalnem uwzględnieniem odruchów“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XVII neuropatologiczną). (61)

47) Dr. Urbanik (Kraków). „O infuzyi i hypodermoklizie“. (187)

Komitet gospodarczy sekcyi chirurgicznej przypomina uczestnikom zjazdu w sprawie regulaminu obrad, że:

1) Temata obrad ogólne (referaty) nie mogą trwać dłużej nad 25 minut, odczyty i demonstracye nie dłużej nad 15 minut, a zabierający głos w dyskusyi tak nad referatami, jak nad odczytami nie mogą przemawiać dłużej nad 5 minut.

2) Temata odczytów na zjazd przyjmuje komitet gospodarczy sekcyi chirurgicznej tylko do d. 1 czerwca 1900 r.

Wykłady wypowiedziane na posiedzeniach sekcyi chirurgicznej drukowane będą wraz z dyskusyą *»in extenso«* w „Przeglądzie chirurgicznym“ niezależnie od streszczeń, pomieszczonych w „Dzienniku Zjazdu“.

Streszczenia zamierzonych wykładów dla „Dziennika Zjazdu“ należy nadsyłać do d. 1 czerwca 1900 na ręce gospodarzy lub sekretarzy odpowiednich sekcyj.

W sekcyi IV (zoologicznej) zgłoszono wykłady:

1) S. Sikoryak (Lwów). „Przyczynki do fauny wijów galicyjskich“. (188)

2) S. Sikoryak. „Badania nad stosunkiem ucha do pęchcrza pławnego u ryb śledziowatych“. (189)

3) Prof. Dr. Józef Nusbaum (Lwów). „Przyczynki do znajomości anatomii porównawczej ryb“. (190)

4) Prof. Dr. Nusbaum. „Przyczynki do embryologii ryb kościstych“. (191)

Kraków d. 2 kwietnia 1900.

Prof. Dr. St. Ciechanowski
sekretarz kom. gosp. (Wielopole 4).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 5 kwietnia.

Otrzymujemy następujące pismo:

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza niniejszem konkurs na nagrodę w kwocie 600 koron z funduszów Towarzystwa za najlepszą pracę naukową z dziedziny nauk lekarskich, napisaną w języku polskim i dotychczas nie ogłoszoną drukiem. Wybór tematu pozostawia się autorom z tem jedynie zastrzeżeniem, by praca była opartą na stosunkach krajowych i miała znaczenie dla poprawy stosunków zdrowotnych w kraju. Ubiegać się mogą o nagrodę wszyscy lekarze bez ograniczenia.

W razie uznania przez wybrany przez Radę zawiadowczą Komitet sędziów szczególnej wartości literacko-naukowej pracy, może nagroda być podwyższoną do 1000 koron. Termin złożenia rozpraw z zachowaniem zwykłych form konkursowych oznacza się do końca stycznia 1901 r.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. gal.

Dr. Gołębiowski. *Dr. Merunowicz*, prezes.

Otrzymujemy następujący list otwarty:

Szanowny Kolego Redaktorze!

W 83 Nrze »Czasu« znajdujemy artykuł podpisany przez prof. Dra Domańskiego p. t. „Gruźlica w Krakowie“. Autor, znany z troskliwości o dobrą opinię miasta, dla którego stosunków higienicznych zrobił niewątpliwie bardzo dużo, pragnąłby i teraz, gdy chodzi o rozpowszechnienie gruźlicy, ażeby miasto Kraków nie doznało szwanku w opinii w porównaniu do innych miast, które zdaniem jego daleko więcej na gruźlicę są narażone. Jako przykład przytacza Wiedeń z 74. Lwów 87·70, Pragę 106·70, Berno 108·70 śmiertelności, gdy w Krakowie cyfra ta wypada najniżej, bo 71·16 na 10.000 mieszkańców.

W tej chwili nie wchodzimy w krytykę cyfr, które w różnych czasach mogą dawać bardzo znaczne wahania w odsetkach. Już jednak z tego zestawienia prof. Domańskiego widzimy, że Kraków składa również pokaźną daninę gruźlicy, zabierającej stokroć więcej ofiar, niż wszystkie inne epidemie, przed obawą których społeczeństwo tyle różnych przedsiębierze środków. Jeżeli zatem autor wzmianki w »Przeglądzie Lekarskim« nawołuje do walki ze złem tak groźnem, które już w całym świecie cywilizowanym zwróciło na siebie powszechną uwagę, dlaczego my Polacy stoimy w tym względzie na ostatniem miejscu? Czy uspokajając opinię publiczną, że wszystko u nas jest dobrze, nie stajemy w sprzeczności z cyframi? Gdy w Niemczech w ciągu roku powstaje kilkanaście sanatoryów dla chorych na gruźlicę, co u nas się robi? Ani jednego w całym kraju niema. Gdy gdzieindziej społeczeństwo wszelkimi sposobami, bo i zapomocą broszur i licznymi odczytami popularnymi, a nawet plakatami przestrzega przed zaraźliwością gruźlicy, u nas prof. Domański twierdzi, że nawoływanie instytucyi, popularyzujących wiedzę dla ogółu (uniwersytet ludowy — lub kursa specyalne dla lekarzy — kursa wakacyjne) do szerzenia wiadomości o gruźlicy, »nic nie zaszkodzi i niewiele pomoże, bo rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie w przestrzeganiu przepisów higienicznych, ale w poprawie stosunków ekonomicznych.«

Dziś nie wolno nam lekarzom odzywać się w ten sposób. Stosunki ekonomiczne grają niewątpliwie wielką rolę w szerzeniu się gruźlicy i innych chorób zakaźnych, ale podobnie, jak wilgotne drzewo nie zgnije, gdy się doń grzyb lub właściwy mikrob nie dostanie, również i człowiek, choćby najgorzej odżywiany, nie umrze na gruźlicę bez zakażenia. Że gdzieindziej jest może w tym kierunku gorzej, wcale nas to nie uwalnia od przedsiębrania środków zaradczych.

Jeżeli tak mówią u nas lekarze, to co ma sądzić ogół nielekarski?

Ludzie dobrze świadomi swych celów i obowiązków powinni właśnie raz porozumieć się, co robić należy i u nas w obec tej plagi, tak groźnej dla wszystkich społeczeństw. Miasto Kraków, jako główne ognisko naszej oświaty, powinno dać przykład i stanąć do walki a przedewszystkiem obmyśleć środki zapobiegawcze. Rada Miasta w pierwszym rzędzie powinna obmyśleć środki na budowę sanatoryów dla gruźliczych chorych, oraz postarać się o popularyzowanie odpowiednich publikacyj i pouczanie mieszkańców o sposobach zapobiegania gruźlicy. W dalszym ciągu Rząd powinien wydać ustawę, zaliczającą gruźlicę do chorób zakaźnych, co dotąd jeszcze w Austryi nie nastąpiło. O tych sprawach mam zamiar w niedługim czasie obszerniej pomówić. *O. Bujwid.*

Otrzymujemy następujący list otwarty:

Szanowny Panie Redaktorze!

W roku zeszłym z okazyi artykułu kol. Gwiazdomorskiego przesłałem Szanownej Redakcyi komunikat, w którym przedstawiłem bezskuteczne starania moje, czynione u władz miejscowych dla uzyskania pozwolenia zbadania dzieci uczęszczających do szkół ludowych krakowskich, by na podstawie zebranych dat statystycznych módz wysnuć wnioski o stanie zdrowotności naszej dziatwy szkolnej i zalecić środki zapobiegawcze. W dalszym ciągu moich zabiegów wniosłem dnia 30-go października 1899 roku podanie do c. k. Krajowej Rady szkolnej we Lwowie z prośbą o pozwolenie zbadania dzieci, uczęszczających do szkół

ludowych, a następnie prośbę osobiście poparłem u p. Wiceprezydenta Rady szkolnej Bobrzyńskiego, który *wyraził mi uznanie za podjęcie tej myśli, zasługującej na wszelkie poparcie ze strony władz*, nadmienił jednak, że sprawę odesłał do zaopiniowania do Krajowej Rady zdrowia.

Obecnie mogę przedłożyć Szanownej Redakcyi dosłowny odpis odpowiedzi C. k. Rady Szkolnej krajowej, która zasługuje, jak sądzę, na ogłoszenie jako »czyn dodatni« naszych Władz w kierunku zdrowia publicznego. Oto brzmienie tej odpowiedzi:

»C. k. Rada szkolna krajowa. Lwów, dnia 9 marca 1900 roku L. 4523. Do C. k. Rady szkolnej okręgowej miejskiej w Krakowie. Dr. Jan Landau, specjalista dla chorób dzieci w Krakowie, zamieszkały przy ulicy Grodzkiej Nr. 69., wniósł dnia 30 października 1899. bezpośrednio do C. k. Rady szkolnej krajowej prośbę o pozwolenie zbadania młodzieży, uczęszczającej do szkół krakowskich, pod względem zdrowotnym i umysłowym, przedkładając równocześnie wzór kwestyonaryusza, który mógłby wogóle posłużyć lekarzom do podobnych badań w innych miejscowościach. Na podstawie opinii c. k. Krajowej Rady zdrowia, do której c. k. Rada szkolna krajowa w tej sprawie się odniosła, zawiadamia C. k. Rada szkolna okręgowa Dra Jana Landaua, że wniosek jego *uznano za nader ważny i pożyteczny*, że jednak C. k. Rada szkolna *nie widzi możności wykonania tego projektu, jak długo nie ma w kraju przeprowadzonej organizacyi lekarzy szkolnych*. Wobec tego C. k. Rada szkolna krajowa *wstrzymuje się z udzieleniem pozwolenia na badanie młodzieży szkolnej* krakowskiej przez Dra Jana Landaua Za C. k. Namiestnika. Bobrzyński. — Wiel. Panu Drowi Janowi Landauowi w Krakowie udziela się do wiadomości. Z C. k. Rady szkolnej okręgowej miejskiej. J. Friedlein«.

Difficile est satiram non scribere. Jeżeli bowiem Krajowa Rada zdrowia i Reprezentant Rady szkolnej krajowej uznali wniosek za »nader ważny i pożyteczny« a znalazł się ktoś chętny do poniesienia trudu w imię dobrej, a dla społeczeństwa tak ważnej sprawy, nie pojmuję, o ile ta sprawa w danym przypadku zależy od organizacyi lekarzy szkolnych. Zapytać jednak wolno, czy p. Prezydent Bobrzyński sądzi, że w najbliższej a bodaj czy w nieco dalszej przyszłości możemy się spodziewać organizacyi lekarzy szkolnych? Czekajmy!

Dr. Jan Landau.

* Redaktor główny *Przeglądu lekarskiego*, kol. A. Kwaśnicki, usunął się na czas jakiś od zajęć redaktorskich z powodu potrzeby wypoczynku po przebytej grypie; przez ten czas zastępować go będzie kol. St. Ciechanowski (Wielopole 4).

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło we środę 4 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Bujwid mówił: »O zastósowaniu rur ołowianych przy wodociągach«. W ożywionych rozprawach zabierali głos koledzy: Browicz, Bier, Ciechanowski, Nowak, Seńkowski, Wachholz, Zarewicz i prelegent. Wykład kol. Dobrowolskiego odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

* Dnia 2 b. m. odbyła się na Wszechnicy lwowskiej niezwykła uroczystość, mianowicie pierwsza w dziejach lwowskiego Wydziału lekarskiego promocya doktorów wszech nauk lekarskich. Pierwsze te dyplomy otrzymali w obecności grona profesorów uniwersytetu, młodzieży akademickiej i licznej publiczności pp. Bolesław Kielanowski, Henryk Mańkowski i Piotr Pręgowski. Rektor uniwersytetu prof. Dr. Abraham i dziekan Wydz. lek. prof. Dr. Prus wygłosili podniosłe i pełne głębszych myśli przemówienia, poczem dokonał promocyi prof. Dr. Kadyi. Z radością i zadowoleniem przyjąć należy wiadomość o tym akcie, stanowiącym zewnętrzną oznakę, że Wydział lekarski lwowski działa już jako skończona całość.

* Dr. med. Józefa Joteyko, sprawozdawczyni z polskich prac do rocznika »L'année chirurgicale«, uprasza o nadsyłanie jej prac z zakresu chirurgii, wydanych w odbitce lub osobno, pod adresem: Institut Solvay, parc Leopold, Bruxelles.

* »Časopis lékařů českých« pomieszcza obecnie stale bibliografię lekarską słowiańską.

* W wiedeńskiej Radzie państwa wniósł poseł Dr. Roser, aby Rząd dążył do tego, iżby już w szkołach ludowych wpajano dzieciom zasady higieny życia codziennego i w ten sposób dawano jaknajwcześniej podstawy do prawidłowego postępowania z własnem zdrowiem. Wniosek ten może spotkać się tylko z ogólnem uznaniem lekarzy, higienistów i filantropów, a najłatwiej i najlepiej mógłby wejść w życie, — jak słusznie zauważa *Deutsche med. Wochs.*, — gdyby wprowadzono instytucyę lekarzy szkolnych, robiącą w Niemczech wielkie postępy, dzięki wytrwałym nawoływaniom i usiłowaniom samychże lekarzy. Do nich przedewszystkiem należy ile możności pośrednio i bezpośrednio myśl tę popierać.

* Kasa zapomóg lekarzy wiedeńskich, założona przez nowoutworzoną tamtejszą organizacyę lekarzy, weszła w życie w tej postaci, że w razie śmierci członka Kasy otrzymuje rodzina jego jednorazowe wsparcie, którego wysokość wzrasta w miarę liczby zabezpieczonych, (czyli w miarę wzrostu ogólnego rocznego dochodu), licząc za każdego zabezpieczonego 2 korony. Oprócz opłat rocznych musi każdy przystępujący do Kasy zapłacić wstępne, obecnie oznaczone na 4 korony bez różnicy wieku, lecz później wynosić mające stósownie do wieku 5 do 200 koron.

* Parlamentowi włoskiemu wkrótce przedłożony będzie wniosek, aby we Włoszech zakazano praktyki lekarzom cudzoziemcom, z wyjątkiem leczenia własnych ziomków i przyjazdu na narady lekarskie. Wniosek ten będzie niewątpliwie uchwalony.

* Uniwersytet w Odessie ma w tym jeszcze roku uzupełniony być Wydziałem lekarskim.

* »Časopis lékařů českých« podkreśla i zaznacza wykrzyknikiem wiadomość, poczerpniętą z *Nowin lekarskich*, że z 2679 Polaków, uczęszczających w r. z. na wszechnice austryackie, jeden tylko zapisany był na czeski uniwersytet w Pradze; natomiast na niemiecki zapisało się 5, w Insbrucku było 11, w Gracu 24, w Czerniowcach 44, w Wiedniu 241, we Lwowie 1094, w Krakowie 1259.

* Dr. A. Jaruntowski z Poznania ordynuje w chorobach piersiowych, gardła i nosa od początku maja do końca września w Reichenhall (Bawarya).

Mianowani: Prof. Romberg z Lipska dyrektorem kliniki w Marburgu, Prof. Dimmer z Insbrucku — profesorem okulistyki w Gradcu, Doc. E. Hering profesorem patologii og. i dośw. na niemieckiej wszechnicy w Pradze, Prof. Pearson profesorem chirurgii w Cork., a Dr. Cameron profesorem chirurgii w Glasgowie. — Prof. Ernst z Heidelbergu powołany do Zurychu na katedrę anatomii patologicznej w miejsce Ribberta.

Zmarli: laryngolog Whistler. w Londynie, chirurg prof. Saxtorph w Kopenhadze, Prof Leroy w Lille, okulista prof. Holmes w Chicago, Dr. E. Silbermann w Brodach, Dr. Bronisław Strożecki w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 13. J. Czajkowski: O patogenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. M. Goldbaum: Nowy objaw przy syringomyelii, łódkowata klatka piersiowa. W. Orłowski: O bakteryobójczem działaniu urotropiny (dok.). A. Sokołowski: Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę (dok.). *Medycyna* Nr. 13. Dr. K. Rzętkowski: Kilka uwag o chorobie Thomsena (*myotonia congenita*). S. Kossobudzki: Przyczynek do leczenia ran zakażonych. I. Sunderland: Badania jakościowe moczu w ściśle praktycznem zastósowaniu. *Kronika lekarska* Zesz. 6: Garliński W: Przypadek oderwania się tęczówki od wieńca rzęskowego. (*Iridodialysis*). Giedroyć W.: Notatki lekarskie z dziedziny chorób wenerycznych. *Czasopismo lek.* Nr. 4. Dr. F. Arnstein: Ciechocinek pod względem higieniczno-sanitarnym. Dr. A. Troczewski: Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagałkowej i okołoszczękowej z następnym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego. Dr. A. Tumpowski: Zakłady lecznicze dla niezamożnych chorych nerwowych. *Postęp okulistyczny*, Marzec: Talko J. Wągr oka w Polsce. Prof. Wicherkiewicz: O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 14 Kwietnia 1900. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.**

O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.).

Krwotoki, przydarzające się w trzecim okresie porodowym i bezpośrednio po porodzie, dochodzić mogą do tak znacznych rozmiarów, że częstokroć wyprowadzają z równowagi doświadczonego położnika, a tem większą grozą przejmować muszą niespecyalistów. Kto się nie oswoił z widokiem tych właśnie obfitych krwawień, kto się sam naocznie nie przekonał o tem, o ile większą utratę krwi zniesie ustrój położnicy od każdego innego ustroju, kto nie miał sposobności stwierdzenia, jak szybko ustrój położnicy potrafi wypełnić lukę w swem gospodarstwie, powstałą z powodu krwotoku, ten z wszelką pewnością zwątpi o życiu położnicy już przy krwotoku nawet miernego nasilenia. A zdarzy się to także nawet lekarzowi-operatorowi, który przecież z krwotokami jest bardziej obyty.

Nie zamierzyłem jednak opisywać grozy wspomnianych krwawień; istotnym celem moim jest przedstawić na podstawie statystyki kliniki Prof. Jordana za ostatnie sześciolecie, jakie krwotoki w wspomnianych okresach porodu się przydarzają, jak się szuka za ich źródłem i jak się wobec nich postępuje.

Ogólnie, gdzie mowa o krwotokach w tych okresach porodu, tam wszędzie na pierwszem miejscu znajdujemy krwotoki atoniczne. Z tego powodu inne źródła krwotoku, zesunięte na drugi plan, tak mało powszechnie utkwiły w pamięci ogółu lekarzy, tak mało lekarze przyzwyczaili się szukać miejsca krwawiącego, że skoro znajdą się wobec przypadku krwotoku w tych okresach, najczęściej myśli swe kierują do krwotoku atonicznego, a co za tem idzie, działanie swe ograniczają do usunięcia tego domyślnego niedowładu macicy. Leczenie takie, bez dokładnego odnalezienia przyczyny schorzenia, jest tylko czysto objawowem, tem samem często bezskutecznem, a nieraz szkodliwem.

T. zw. krwotoki atoniczne są wywołane nieodpowiedniem kurczeniem się macicy; przydarzają się często, ale przecież nie tak często, jak to zwykło się przypuszczać. Że tak jest w rzeczywistości, świadczy najlepiej statystyka porodów klinicznych, którą poniżej przytoczę.

Co do częstości ustępują im, ale nieznacznie, krwotoki, które swe źródło mają w pęknięciach szyi. Na te właśnie krwotoki chciałbym dziś baczniejszą zwrócić uwagę, gdyż one z pewnością przy rozpoznawaniu bywają pomijane, a z tego też powodu i nieodpowiednio leczone. Ten rodzaj krwawienia jest również tak samo groźny, a może więcej niebezpieczny, niż krwotok atoniczny. A dlaczego tak jest, to łatwo zrozumieć; krwotok ten ma swe źródło w przedarciach pojedynczych gałązek tętnicy macicznej, gałązek, znacznie z powodu ciąży rozszerzonych. Zranienie zaś takich naczyń musi wywołać krwotok o cechach krwotoku ciągłego, tętniczego. Krwotok ten posiada cechy, różniące go od krwotoku atonicznego, a jako krwotok zupełnie odrębny wymaga odrębnego i swoistego postępowania w leczeniu.

Rozpatrując się dalej w krwotokach tych okresów porodu, wspomnę także o krwotokach, przydarzających się jedynie i wyłącznie wskutek częściowego odklejenia się łożyska w trzecim okresie porodu. Źródłem tego rodzaju krwotoków — jest również niedowład macicy, ale niedowład, mający jasną przyczynę w tem, że do powstania jego przyczynia się jedynie i wyłącznie zatrzymane łożysko w jamie macicy, częściowo już odklejone. Znaczniejsze krwotoki mogą wreszcie mieć swe źródło w przerwaniach pochwy, przedsionka, pęknięciach żylaków sromnych i w przedarciach tkanek, okalających łechtaczkę, względnie ujście cewki moczowej.

Krwotoki, z reguły znacznie mniejsze, przydarzają się przy pęknięciach krocza, o nich też, jako nieznacznych i bardzo co do swego pochodzenia jasnych, w dalszym ciągu wspominać wcale nie będę.

Jak często w ogóle krwotoki przydarzają się bez względu na swoją etyologię, to na to pytanie najlepiej odpowie statystyka kliniczna.

W klinice krakowskiej w ostatnich latach sześciu odbyło się 1597 porodów, z tych w 212 przypadkach notowano krwotoki, co daje 13,3% krwotoków. Do przedstawienia zaś wzajemnego stosunku pojedynczych źródeł krwotoku, niech posłuży następujące zestawienie I.

Tablica I.

Rok szkolny	Krwotok przed odejśc. łożyska	Krwotok atoniczny	Krwotok z pęknięcia szyi	Krwotok z pęknięcia pochwy	Krwotok z okolicy łechtaczki i ujścia cewki	Krwotok z żylaków sromu i przedsionka	RAZEM
1893/4	7	8	4	2	1		22
1894/5	7	14	4	4	3	2	34
1895/6	17	15	6	11	3	3	55
1896/7	16	13	7	11	5	2	54
1897/8	8	7	3	6	2		26
1898/9	8	11	19	6		3	47
1899		2	4	1			7
Suma	63	70	47	41	14	10	245

Z zestawienia powyższego wynika, że w ciągu sześciu lat było w klinice 63 krwawień, które wyłącznie odnieść było można do częściowego odklejenia się łożyska, 70 krwotoków atonicznych, 47 krwotoków wskutek przedarcia szyi, 41 wskutek przedarcia pochwy, 14 z powodu pęknięć około cewki i łechtaczki, 10 z powodu pęknięcia żylaków i przedsionka. Ogólna liczba zestawionych krwawień 245 nie zgadza się z liczbą powyżej wymienioną 212, a to dlatego, że u jednej i tej samej rodzącej krwotok równocześnie miał kilka źródeł swego powstania.

Rozpoznanie w trzecim okresie porodu, skąd krwawienie pochodzi, nie należy do rzeczy nadmiernie trudnych; wymaga jednak bardzo szybkiego oryentowania się, gdyż każda chwila niepotrzebnie stracona może stanowić o życiu kobiety. Skoro krwotok wystąpi bezpośrednio po urodzeniu się płodu, to rzecz jasna, że krwotok ten może pochodzić albo z macicy, albo też z obrażenia szyi lub niższego odcinka narządów rodnych. Jeżeli krwotok pochodzi z macicy, to krew sączy się z miejsca łożyskowego, od którego już częściowo łożysko się oddzieliło. Łożysko, jak wiadomo, może odklejać się według dwóch typów, zwanych mechanizmami. Jeden typ, to mechanizm Schultzego; tu, jeżeli łożysko się częściowo odklei, to krew gromadzi się między miejscem łożyskowem, a częścią odklejoną łożyska. Przy tym rodzaju krwawienia mogą być tylko objawy krwotoku wewnętrznego, t. j. nagłe powiększenie się rozmiarów macicy przy ogólnych objawach ostrej niedokrewności. Inaczej będzie przy mechanizmie Dunkana: tu krew, wylewająca się z miejsca łożyskowego, może odpływać na zewnątrz; odpływ krwi raz będzie skąpszy, to znowu obfitszy, zależnie od tego, czy macica będzie w skurczu, czy też w rozkurczu. Większą ilość krwi i to zwykle częściowo skrzepłej wypierają skurcze maciczne; krew odpływająca ma cechy krwi żylnej.

Podobne cechy posiada krwawienie i krew odpływająca przy krwotokach atonicznych po odejściu łożyska. Tu krwawienie trwa podczas każdego rozkurczu, a nagle zwiększa się z początkiem każdego skurczu. Dlaczego krwawienie, będące wynikiem niedowładu macicy, ma te cechy, to łatwo jest zrozumiałe. Skoro macica się rozkurczy, wylewa się krew z miejsca łożyskowego, może ona przez drogi porodowe otwarte spływać na zewnątrz, ale równocześnie, co nawet częściej się przydarza, nagromadza się ona w jamie macicy, gdyż ściany macicy rozkurczonej łatwo poddają się nagromadzającej się w jamie krwi. Krew gromadząca się w jamie macicznej, posiada warunki do krzepnięcia. Skoro przy tak rozdętych ścianach powstanie skurcz macicy, to on w pierwszym rzędzie musi spowodować nagłe wypróżnienie jamy, a co za tem idzie, nagle wielka ilość krwi wraz ze skrzepami musi być wydaloną na zewnątrz.

Nie zawsze jednakże przy krwotoku atonicznym jest zachowany wspomniany typ krwawienia; czasami, i to w najgroźniejszych przypadkach, wprost leje się krew strumieniami bez przerwy, a to dlatego, gdyż w tych przypadkach utrzymuje się ciągły i trwały rozkurcz macicy. Są to przypadki bardzo groźne, na szczęście jednak należą one do wyjątków, a występują po bardzo znacznych rozdęciach ścian macicy, jak po ciąży bliźniaczej lub przy nadmiarze potoku (hydramnios). Krwotok atoniczny rozpoznać łatwo przez zbadanie ręką od powłok, mianowicie — jak się zachowuje macica; gdyż macica dobrze skurczona wyklucza odrazu krwotok atoniczny. Jedynym wyjątkiem od tej reguły są tu krwotoki z częściowego wynicowania macicy, czyli krwotoki mające swe źródło w porażeniu miejsca łożyskowego. Tu nie cały mięsień macicy jest niedowładnym, owszem znaczny odcinek macicy jest dobrze skurczony, a tylko miejsce łożyskowe nie bierze udziału w skurczach i z tego powodu wpukla się do jamy macicznej w kształcie lejka, ugniecionego dookoła dobrze skurczonym miąższem macicznym. Przypadki takiego częściowego wynicowania macicy należą do rzadkości.

Krwotok z macicy, nawet dobrze skurczonej, może zdarzać się również przy ogólnych schorzeniach, jak w wadzie serca, będącej w okresie niedomogi, lub też krwawiączce. Przy wadzie serca krwotok taki jest wynikiem ogólnego zastoju, w krwawiączce (*haemophilia*) jest objawem schorzenia narządów krążenia. Pod wpływem wspomnianych chorób ogólnych krwotoki jednakże nie tylko mogą mieć swe źródło w macicy z miejsca łożyskowego, ale podobnie z każdego obrażonego miejsca przewodu rodnego, a nawet z najmniejszego otarcia. Jako przykład mogę przytoczyć przypadek, który niedawno spostrzegałem w klinice (l. p. 15 (219) z roku 1899/1900). Dotyczył on kobiety, dotkniętej wadą serca w okresie jego niedomogi i obustronnem zapaleniem płuc. Ogólny zastój znacznego stopnia w krążeniu sprowadził u tej chorej śmierć dziecka i poród przedwczesny w 8 miesiącu księżycowym. Przy porodzie tym, zresztą prawidłowo przebiegającym, powstały bardzo drobne otarcia na wewnętrznej powierzchni warg sromnych mniejszych, z tych to otarć zwykłych powstał krwotok znacznych rozmiarów; nasilenie jego było takie, jak gdyby równocześnie w kilku miejscach pękło kilka żylaków. Macica w tym przypadku bardzo dobrze się kurczyła i z macicy krwotoku nie było żadnego.

Muszę jeszcze powrócić na chwilę do krwotoków atonicznych, a to w tym celu, by odpowiedzieć na pytanie, w jakim czasie po porodzie te krwotoki mogą się przydarzyć. Największe niebezpieczeństwo ich pojawienia się istnieje zaraz w pierwszym kwadransie po porodzie łożyska; nie wypływa z tego jednakże wcale, by po upływie tego okresu czasu krwotok z niedowładu macicy już nie mógł wystąpić. Owszem dość często przydarza się, że wkrótce po porodzie wypłynie z macicy podczas rozkurczu względnie nieznaczna ilość krwi, niejako tylko ślad krwotoku atonicznego; po tem dobrowolnie wystąpi skurcz macicy i krwawienie zniknie zupełnie, a dopiero po szeregu minut, a nawet w 2 do 3 godzin, bardzo wyjątkowo później, może się nagle pojawić bardzo groźny krwotok atoniczny. Taki typ krwawień atonicznych nie należy wcale do rzadkości.

Zupełnie inny typ krwawienia będą miały krwotoki, pochodzące z obrażeń przewodu rodnego. I tak jeżeli po odejściu łożyska, a przy dobrze skurczonej macicy i przy braku jakiegoś ogólnego schorzenia rodzącej, wystąpi krwotok, jeśli ten krwotok trwa bez przerwy i ma cechy krwotoku tętniczego, to łatwo wykluczyć odrazu wszelkie krwotoki z macicy, a musimy bacznie szukać przyczyny w szyi, pochwie i na sromie. Odszukanie miejsca krwawiącego w tych razach nie będzie prawie nigdy natrafiało na wielkie przeszkody; nierzadko bowiem zbadanie palcem, a co właściwsze, obejrzenie wspomnianych dróg porodowych we wzierniku łyżkowym, odkryje źródło krwotoku.

Najobfitsze ze wspomnianych krwawień są krwawienia, pochodzące z przedarć szyjki. Rzecz to zupełnie jasna: przy przedarciach szyjki mogą uledz przerwaniu nawet grube gałązki tętnicy macicznej i wywołać bardzo znaczny krwotok tętniczy.

Znaczne krwotoki, dosyć trudne czasam do opanowania, są krwotoki, powstałe z przedarcia żylaków. Jako przykład niech mi wolno będzie przytoczyć przypadek, który mam w pamięci, gdyż przed kilku miesiącami spostrzegałem go w klinice. Dotyczył on ciężarnej w 7 miesiącu księżycowym, u której prawdopodobnie podczas spółkowania pękł żylak wargi sromnej. Z żylaka tego powstał tak mocny krwotok, że przez bardzo krótki czas, jaki potrzebowała na przybycie do kliniki, mimo podpaski uciskającej była bardzo znacznie skrwawiona.

Podobnie obfite pojawiają się krwotoki z pęknięć okolicy łechtaczki i ujścia cewki moczowej, mniej zaś obfite z pochwy.

Ze względów praktycznych będzie rzeczą zajmującą przedstawienie, wśród jakich warunków krwotoki z tych pojedynczych źródeł występują, co postaram się kolejno przedstawić.

Krwotoki, występujące przed odejściem łożyska, a mające wyłącznie swe źródło w macicy, mogą się tylko pojawiać wtedy, gdy część łożyska się odkleiła. Wtedy musi krwawić przy każdym rozkurczu z miejsca łożyskowego; skurcz stały i dobry macicy wystąpić nie może, gdyż temu przeszkadza obecność w jamie macicy ciała obcego, którego najpierw macica pozbyć się musi. Krwotoki te nie bywają zwykle zbyt obfite, jeżeli się odpowiednio trzeci okres porodu prowadzi. Odklejenie łożyska powstaje podczas skurczu macicy, przeto należy tylko wywołać skurcz macicy, a już ma się wszelkie warunki, by i ta część łożyska jeszcze nie odklejona oddzieliła się od powierzchni łożyskowej. Zwykle też to po kilku skurczach macicy następuje, wyjąwszy chyba takie przypadki, gdzie między łożyskiem, a ścianą macicy istnieją bardzo ścisłe zrosty, co w każdym razie należy do rzadszych wydarzeń. Jeżeli takie częściowe przyrośnięcie łożyska rzeczywiście się przydarzy, to wtedy samoistne odklejenie jest niemożliwem, a rodząca naturalnie bez odpowiedniej pomocy musiałaby się skrwawić. Wśród jakich warunków ten rodzaj krwotoków się pojawia, najlepiej wykaże następujące zestawienie:

Tablica II.

R o k 1893/4.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
18	18	XII	obrót	
165	25	II		
175	21	II	wydobycie płodu	
234	24	I	kleszcze nizkie	
296	33	IV		zapalenie nerek
310	31	I		bliźnięta
314	40	I	pomoc ręczna	bliźnięta

R o k 1894/5.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
36	28	II	obrót, wydobycie	
83	28	I	kleszcze wysokie	
122	35	II		
320	34	VII	obrót, wydobycie	bliźnięta
321	36	I	kleszcze nizkie	
329	20	I		
355	22	VII		

R o k 1895/6.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
17	26	I		
18	30	VII		
32	21	I		
35	29	II	kleszcze nizkie	
41	26			bliźnięta
72	27	I	kleszcze nizkie	
79	40	X	kleszcze wysokie	
123	30	I		
125	35	VIII		
213		II		
238	33	I		
243		II		
264	23	I	pomoc ręczna	
322	27	II		
327	24	I		
333	37	X	obrót	łożysko przodujące
340	28	I	kleszcze nizkie	

R o k 1996/7.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
16	20	I		
65	23	I	wymóżdżenie	
121	32	V		
149	47	VIII	obrót	
154	26	I	symfis. kleszcze niz.	
156	35	IV	kleszcze wysokie	
162	20	I	kleszcze nizkie	
180	24	II		
185	28	II		
202	33	III	obrót	
209	35	IX		
224	42	III		
227	40	V	kleszcze nizkie	
231	20	I		
248	24	II		
253	24	II		
283	30	II		

R o k 1997/8.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
20	20	I	kleszcze nizkie	
72	27	II		
87	22	I		
111	35	II	symfiseotomia	
190	27	II		
205	22	I		
219	30	III		
233	25	II	pomoc	

R o k 1898/9.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
18	19	I		
24	16	I		
54	26	I		
57	37	III		
142	23	II		
154	35	VI	obrót	
155	26	II	pomoc ręczna	bliźnięta
159	21	I	wygniecenie	

Jak z powyższego zestawienia wynika, krwotoki powstałe wskutek nieodpowiedniego wydzielania się łożyska przy-

darzają się częściej u wieloródek, przeto u kobiet w późniejszym wieku. Do nieprawidłości w odklejeniu się łożyska przyczyniają się zmiany zapalne błony śluzowej macicy, które częściej, jak zestawienie wyraźnie wskazuje, przydarzają się znowu u wieloródek, aniżeli u pierwiastek. Ważną rolę w tej nieprawidłości porodu odgrywają również zapalenia nerek, jednakże w zestawieniu powyższem to nie jest uwidocznione. Wynika to stąd, że często bardzo zmianom w nerkach towarzyszą bardzo rozległe zmiany w utkaniu łożyskowem i to w całej jego rozległości tak, że łożysko wcale od swego miejsca łożyskowego się nie odkleja, a co z tego wynika, że w takich razach wcale krwawienia żadnego niema. Zestawienie to poucza, że na powyższy rodzaj krwawienia zabiegi operacyjne, wykonane w I. okresie porodowym, wcale wpływu nie mają. (C. d. n.)

II. Trąd męskiego narządu płciowego.

Podał

Radca zdrowia **Dr. Leopold Glück**

Prym. szpitala kraj. w Sarajewie.

(Dokończenie).

S y m p t o m a t o l o g i a i p r z e b i e g. Trąd narządu płciowego u mężczyzn głównie występuje w dwóch postaciach, nie rzadko z sobą powikłanych, mianowicie, jako całkowita lub częściowa wada rozwojowa, albo też jako postać swoiście nowotworowa, która zwykła przybierać różne kształty ze względu na swoje umiejscowienie i zaczątkowe rozwinięcie; w pierwszym przypadku zmiany te należy uważać za następstwo cierpienia ogólnego, w drugim zaś jako działanie istot chorobotwórczych. Oczywiście, przeszkody rozwojowe dadzą się tylko stwierdzić u takich chorych, którzy już trędowatymi byli przed, albo podczas okresu dojrzewania płciowego; w tych przypadkach cały narząd rodny pozostaje albo na stopniu dziecięcym, lub też, — co się częściej zdarza, — przeszkoda rozwojowa dotyczy tylko samych jąder. W wyjątkowych zaś razach można także spotkać, że przy prawidłowo rozwiniętych jądrach samo prącie pod względem rozrostu nie dotrzymało kroku.

Dziecięcy niedorozwój (*infantilismus*) narządu płciowego u trędowatych mężczyzn znamionuje się drobnymi rozmiarami prącia, moszen i jąder, nie odpowiadającymi wiekowi, ani wzrostowi osobnika, zarówno jak i brakiem porostu na wzgórku łonowym. Tego rodzaju przypadki są stosunkowo rzadkie — my spostrzegaliśmy ich tylko cztery.

Jeśli przeszkoda rozwojowa dotyczy jąder, to one rzadko kiedy są większe od orzecha i bywają albo bardzo zbite, albo też miękie i gładkie; w wyjątkowych razach mogą także jądra posiadać guzowatą powierzchnię, co wskazuje na usadowienie się tam guzów trądowych. Również zdarza się, że tylko jedno jądro bywa nierozwinięte, podczas gdy drugie jest albo prawidłowe, albo też okazuje inne objawy chorobowe.

Częstość zaś tego zupełnego lub częściowego niedorozwoju jąder wyjaśnia następujące zestawienie: na 44 naszych chorych było 18, u których objawy trądu wystąpiły przed, względnie podczas okresu dojrzewania płciowego; z tych było 4 z zupełnym niedorozwojem jąder, a 9 z częściowym, — z czego wynika, że 29·5% mężczyzn wogóle, dotkniętych trądem guzowatym i mięszanym, a 72% tych, którzy zachorowali przed okresem dojrzałości płciowej, miało albo zupełnie, albo częściowo nierozwinięty narząd rodny.

Obok przeszkód w rozwoju należy uwzględnić działanie zanikowe trądu. Według naszych dotychczasowych spostrzeżeń zanikowi ulegają wyłącznie jądra. Z liczby 26 chorych, u których trąd wystąpił po okresie dojrzewania płciowego, miało 9, tj. 34·6%, więcej lub mniej zanikłe jądra. I w tych przypadkach zmiany nie dotyczyły zawsze obydwóch jąder; u 3 było tylko jedno zmniejszone, podczas gdy drugie znaleziono albo zupełnie prawidłowe, albo też w inny sposób trądowo zmienione.

Rozporządzamy zbyt szczupłą liczbą chorych, by módz odpowiedzieć na pytanie, czy zanik jąder, występujący w przebiegu omawianego cierpienia, jest wynikiem trądu, jako cierpienia ogólnego, czy też jest następstwem swoistych, ale już przebytych spraw zapalnych miejscowych. Okoliczność jednak, że w niektórych przypadkach pojawia się samoistny zanik jąder, w drugich zaś — obok zaniku istnieją także i inne zmiany chorobowe, jak np. stwardnienia poszczególnych części, obecność guzów — dowodzi, że trądowy zanik jąder może powstać jednym i drugim sposobem.

Ani dziecięcy rozwój części rodnych, ani ich zanik, nie okazują żadnych takich znamion, po którychby można rozpoznać miejscową sprawę chorobową, jako trąd. Niczem ona się nie wyróżnia od tych postaci zaniku, które zwykły się pojawiać w przebiegu kiły lub gruźlicy; atoli za jej związkiem przyczynowym z trądem przemawia, obok nader częstego występowania, także i ta okoliczność, że podczas całego przebiegu choroby można czasem wyśledzić ten stopniowo postępujący zanik jąder.

Inaczej zupełnie rzecz się ma z objawami, które są bezpośrednim wynikiem działania dotyczącego prątka; noszą one na sobie niewątpliwe piętno swoistości, wskutek czego mogą być rozpoznane już na pierwszy rzut oka, jako zmiany trądowe. Przechodząc tedy do opisywania poszczególnych tych objawów, musimy przedewszystkiem zwrócić uwagę na zmiany, występujące na prąciu.

Z naszych spostrzeżeń wynika, że zmiany trądowe na członku mogą się pojawiać w dwóch różnych postaciach: jako guzki, albo w kształcie płaskich nacieków. Pierwsze nie przewyższają zwykle rozmiarami soczewicy, dochodzą atoli w niektórych przypadkach do wielkości ziarnka kukurydzy; guzki te tworzą — według umiejscowienia — albo półkuliste albo płasko-wypukłe wyniosłości, mniej lub więcej zbite i ostro odgraniczone, mało co wyróżniające się zabarwieniem od swego otoczenia, albo też są barwy bladoróżowej, żółtawo-brunatnej, przechodzącej w odcień niebieskawo-czerwonawy. Na powierzchni żołędzi są te guzki nieregularnie rozrzucone, podczas gdy na jej obwódce są zwykle ułożone wieńcowato, — na napletku zaś i na skórze prącia tworzą mniejsze lub większe gromady.

Przez większą ilość guzków, usadowionych na żołędzi, bywa ta ostatnia mniej lub więcej zniekształtnioną, staje się półkulistą i o nierównej powierzchni; gdy atoli te guzki leżą dokoła krawędzi napletka, wówczas mogą sprowadzić trwałą stulejkę, połączoną z obrzękiem całego napletka. Prócz tego może się i w tych przypadkach wytworzyć stulejka, w których guzki zajmują zewnętrzną błonkę napletkową.

Guzki pozostają na prąciu przez długie lata niezmie-

nione, okazując bardzo rzadko skłonność do wessania lub do wrzodziejącego rozpadu. W pierwszym przypadku powierzchnia ich jest lekko zmarszczona i o bladym połysku, w drugim występuje zaczerwienienie o charakterze zapalnym. Dotychczas raz tylko mieliśmy sposobność widzieć wrzodziejące guzki trądowe na prąciu. Owrzodzenia te wystąpiły w przebiegu erupcyi (Nachschub), — a po jej zniknięciu zabliźniły się w krótkim czasie. W tym przypadku guzki te, wielkości ziarnka kukurydzy, — były usadowione na krawędzi stulonego napletka.

Według naszych dotychczasowych doświadczeń nacieki trądowe prącia występują wyłącznie tylko na żołędzi. Przedstawiają się jako płaskie, zbite nowotwory, złożone w głębi tkanki, ostro odgraniczone, wielkości centa, bardzo mało lub wcale nie zmieniające barwy powierzchni i tylko dotykiem mogą być stwierdzone; czasem tylko spostrzega się miejsce, przez nacieki zajęte, jako lekko wyniosłe i nieco bledsze. Nacieki te są usadowione albo w trzonie, albo na szczycie żołędzi, — bardzo rzadko na jej obwódce.

Nacieki trądowe, tkwiące w wierzchołkowej części żołędzi, przedstawiają się w kształcie zbitego, płaskawego wału, otaczającego ujście, w takim przypadku zwężone, cewki moczowej i okazują skłonność do rozpadu, tworząc okrągłe płaskie wrzody wielkości halerza, których żółtawo-zielona wydzielina silnie przystaje do dna wrzodu. Ze środka tego płaskawego dna pagórkowato sterczą wargi cewki, zaczerwienione i obrzękłe, — w wydzielinie zaś wrzodu zawsze można stwierdzić badaniem bakteryologicznem liczne prątki trądowe. Wrzody goją się zwykle szybko i pozostawiają płaską i okrągłą bliznę, pociągającą za sobą zwężenie ujścia cewki moczowej, czasami tak silne, że zaledwie główkę od szpilki można przezeń przesunąć. Oczywiście, że przez to bywa utrudnione i oddawanie moczu.

Często poddawaliśmy śluz, pochodzący z zwężonej cewki moczowej naszych trędowatych, badaniu bakteryologicznemu i zawsze stwierdzaliśmy obecność prątków trądu; raz tylko były one odosobnione; zwykle zaś spotykano w pierwoszczy pojedynczych płaskich komórek przybłonkowych mniejsze lub większe kolonie tych drobnoustrojów.

Jeśli blizna jest większa, wówczas przedstawia się żołędź na swym wierzchołku przypłaszczona, jakby ścięta; wspomnieć nadto wypada, że blizny te mogą w okresie występującej erupcyi ponownie uledz rozpadowi, — goją się atoli stosunkowo dość szybko po ustąpieniu gorączki.

Skoro zmiany trądowe obejmują, — co się czasem zdarza, — równocześnie żołędź, napletek i skórę prącia, wówczas cały członek jest nierównomiernie guzowaty, w przednim swym odcinku matowo-różowy lub brunatnawy, mniej lub więcej powiększony, obrzękły i przybiera kształt pałeczkowaty. W rowku wieńcowatym jak i na wewnętrznej blaszce napletka nie spostrzegaliśmy dotąd zmian trądowych.

Z upodobaniem usadawiają się omawiane zmiany chorobowe na przedniej i dolnej powierzchni moszen, podczas gdy boczne jej części nie bywają zwykle zajęte; w większej zaś liczbie przypadków występują objawy trądowe na mosznach równocześnie z takimiż zmianami na prąciu, — aczkolwiek zdarzały się u nas przypadki, w których same tylko moszna bywały chorobowo zmienione. Guzy, występujące na worku mosznowym, są zwykle większe od guzów na prąciu i okazują żywsze zabarwienie. Przedstawiają się jako płasko-wypukłe lub półkuliste wyniosłości, powodujące, gdy się znachodzą w większej ilości, obrzęk swego otoczenia. Jeśli obok guzów istnieją i płaskie, w tkance tkwiące nacieki, (które przewyższają czasami swą wielkością guldena), wówczas moszna bywają powiększone, częścią gładkie, częścią pagórkowate, różowo lśniące, zgrubiałe i bez porostu; całość przedstawia obraz modzeli skóry *(pachydermia)* średniego natężenia.

Na jądrach występują objawy trądowe w dwóch postaciach: albo jako powierzchowne guzy, przyczem sam gruczoł wydaje się być niezajętym, albo jako zapalenie jąder trądowe *(orchitis leprosa)*. W pierwszym przypadku można wybadać na prawidłowem, czasami pomniejszonem jądrze mniejszą lub większą ilość zbitych guziczków od wielkości główki od szpilki do — pestki od wiśni, ostro odgraniczonych, kształtu półkulistego i nadających całej powierzchni jądrowej postać pagórkowatą. W drugim zaś przypadku bywa jądro gładkie, czasami nierówne, cokolwiek powiększone, częściowo stwardniałe i nierzadko przy dotyku bolesne.

T r ą d o w e z a p a l e n i e j ą d e r występuje w ogóle bardzo rzadko; my spotkaliśmy to cierpienie wszystkiego 3 razy; w dwóch przypadkach obydwa jądra były zajęte, w jednym tylko prawe jądro. Cały przebieg tego zapalenia odznacza się torem przepuszczającym, powodującym lekkie przypadłości podmiotowe, przyczem obrzęk jąder bywa zresztą nieznaczny. O ostatecznym wyniku wspomnianego cierpienia nie da się na razie nic stanowczego powiedzieć; — możliwem, a raczej prawdopodobnem jest, że prowadzi do zaniku rzeczonego narządu.

Jeszcze w mniejszym stopniu, niż poprzednie, wybitnymi są objawy, towarzyszące z a p a l e n i u t r ą d o w e m u p r z y j ą d r z a. Bywa ono w całości, albo też w swej części ogonowej, rzadziej głowowej, zgrubiałe, zbite lub gruczołowato nierówne i zwykle przy dotyku niebolesne, — czasami tylko w okresie wylęgania się cierpienia uskarżają się niektórzy chorzy na lekką miejscową tkliwość. Z reguły przylega takie przyjądrze silnie do jądra i tylko w wyjątkowych razach daje się od jądra odkleić; w jednym przypadku było przyjądrze zrośnięte z błoną kurczliwą moszen *(tunica dartos)*. B e r g m a n n mniema, że zapalenie przyjądrza występuje dopiero w późniejszym okresie trądu; — nasze spostrzeżenia pouczają, że zapalenie trądowe przyjądrza wystąpić może nawet w pierwszym roku choroby.

Przebieg rzeczonego cierpienia jest przewlekły, przyczem raz zajęte przyjądrze pozostaje prawie niezmienione aż do zejścia śmiertelnego. O zapaleniu sznurka nasiennego nie da się wiele powiedzieć, albowiem raz tylko mieliśmy sposobność stwierdzić to cierpienie w przebiegu trądu. Sznurek nasienny był w dotyku postronkowaty, nie okazując jednak przytem znamiennych zgrubień lub bolesności.

Opis kliniczny trądu narządów płciowych u mężczyzn nie byłby wyczerpującym, gdybyśmy zamilczeli o zaburzeniach czynnościowych wspomnianego narządu, występujących w przebiegu tego cierpienia. Już wyżej nadmieniliśmy, że większa część autorów starożytnych, wieków średnich i czasów nowszych aż do D a n i e l s s e n a i B o e k a przypisywała trędowatym chorobliwie podwyższoną pobudliwość płciową, która nie rzadko wyradzała się w obłęd lubieżny i ciągotki *(Satyriasmus i Priapismus)*; a nawet L e l o i r jeszcze sądzi,— aczkolwiek z pewnem niedowierzaniem, — że popęd płciowy

bywa zwiększony u niektórych chorych w okresie pojawienia się objawów trądu. Przeciw temu poglądowi musimy przedewszystkiem wystąpić z twierdzeniem, że prawie wszyscy chorzy, u których objawy znamienne występują przed, albo podczas okresu pokwitania, pozostają na stopniu niezdolności płciowej; według naszego bowiem doświadczenia można tu zaliczyć niespełna 40% wszystkich chorych, dotkniętych trądem guzowatym lub mieszanym. Wielce trafną odpowiedź dał nam pewien 25-letni chory, cierpiący od 10 lat na trąd na zapytanie, czemu się nie ożenił, a względnie czy nie ma zamiaru się żenić: „Pocóż mam się żenić, wszak nigdy nie potrzebowałem kobiety!“ I z tej przyczyny pozostają też wszyscy tacy chorzy, — przynajmniej u nas — w stanie bezżennym. Co się znów tyczy chorych, zapadających na trąd po okresie dojrzałości płciowej, musimy oświadczyć, że ich popęd płciowy zaczyna już słabnąć w pierwszym roku trwania choroby, zanikając zupełnie w 3. lub 4. roku; wzwody członka bywają coraz rzadsze i słabsze, aż całkiem ustają przy dobrem stosunkowo wejrzeniu chorego. Czasem jednak, mimo zupełnego braku wzwodu, może jeszcze zjawić się wypływ nasienia; zachodzi atoli pytanie, czy płyn ten w ogóle zawiera plemniki. Oczywiście, że z tego jednego przypadku, w którym tylko trafem mieliśmy sposobność zbadać pod drobnowidem świeży płyn nasieniowy, — nie możemy wyciągnąć daleko idących wniosków; w każdym razie wydaje się prawdopodobnem, że w przebiegu silniejszego schorzenia jąder i przyjądrza, połączonego z stopniowo rozwijającą się niezdolnością spółkowania, występuje również azoospermia. —

Wreszcie dodać należy, że u żadnego z naszych chorych nie zdołano przez wywiady stwierdzić podwyższenia popędu płciowego, ani w okresie wylęgania się choroby, ani po jej wybuchu, natomiast okazuje się z naszych spostrzeżeń, że zdolność płciowa może być zmniejszona jeszcze przed wystąpieniem ogólnych przypadłości. —

Ponieważ tedy narząd płciowy męzki tak często w przebiegu trądu guzowatego i guzowo-znieczulnego bywa zajęty nie tylko organicznie, ale i czynnościowo, — nasuwa się mimowolnie pytanie, czy i w jaki sposób te zaburzenia przyczyniają się do rozszerzania choroby? Nie mniej i ta okoliczność, że zewnętrzne części narządu rodnego bywają często siedliskiem zmian trądowych, każe nam się zastanowić nad możliwością zakażenia drogą obcowania płciowego, na co w ostatnich czasach mniej baczną zwracano uwagę.

Zwolennicy teoryi dziedziczności twierdzą, że przenoszenie się choroby z jednego małżonka na drugiego zdarza się tak rzadko, że już z tego jednego objawu można wnosić o niezaraźliwości trądu. Słusznem wprawdzie jest twierdzenie, że w okolicach, trądem nawiedzonych, napotyka się nie rzadko małżeństwa, żyjące z sobą długie lata, z których jedno jest dotknięte chorobą, a drugie zupełnie zdrowe, atoli i zaprzeczyć się również nie da, że i między małżonkami zdarzają się zarażenia, w szczególności zaraża zwykle kobieta mężczyznę (rzadziej odwrotnie), co kilkakrotnie mieliśmy sposobność stwierdzić. Czy jednak w tych przypadkach zakażenie nastąpiło w drodze obcowania płciowego, czy też w inny sposób, tego nie możemy rozstrzygnąć.

Już ta okoliczność, że zmiany trądowe, występujące na częściach rodnych zewnętrznych, nie bywają z reguły ani przeczosowate, ani owrzodziałe, kwestyonuje możność przeniesienia się choroby, wszelako z drugiej strony też wiemy, że tak guzki na rąbku napletka, jak i nacieki na wierzchołku żołędzi, przekształcają się w pewnych razach w wrzody, których naloty zawierają znaczną ilość prątków trądowych. Jeśli więc takie owrzodzenie znachodzi się u mężczyzny, który posiada jeszcze zdolność płciową, wówczas może się zdarzyć, że ten czynnik chorobotwórczy przenosi się przy spółkowaniu na przypadkowo przeczosowate miejsca płciowego narządu niewieściego, stając się w ten sposób przyczyną zakażenia. To są jednak przypuszczenia, wymagające jeszcze dowodów. — Większą już wagę, niż zmianom na zewnętrznych częściach rodnych, przepisać należy zapaleniem trądowym jąder i przyjądrzy, jakoteż zaburzeniom czynnościowym całego narządu płciowego, albowiem one już prawie w zupełności usuwają podstawę teoryi dziedziczności, bronionej jeszcze przez niektórych autorów. Nie da się zaprzeczyć, że trądem dotknięty mężczyzna, u którego cierpienie pojawiło się po okresie pokwitania, bywa przynajmniej jeszcze w pierwszym czasie choroby zdolnym do rozpłodu i że jedno lub drugie z jego dzieci może później zapaść na trąd, atoli nie ulega wątpliwości, że wszyscy tacy chorzy, u których cierpienie wystąpiło przed okresem dojrzałości płciowej i którzy kilka lat już chorują, odznaczają się zupełną niezdolnością płciową, wskutek czego oczywiście są i niepłodni. Jasną jest tedy rzeczą, że dziedziczność odgrywa, — jeśli w ogóle istnieje — tylko podrzędną rolę w rozszerzaniu się trądu; cierpienie to jest zatem prawie zawsze nabyte. W końcu zaznaczyć należy, że skąpa płodność trędowatych jest zjawiskiem znanem, któremu dotychczas brakowało tylko materyalnej podstawy.

R o z p o z n a n i e. Z uwagi, że zmiany trądowe na częściach rodnych występują zawsze w towarzystwie innych znamiennych objawów chorobowych, nie będzie rozpoznanie tego cierpienia przedstawiało wielkich trudności. Ponieważ atoli zmiany te mają wielkie podobieństwo do kiłowych, wenerycznych i innych, ponieważ dalej możliwość nie jest wykluczona, że chory, dotknięty trądem, może się także nabawić kiły, nie od rzeczy będzie porównawczo zestawić wymienione choroby.

Różnica między guzami i naciekami trądu, a **s t w a r d n i e n i a m i k i ł o w e m i** polega na tem, że te ostatnie przedstawiają się bądź jako nadżerki o powierzchni lśniąco-czerwonej, jak gdyby lakierowanej, albo też jako rzeczywiste wrzody; w obydwóch przypadkach znamionują się takie nacieki kiłowe, — z wyjątkiem płaskich nacieków na żołędzi, — swoją zbitą, prawie chrząstkowatą, podstawą. Jeśli tedy zważymy, że zmiany trądowe bardzo rzadko się rozpadają lub wrzodzieją, że następnie brak im tej twardej podstawy, i że wreszcie w wydzielinie wrzodów trądowych zawsze można stwierdzić prątki Hansena, łatwo pojmiemy, że błąd rozpoznawczy jest prawie wykluczony.

Stwardnienia, usadowione koło ujścia cewki moczowej, powodują u mężczyzny jej zwężenie, które na pierwszy rzut oka może mieć niejakie podobieństwo do zwężenia, pochodzącego z trądu. Dokładniejsze atoli badanie natychmiast nam wykaże w pierwszym przypadku znamienną zbitość przedniego odcinka cewki i śluzowatą, z niej sączącą się wydzielinę, czego w trądzie brak. Ostatecznie zaś wykazanie prątków trądowych w wydzielinie cewki, które zwykle udaje się przy każdem ściślejszem badaniu preparatów, usunie wszystkie inne wątpliwości.

Kłykciny szerokie płciowych narządów męskich występują jako płaskawe, przerosłe guzki, — bądź sączące lub wrzodziejące, bądź też suche. Jeśli zważymy, że zmiany trądowe wcale nie są sączące, wówczas pomyłka mogłaby tylko dotyczyć kłykcin suchych, a wyjątkowo wrzodziejących. Wiemy atoli, że suche kłykciny okazują po większej części łuszczącą się i matowo-lśniącą powierzchnię barwy brunatno-czerwonej lub miedzianej, podczas gdy guzy trądu, usadowione na obwódce żołędzi, na napletku, na skórze prącia i na mosznach, przedstawiają się jako brunatno-żółtawe lub blado-czerwone wyniosłości kształtu prawie półkulistego, przyczem dodać należy, że zmiany kiłowe są zwykle większe od zmian trądowych.

Wynik zaś dodatni z badania drobnowidowego prątków trądu skieruje zawsze naszą uwagę, bez względu na inne objawy, na właściwą drogę do rozpoznania istoty podejrzanego owrzodzenia, znajdującego się na częściach płciowych.

W przeciwieństwie do guzów trądowych mają kilaki i nacieki kiłowe wybitną skłonność do rozmiękania, jakoteż do przejścia w owrzodzenia, z towarzyszącymi temu mniej lub więcej wyraźnymi objawami zapalnymi. Te po większej części kraterowate i ostro-krawędziaste wrzody odznaczają się względnie bujnym nalotem, okazując przytem kształt często sierpowaty, a wejrzenie jak gdyby wężownicowate. Wszystkich tych znamion brak guzom trądowym.

Wrzody weneryczne możnaby tylko wówczas wziąć za zmiany trądowe, gdyby szło o owrzodzenia, usadowione na żołędzi: w tym bowiem przypadku są bardzo do siebie podobne. Atoli wynik ujemny z przeszczepienia na tegoż samego osobnika, zarówno jak i stwierdzenie prątków trądowych w wydzielinie, chronią od pomyłki rozpoznawczej.

Od ostrokończystych kłykcin wreszcie różnią się guzy trądowe swoją szeroką podstawą i gładką powierzchnią, zaś od mięczaków łojowych *(mollusca sebacea)* brakiem lekkiego dołka i brakiem zawartości galaretowatej o woskowym połysku.

Zwężenie ujścia cewki moczowej, powstałe wskutek przewlekłej rzeżączki, przenosi się z reguły i na przedni odcinek cewki, wskutek czego bywa ono stosunkowo większe i po części także twardsze od zwężenia pochodzenia trądowego. Nadto badanie drobnowidowe śluzu cewkowego stwierdzi w pierwszym przypadku obecność gonokoków, w drugim zaś prątki trądu, aczkolwiek czasami po kilkakrotnem dopiero badaniu. Wreszcie także i półkolista blizna, okalająca ujście cewki moczowej, przeważy szalę rozpoznawczą na korzyść trądu.

Zapalenie jąder kiłowe rozwija się wprawdzie tak samo powoli i niepozornie, jak odpowiednie cierpienie trądowe, — pierwsze atoli prowadzi po większej części do bez porównania większego obrzęku jąder, które bywają wówczas dwa, a czasami i trzy razy tak wielkie, jak w stanie prawidłowym; przy trądowem zaś zapaleniu jąder obrzęk ten jest nieznaczny. Niemniej bywa także jądro twardsze w kile, aniżeli w trądzie, zwłaszcza gdy temu towarzyszy przerost tkanki łącznej.

Z zapaleniem rzeżączkowem jąder nie można pomięszać trądowego zapalenia jąder, albowiem brak w ostatnim przypadku tych prawie nagłych i silnych objawów zapalnych przedmiotowych i podmiotowych, które występują w przebiegu tego cierpienia, ale pochodzenia rzeżączkowego. Tak samo łatwem jest odróżnienie od zapalenia gruźliczego, prowadzącego zwykle do rozmiękczenia jąder. Złośliwych zaś nowotworów, jak mięsaków lub raków jąder, wcale nie można tu brać pod uwagę, ze względu na ich rozwój i zupełnie odrębne objawy.

Zapalenie rzeżączkowe przyjądrza jest cierpieniem o przebiegu ostrym, czego brak tej chorobie, rozwijającej się na tle trądu, a tylko z zgrubieniami przyjądrza, pozostającemi często jako ślady minionej rzeżączki, możnaby pomięszać zapalenie trądowe przyjądrza. Tu nas zaś wywiady chronią od pomyłki, tem bardziej, że trądowego zgrubienia nigdy nie poprzedzało „zapalenie“ w pojęciu pospolitem.

Wnioski. Ścisłe badanie i dłuższe spostrzeganie schorzałych części płciowych u mężczyzn, dotkniętych trądem, doprowadziły do następujących wyników:

1. Trąd guzowaty zarówno jak i guzowato-znieczulny sprowadzają prawie zawsze, (więcej bowiem niż w 95% wszystkich przypadków) zmiany na częściach rodnych.

2. Jeśli objawy trądu występują u osobników młodych, t. j. stojących przed, albo w okresie pokwitania, wówczas stanowią one zupełną (całkowitą) lub też częściową przeszkodę w rozwoju narządu płciowego, odznaczającego się nadmierną małością rozmiarów w ogólności, w szczególności zaś jąder.

3. Dziecięcy niedorozwój (infantilismus) części rodnych nie wyklucza możliwości powstania na nich zmian trądowych.

4. U mężczyzn płciowo dojrzałych sprowadza trąd często już w wczesnym okresie zanik jądra, który pociąga za sobą nieudolność płciową.

5. Na prąciu występuje trąd w kształcie guzów i nacieków; najczęściej usadawiają się one na żołędzi, na zewnętrznej blaszce napletka, lub na jego rąbku i na skórze członka,— natomiast na wewnętrznej blaszce napletka i w rowku żołędziowym nie spostrzegano dotychczas zmian trądowych. Guzy i nacieki mogą już wystąpić w pierwszym roku choroby, utrzymując się później przez długie lata. Jeśli naciek, usadowiony na wierzchołku żołędzi, wyjątkowo zamieni się w owrzodzenie, wówczas może to ostatnie spowodować zwężenie ujścia cewki moczowej. Guzki na rąbku napletka mogą się stać przyczyną stulejki.

6. Również i na mosznach usadawiają się często guzy i nacieki trądowe; gdy się znachodzą w większej liczbie, tedy prowadzą do wytworzenia się ograniczonej modzeli skóry (pachydermia) średniego natężenia.

7. Jądra bywają zajęte trądem w 57% przypadków. Oprócz wspomnianego powyżej niedorozwoju dziecięcego i zaniku, występują także i na jądrach znamienne guzy. Zapalenie trądowe jąder jest stosunkowo rzadkiem zjawiskiem.

8. Najczęstszą zmianą, jaką można spotkać na narządzie płciowym u mężczyzn, dotkniętych trądem, jest zapalenie trądowe przyjądrza; znachodzi się ono prawie u 67% chorych. To cierpienie, znane jako przewlekłe, częściej występuje obustronnie, aniżeli po jednej stronie; często gęsto występuje już w pierwszym roku choroby, przyczyniając się bezwątpienia nie mało do powstania azoospermii, względnie aspermii.

9. Trądowe zapalenie sznurka nasiennego jest rzadkie.

10. Zarówno w wydzielinie z owrzodzeń trądowych, jak i w śluzie, otrzymanym z zwężonego ujścia cewki moczowej, można z reguły stwierdzić prątki trądu.

III. Wyciągi.

J. Wolff: **W sprawie leczenia owrzodzeń, zwężających odbytnicę. Przyczynek do operacyi wytwórczych na odbytnicy.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1900, N. 6, 7). W dołączeniu do opisu bardzo pouczającego przypadku, kilkakrotnie przez autora operowanego, rozpatruje on sprawę operacyi wytwórczych na odbytnicy. Przypadek W. dowodzi przedewszystkiem tego, że zdwojonym płatem skórnym można uzupełnić braki (powstałe n. p. po resekcyi) w ścianie odbytnicy i że płat ten, uległszy następnie zmianom na powierzchni swej, zwróconej ku światłu odbytnicy, poczyna zwolna przybierać cechy prawidłowej ściany odbytnicy. W dalszym ciągu zastanawia się autor nad dotychczasowymi wynikami resekcyi odbytnicy w przypadkach owrzodzeń zwężających (w szczególności kiłowych). Mimo twierdzenia Schedego, że niebezpieczeństwo dla życia, z tego zabiegu wynikające, nie jest w przeważnej ilości przypadków zbyt wielkie, wielu chirurgów stara się resekcyi unikać, przemawiając raczej za operacyami objawy uśmierzającemi (paliatywnemi). Takiemi operacyami są: *rectostomia posterior, colostomia* z poprzecznem przecięciem kiszki, *rectotomia externa* i *sigmoideo-rectostomia.*

Rectostomia posterior okazała się w przeważnej liczbie przypadków autora i innych chirurgów zabiegiem zupełnie bezużytecznym. *Colostomia* może dać dobry wynik nawet bez poprzecznego przecięcia kiszki, jeżeli przez czas dłuższy następowo przeprowadzonem będzie odpowiednie leczenie miejscowe. W większej jednakowoż ilości przypadków ropienie w odbytnicy trwa dalej. Czy zalecona przez Israela *colostomia* z poprzecznem przecięciem kiszki daje lepsze wyniki, aniżeli zabieg poprzedni, jest wątpliwem; poprzeczne przecięcie nie wyklucza jednakowoż możebności następowego zamknięcia sztucznego odbytu. Podana przez Sonnenburga *rectostomia externa*, t. j. nacięcie zwężenia od zewnątrz ku wnętrzu z równoczesnem usunięciem części kości ogonowej i krzyżowej i utrzymaniem zwieracza, zdaje się, zdaniem W., nie dawać o wiele lepszych wyników, aniżeli *rectostomia posterior.* Modyfikacya operacyi tej podana przez Sokołowa, a polegająca na poprzecznem zeszyciu podłużnej rany, (na sposób oper. Heinecke-Mikulicza przy zwężeniach odźwiernika), nie jest zbyt obiecującą, wobec tego, że zakłada się szew wśród tkanki chorobowo zmienionej. Obmyślona przez Bacona i Stewarta *sigmoideo rectostomia* polegająca na założeniu połączenia (anastomozy) między kiszką esowatą, a odcinkiem odbytnicy, leżącym poniżej zwężenia, wykonaniu *colostomii* i usunięciu sztucznego odbytu z chwilą wytworzenia się nowej drogi, jak również podana przez Rottera modyfikacya tej operacyi, (przecięcie poprzeczne kiszki esowatej między dwoma podwiązkami tuż nad odbytnicą, wysunięcie tejże kiszki przez ranę poprzeczną na międzykroczu do przestworu odbytniczo-pochwowego (*spatium recto-vaginale*) i wszycie do rany podłużnej w odbytnicy między zwężeniem a zwieraczem) nie zdołają, jak wogóle wszystkie powyżej wymienione operacye paliatywnę, spowodować samoistnego ustąpienia miejscowej sprawy chorobowej. Wobec tego należy, zdaniem autora, zaniechać wykonywania tych zabiegów, a raczej zwrócić się do resekcyi, gdyż jedynie ta umożliwia uzyskanie *restitutio ad integrum.* Nawet w tych przypadkach, w których sprawa chorobowa prócz odbytnicy zajmuje wyższe odcinki kiszki grubej, resekcya może dać dobre wyniki, zwłaszcza przy równoczesnem zastósowaniu leczenia przeciwkiłowego. Jako najodpowiedniejszą metodę resekcyi odbytnicy poleca W. sposób Hochenegga z modyfikacyą, podaną w ostatnich czasach przez samego twórcę, a polegającą na usunięciu błony śluzowej z odcinka, przylegającego do odbytu, celem ułatwienia zrośnięcia się wewnętrznej powierzchni jego z powierzchnią surowiczą dośrodkowego odcinka kiszki. *Urbanik.*

Dr. Kurt Brandenburg. **O odczynie leukocytów na nalewkę gwajakolu.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 6. 1900). Próba Van Deena, wykazująca obecność krwi w moczu, jak również fakt, że mocz, zawierający czystą ropę, barwi nalewkę gwajakolową na niebiesko, dały bodziec do szukania czynnika, wywołującego ten odczyn.

Zapomocą rozmaitych wyciągów udało się rzeczywiście otrzymać z czystej ropy, (wolnej od zwykłych drobnoustrojów ropnych), pochodzącej z zimnego ropnia stosu pacierzowego, istotę, należącą do gromady związków nukleoproteinowych, a barwiącą silnie niebiesko nalewkę gwajakolową. Gdy jednak obok tej istoty wyciągowej tylko taka sama, otrzymana z czerwonego szpiku kostnego (o wiele słabiej z żółtego), tę samą posiadała własność, inne zaś otrzymane z wątroby, śledziony, grasicy, mimo podobnej własności nader szybkiego rozkładania $H_2 O_2$, — nalewki gwajakolu nie niebieszczyły — tem samem nabraliśmy możności odróżniać leukocyty, (z nich bowiem tworzy się ropa i one znajdują się w szpiku kostnym) nietylko od komórek organicznych śledziony, wątroby i nerek, ale także od limfocytów, które tak w grasicy, jak i w gruczołach limfatycznych są nagromadzone. Własność ta dalej nadaje się do wykazywania czystej ropy w moczu i innych wydzielinach, jak również do uzupełnienia rozpoznania białaczki, w której krew, na tej samej podstawie, daje niebieskie zabarwienie. Co do prób, — to robią się one tak na krew jak i na mocz jednako: dwie do trzech kropli krwi czy moczu ropnego rozcieńcza się pewną ilością wody na sączku, który, po jednorazowem zmyciu wodą przekroploną, wykazuje, po dodaniu kilku kropel nalewki gwajakolowej, — w miejscach zwilżonych badanym płynem zabarwienie silnie niebieskie.

Dr. St. B. Kwiatkowski

Dr. P. Schmidt. **Dwa przypadki „Beri-Beri“ na pokładzie niemieckiego parowca.** *(Münch. medic. Wochschft.* Nr. 6. 1900). Dwa sporadyczne przypadki „Beri-Beri“ *(panneuritis endemica Baelz)* opisuje S; są one ciekawsze dlatego, że rokować należy ze stanu serca i że lepiej zbudowane i odżywione osobniki zawsze niebezpieczniej zapadają. Czas wylęgania, gdyby „Beri-Beri“ była chorobą czysto zakaźną, wynosiłby w jednym przypadku 5 miesięcy, w drugim 12 tygodni. *Dr. St. B. K.*

Dr. Krecke. **Skrzywienie kręgosłupa wskutek rwy kulszowej.** (*Scoliosis ischiadica).* (*Muench. medic. Wochenschrift.* Nr. 6, 1900). Pierwsze opisane zboczenia stosu pacierzowego przy zapalnem zajęciu nerwu kulszowego dotyczyły pochylenia górnej części ciała na stronę zdrową i wygięcia części stosu lędźwiowej i dolnego odcinka piersiowego ku stronie chorej. Potem jednak spostrzegano przypadki pochylenia ciała ku stronie chorej, wygięcie zaś dolnego odcinka kręgosłupa ku stronie zdrowej, — a wreszcie chorego ze *scoliosis ischiadica alternans*, gdzie tenże bezwiednie

przyjmował położenie z wygięciem kręgosłupa raz w zdrową, — to znów w chorą stronę. Podobny przypadek opisuje K. i dochodzi do przekonania, że ani skurcz mięśni po stronie nerwu zajętego, ani jego osłabienie, czy porażenie, jak sądzono, nie jest powodem krzywienia się kręgosłupa, ale zwykła dążność zwolnienia od ucisku bolesnych części nerwu. *Dr. St. B. K.*

Richter P. F. **Badania doświadczalne w sprawie upustu krwi w mocznicy.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900 Nr 6). Korzystny wpływ upustów krwi w mocznicy zdaje się być napewno stwierdzony klinicznie przez poważnych badaczy (Leube, Krönig, Ewald, Albu, Laache i t. d.). Wyjaśnienia tej sprawy zapomocą doświadczenia szukał R. na nowej drodze, mianowicie zapomocą badania ciśnienia osmotycznego, mierzonego stopniem obniżenia punktu zamarzania krwi. Sposób ten wprowadził do nauk lekarskich Koranyi, który stwierdził między innymi, że niedomoga czynnościowa nerek objawia się przez wzrost ciśnienia osmotycznego. Mocznica zaś jest, ogólnie biorąc, wyrazem niedomogi czynnościowej nerek. Nie znaczy to jednak, aby miała być ona skutkiem wzrostu ciśnienia osmotycznego. W każdym razie może być ciśnienie osmotyczne wskazówką, jaki skutek wywierają zabiegi lecznicze, skierowane ku poprawie czynności nerek.

R. stwierdził już dawniej, że w warunkach prawidłowych nie wywiera upust krwi żadnego wpływu na ciśnienie osmotyczne krwi. Obecnie zapomocą doświadczeń na zwierzętach przekonał się, że upust krwi nie wywiera także żadnego wpływu na zwiększone ciśnienie osmotyczne, będące wyrazem zwolna się rozwijającej niedomogi czynnościowej nerek. Wywołując dalej zapomocą wielkich dawek stosownych trucizn ostre zapalenie nerek i sprowadzając w ten sposób nagle niedomogę nerkową, lub też wyłuszczając obie nerki, stwierdził R. zwiększenie się ciśnienia osmotycznego w sposób szybki, ale i w tych doswiadczeniach upust krwi pozostał bez wpływu. Mimo to sądzi R., że wynik jego doświadczeń w niczem nie osłabia praktycznej wartości upustów krwi w mocznicy. *C.*

Prof. Koenig. **Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1900, Nr. 7). Za podstawę do wykładu na powyższy temat posłużyło K. doświadczenie, nabyte spostrzeganiem 18 przypadków gruźlicy nerek, leczonych operacyjnie. Z spostrzegania tego wysnuwa autor następujące wnioski: I. Należy w gruźlicy nerek odróżniać dwie postacie: *a)* odosobnioną gruźlicę tkanki gruczołowej bez komunikacyi z miedniczką nerkową, (*solitäre Form*) i *b)* gruźlicę nerki z zajęciem miedniczki (*pyelitische Form*).

II. Postać pierwsza wyjątkowo tylko może być rozpoznaną. Natomiast postać drugą rozpoznać możemy z wielkiem prawdopodobieństwem, nawet bez wykazania obecności prątków gruźliczych. W pewnej liczbie przypadków rozpoznanie pozostaje jednak wątpliwem.

III. Orzekanie pewne o stanie drugiej nerki nie zawsze jest możliwem.

IV. Na podstawie badań anat.-patolog. autora należy wnioskować, że resekcya nerki prawie że zupełnie nic, a nefrotomia również tylko w bardzo małej ilości przypadków spełnić może wobec gruźlicy nerki swoje lecznicze zadanie.

V. Wycięcie nerki jest jedynym pewnym zabiegiem operacyjnym. Jeżeli się nie chce dopuścić do tego, aby chory ginął bez poprzednich usiłowań leczniczych z naszej strony, należy wspomniany zabieg wykonywać częściej, nawet wobec braku ścisłego rozpoznania przyrody sprawy chorobowej, w miedniczce się toczącej, i bez pewności co do stanu prawidłowego nerki drugiej.

VI. W pewnej ilości przypadków wskazanym jest zabieg operacyjny, nawet wobec miernych zmian w nerce drugiej, lub stanów chorobowych pęcherza, jąder i gruczołu krokowego. Operacya, wykonana w tego rodzaju przypadkach, przedłuża choremu życie i czyni stan jego znośnym. *Urbanik.*

I. Boas. **Spostrzeżenia nad rakiem kiszki grubej.** (*Deutsche medic. Wochenschrift* 1900, N. 7, 8). Materyał, którym rozporządza B., obejmuje 15 p. raka kiszki grubej. W 12 przyp. wykonano zabiegi operacyjne. Na podstawie tych spostrzeżeń autor kreśli dokładny obraz wspomnianej sprawy chorobowej. W pierwszym rzędzie uwzględnione zostają objawy kliniczne.

Objawy podmiotowe, towarzyszące tej sprawie, a cechujące się obfitą różnorodnością, ujmuje B. w cztery odrębne gromady: 1) przypadki, w których przez długi przeciąg czasu, a nieraz nawet aż do ostatecznego zejścia sprawy, brak wybitnych objawów miejscowych, a jedynie objawy ogólne, cechujące charłactwo, pozwalają przypuszczać istnienie gdzieś w ustroju ogniska nowotworowego. Do 2) gromady zaliczyć można przypadki, w których wprawdzie istnieją objawy miejscowe, ale tak mało cechujące, że jedynie przy uwzględnieniu objawów przedmiotowych zużytkowane być mogą do rozpoznania. W przypadkach 3) gromady występują objawy, które nawet wobec braku objawów przedmiotowych umożliwiają rozpoznanie sprawy chorobowej. Są to przypadki, w których nowotwór wywołuje wytwarzające się zwolna zwężenie światła jelita. Ostatni szczegół wyciska wybitne piętno na całym obrazie klinicznym. Nasilenie występujących napadów upośledzonej drożności jelit, jakoteż ich częstość, stopniowo się zwiększają. Niektóre przypadki wyodrębniają się z tej gromady szczególnym objawem, a mianowicie gwałtownem, bolesnem parciem na stolec.

Gromada 4) obejmuje przypadki, w których nagle, wśród pozornie prawidłowego stanu zdrowia, występują objawy ostrego zamknięcia światła jelita. Szczegółowe wywiady pouczają w tych razach niekiedy o tem, że mamy przed sobą okres końcowy przewlekłej niedrożności.

Jednym z najważniejszych pomiędzy objawami przedmiotowymi jest wyczuwalność guza. Czasowa niemożność wykazania guza bynajmniej nie dowodzi tego, że guz wogóle nie jest wyczuwalnym. Dosyć ogólnie rozpowszechnionem jest mniemanie, że guzy rakowe kiszki grubej odznaczają się wybitną ruchomością. Dotyczy to przedewszystkiem guzów, zajmujących odcinki kiszki, osadzone na długiej krezce. Kilka spostrzeżeń autora wykazuje, że zdanie to ogólnie pojęte jest zadaleko idącem. Badanie chorego w kąpieli ciepłej, jak to polecał między innymi Chłapowski, ułatwia w wielu razach wyczuwanie guza.

Odróżnienie raka od innych spraw nowotworowych lub przewlekłych spraw zapalnych natrafia często na bardzo poważne trudności. Szczególnie trudnem jest odróżnienie raków kiszki ślepej od guzów przyrody gruźliczej. W tych razach dobre usługi oddać może diazoreakcya, która, jak to wykazał Krokiewicz, w przypadkach raka nigdy się nie zjawia, podczas gdy w sprawie gruźliczej wyjątkowo jej tylko brak. Badania nad tym szczegółem należy, zdaniem B., ze względu na jego wielką doniosłość dalej przeprowadzać. Objawami, mającymi pierwszorzędną wartość rozpoznawczą, są objawy upośledzonej drożności jelit. Występują one w tych przypadkach zależnie od miejscowych stosunków chorobowych z rozmaitem nasileniem, od najlżejszych objawów zwężenia jelita aż do najcięższych objawów zupełnego jego zamknięcia. Jako objaw przedmiotowy wyłania się podówczas z obrazu choroby stawianie się pętli jelitowych. Objaw ten w niektórych przypadkach pojawia się w postaci poronnej. Na tę postać autor szczególną zwraca uwagę. Wśród napadu bólu zarysowuje się nieznacznie jedna mała pętla jelitowa i znika następnie szybko, zjawisko ustępuje, by po godzinach lub dniach ponownie wystąpić. Jako inny, w poważnej ilości przypadków tej sprawie towarzyszący objaw, należy wymienić wymioty. W 2 przyp. spostrzegał B. gwałtowne krwotoki żołądkowe. Autor przypuszcza, że źródłem krwotoków były owrzodzenia w ścianie jelita, powstałe wskutek rozdęcia jego powyżej przeszkody (Kochera *Dehnungsgeschwüre*). Własności fizyczne wydalonego kału nie mają, zdaniem B., znaczenia jako szczegół rozpoznawczy. Obecność

krwi w kale nie jest objawem zbyt częstym; poważniejszych krwotoków autor nigdy nie spostrzegał. Strzępów nowotworowych w kale B. w żadnym przypadku nie zdołał wykazać. Jako powikłanie głównej sprawy notuje autor w jednym przypadku *enteritis membranacea*.

Leczenie raków kiszki grubej wogóle nie przedstawia wiele widoków; w szczególności zupełnie nie można przypisywać korzystnych wyników, jakie w tych przypadkach osiągnięto, leczeniu wewnętrznemu. Ostatnie ma na celu: podniesienie odżywienia i usuwanie objawów, pochodzących z upośledzenia drożności jelita. Do celu tego zmierza przedewszystkiem leczenie dyetetyczne. Autor przestrzega przed podawaniem środków przeczyszczających w okresie wzmożonych ruchów robaczkowych, poleca natomiast podawanie przetworów makowca. Jakkolwiek wyniki, uzyskane zabiegami operacyjnymi w przypadkach B., nie są zbyt świetne, autor przemawia za leczeniem operacyjnem, podnosząc z naciskiem, że wczesnem rozpoznaniem i wczesnem wykonaniem zabiegu można bardzo korzystnie wpływać na jakość wyników. W razie obecności guza ruchomego, przemawiającego za rakiem, i przy względnie dobrym stanie ogólnym operacya jest stanowczo wskazana. Czy zabieg ma usunąć doszczętnie nowotwor, czy też tylko go ominąć, o tem przed otwarciem jamy brzusznej orzekać nie można. Wskazanym jest zabieg również w tych przypadkach zwężeń jelita, w których, jakkolwiek brak wyczuwalnego guza, objawy inne przemawiają za złośliwym charakterem sprawy zwężającej. Między operacyami paliatywnemi pierwsze miejsce zajmuje *enteroanastomosis*. *Entero-* i *colostomia* wykonane być mogą tylko w przypadkach grożącego lub już wytworzonego zupełnego zamknięcia kiszki. W razie poprawy stanu ogólnego możnaby w tych przypadkach wykonać następowo enteroanastomozę lub resekcyę kiszki. *Urbanik.*

H e i n z. **Badania nad zapaleniem błon surowiczych** (*Münchener med. Wochs* 1900 Nr 7). H. wywoływał dwa typy zapalenia błon surowiczych: ropne zapomocą terpentynowego olejku i włóknikowe rozlane zapomocą płynu Lugola. W zapaleniach ropnych ogniskowych, wywołanych pierwszym sposobem, stwierdził, że czynnik zapalny nie wywołuje emigracyi leukocytów na wolną powierzchnię błony surowiczej, ale tylko w powierzchowne warstwy samej tkanki, ulegające obumarciu. Badania nad zapaleniami włóknikowemi, wywołanemi płynem Lugola, zmierzały między innymi do rozstrzygnięcia bardzo w ostatnich czasach głośnego sporu co do pochodzenia włóknika. Dawniejsze i przeważnie przyjęte zapatrywanie uważa włóknik za wypocinę skrzepłą, zaś w nowych czasach pojawiło się zdanie, że jest to wynik t. zw. włóknikowatej przemiany tkanki łącznej samejże błony surowiczej. Zwolennicy tego drugiego zapatrywania opierali się głównie na tem, że niekiedy spotyka się śródbłonek ponad warstwą włóknikową. H. stwierdza, że śródbłonek spotyka się prawie zawsze pod warstwą włóknikową; niekiedy wprawdzie miejscami widać go i ponad włóknikiem, lecz dokładne badanie poucza, że w tych przypadkach włóknik nie jest produktem jakiejś przemiany tkanki łącznej, lecz tylko wśród niej się nagromadza, a względnie między powierzchownemi warstwami błony surowiczej a śródbłonkiem. Prąd wypocinowy, skierowany ku wolnej powierzchni, jest niekiedy tak silny, że zabiera ze sobą cząstki tkanki, które potem wśród skrzepłego na powierzchni włóknika wykazać można. W miejscu ubytku tych cząstek powstają szybko żywe sprawy odrodcze, dotyczące nietylko utkania błony surowiczej i jej śródbłonka, ale także — przynajmniej co do opłucnej, — utkania sąsiednich części płuca. Zapalenia włóknikowe otrzewnej, wywołane zapomocą płynu Lugola, sprowadzają szybko zrosty otrzewnowe. Badania tych zrostów wykazały, że już w chwili, gdy dwie powierzchnie surowicze się zlepiają, brak na nich śródbłonka, czyli że śródbłonek wyrodnieje i łuszczy się, zanim jeszcze przyjdzie do zlepów, poprzedzających zrost. Ten wynik badań H., zgodny z badaniami Grasera i Zieglera dowodzi, że śródbłonki błon surowiczych chronią je od zrastania się; zrosty mogą powstać dopiero wtedy, jeśli śródbłonek uległ zniszczeniu. *Ciechanowski.*

B r o n s t e i n. **W sprawie bakteryoskopowego rozpoznania błonicy.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900/7). Bakteryologiczne rozpoznanie błonicy zapomocą badania błon pod mikroskopem bez zakładania hodowli umożliwia sposób Neissera, zapomocą którego barwią się prątki błonicze w sposób szczególny, zgoła inny, niż prątki błonicze rzekome. Sposób N. polega na użyciu błękitu metylowego „kwaśnego" (z kw. octowym), opłókaniu wodą p r z e k r o p l o n ą i podbarwieniu wezuwiną, przez co w brunatno zabarwionych prątkach błoniczych występują niebiesko „ciałka biegunowe". Podobne zabarwienie daje barwik „Dahlia" z podbarwieniem wezuwiną. B. przekonał się o dobroci i pewności sposobu Neissera, sprawdzając go hodowlą w 425 przypadkach. W 172 znajdowały się prątki, a w 135 można je było sposobem Neissera stwierdzić na pewno już przy pierwszem badaniu nalotów. *C.*

Dr. J. A. G r o b e r. **O działaniu nakłócia lędźwiowego i zachowaniu się płynu mózgowo-rdzeniowego w przewlekłem wodogłowiu.** (*Münch. med. Wochenschrift* N. 8, 1900). W dwóch przypadkach bardzo znacznego wodogłowia u dzieci źle zbudowanych, krzywicą dotkniętych (3 i 2 l.), umysłowo zupełnie nierozwiniętych — tak, że otoczenia nawet zdawały się niepoznawać, otrzymał G. w jednym przypadku po 25 nakłóciach zupełne wyleczenie, w drugim po 12 znaczną poprawę. Nakłócia były robione w regularnych odstępach czasu metodą Quinckego w 3 i 4 przestworze międzykręgowym; wysokość parcia była oznaczana; obniżenie bowiem przy nakłóciu lędźwiowem parcia mózgowo-rdzeniowego poniżej 100 mm. słupa wody sprowadza już nieprzyjemne następtwa. (Quincke oznacza parcie prawidłowe na 150 mm. Stintzing na 120 mm. słupa wody). Wobec też tego prosta aspiracya płynu mózgowo-rdzeniowego nie jest wskazaną. Przy nakłóciach tych spostrzegano, że podczas krzyku i płaczu dziecka, jak również głębokich wdechach parcie mózgowo-rdzeniowe wzmaga się podobnie, jak przy ucisku na ciemiączka.

Co do samego płynu, — to jest on zawsze wodojasny, czasem tylko krwią z nakłócia różowawo zabarwiony; są znane jednak przypadki wydobywania płynu krwawego. Może on pochodzić albo, jak w przypadku Quinckego, sekcyą stwierdzonego, z krwotoku śródkomórkowego, albo też wskutek zranienia sieci naczyniowej, — przebicia żyły, co zwykle jednak daje krótko trwałe zabarwienie płynu wypuszczanego.

W prawidłowym płynie mózgowordzeniowym ilość białka wynosi od 0,5—1 na tysiąc, w sprawach zapalnych znacznie się jednak podnosi. W zestawieniu Riecke'a w ostrem wodogłowiu ilość białka wynosi koło 1·84, w przewlekłem tylko 0·95 na tysiąc (podobnie w surowiczem zapaleniu opon mózgowych).

U G. w pierwszym wyleczonym przypadku na 17 nakłóć lędźwiowych — przeciętnie było 0·12‰, w drugim na 11—31‰; w tym drugim przypadku mówić należy już o wypocinie. *St. B. K.*

Dr. H. D o e r f l e r. **Kazuistyczny dodatek do symptomatologii ostrego zapalenia trzustki.** (*Münch. medic. Wochenschrift* N. 8, 1900). U 50-letniej, bardzo otyłej osoby pojawiły się nagle w okolicy krzyżowej nadzwyczaj silne bóle, rozprzestrzeniające się ku obu dolnym kończynom. Bóle te były tak przejmujące, że wprost obezwładniały chorą. Ciepłota podskoczyła do 38·8°, tętno się przyspieszyło, równocześnie zaś pojawiła się pewna duszność; trochę ciśnienia w dołku podsercowym. Stolec zaparty. W drugim dniu choroby wystąpiła znaczna bladość powłok skórnych, nieco sinicy, wyraźnie przyspieszony tor oddechowy i wymioty. Typ bólów zbliżał obraz chorobowy do objawów nadzwyczaj silnego postrzału, gośćca stawowego lub rwy n. siedzeniowego obustronnej; coraz to szybsze tętno jednak, wzmagający się bezdech, a wreszcie wykrycie w moczu, — obok śladów białka, — cukru, zwróciło D. uwagę na trzustkę.

Czwartego dnia choroby jeszcze dwa razy wymioty, — piątego wśród strasznej duszności nastąpiła śmierć. Przedsięwzięta se-

kcya wykazała obok znacznego bardzo wydęcia okrężnicy wstępującej i poprzecznej, przy zupełnie wolnej okrężnicy zstępującej, — znacznie powiększoną trzustkę, leżącą wśród tkanki ceglasto zabarwionej, miejscami krwawo nabiegłej. Na przekroju okazywała trzustka ostre ropne zapalenie z następową martwicą.

Za przyczynę gwałtownych bólów uważać należy albo mechaniczny ucisk silnie powiększonej trzustki na splot trzewny i zwój półksiężycowaty, albo też zapalne ich zajęcie, co, jak to wykazali Osler i Hughes, przy ostrem zapaleniu trzustki może mieć miejsce. Nadzwyczaj silne wzdęcie okrężnicy wstępującej i poprzecznej przy zupełnie prawidłowej okrężnicy zstępującej, tłómaczy D. uciskiem, jakiemu odżywiająca te dwa odcinki jelita grubego tętnica krezkowa górna, wraz z towarzyszącemi jej gałązkami n. współczulnego, wobec swego położenia tuż poza tylną ścianą trzustki przy powiększaniu się jej podległa. Gałązki nerwu tego, czy to więc przez ucisk, czy zapalenie, mogły uledz porażeniu, które udzieliło się zaopatrywanej przez nie części jelita grubego, gdy przeciwnie gałązki, towarzyszące tętnicy krezkowej dolnej, zaopatrującej okrężnicę dolną, od ogniska zapalnego więcej odsuniętej, ani uciskiem, ani zapaleniem nie objęte, mogły tylko przez pewien rodzaj podrażnienia, jakiemu przez toczącą się w pobliżu sprawę zapalną uległy, wywołać w zakresie swego działania objawy zaciśnięcia jelita, które, czy to w postaci stałego zaparcia stolca, czy wprost niedrożności jelit, tak często w zapaleniach trzustki spotykamy.

Dr. St. B. K.

Dr. Roeger. **Zapalenie gardła** (*Angina*) **wikłające się z z zapaleniem śródsierdzia.** (*Münch. medic. Wochenschrift* N. 8, 1900). Na 120 spostrzeganych — niepowikłanych przypadków zapalenia gardła u osobników między 46 a 30 r. ż. znajdował Roeger w 24 przypadkach (20%) nad koniuszkiem serca (rzadziej w 4 przestworze międzyżebrowym w linii przymostkowej lewej) szmer skurczowy, który, pojawiając się przeciętnie w 3-im dniu choroby, albo znikał po pewnym czasie, albo już pozostawał na stałe (18%). Ta ostatnia okoliczność dowodzi możliwości rzeczywistego zajęcia śródsierdzia także i przy zapaleniu gardła. *Dr. St. B. K.*

A. Martin. **O zaopatrywaniu pępka u noworodków.** (*Berl. klin. Woch.* N. 8). U 30 noworodków postąpił autor z pępkami w następujący sposób: przy porodzie podwiązał pępowiny jak zwykle, po porodzie zaś podwiązał pępowinę jedwabiem tuż przy pępku i w odległości 1—1½ ctm. od pępka odpalił rozpalonemi nożycami pępowinę.

Postępowanie takie uważa za bardzo dobre tak ze względu na niemożliwość powstania krwawień z rany pępkowej, jakoteż na utrudnienie zakażenia rany, pokrytej strupem. Gojenie się pępka najdłużej trwa do 6 dni. Autor uważa ten sposób postępowania za bardzo prosty, pewny i dozwalający dzieci kąpać przed odpadnięciem pępowiny. *St. D.*

Dr. F. Schwertassek. **Przyczynek do leczenia mechanicznego krwawień atonicznych.** (*Ctlb. f. Gyn.* N. 7). Autor zwraca uwagę na sposób leczenia krwawień atonicznych sposobem Arendta, polegającym na silnem ściągnięciu macicy ku dołowi zapomocą kleszczyków Museuxa.

Autor zastosował ten sposób leczenia przy znacznym krwotoku atonicznym w ten sposób, że zachwycił część pochwową kleszczykami Museuxa i pozostawił je obciążone 1 kg. w pochwie przez 24 godzin. Wynik leczenia był zupełnie pomyślny. Autor jest zdania, że postępowanie powyższe nadaje się do tych rozpaczliwych przypadków krwotoków atonicznych, gdzieby należało wykonać z powodu krwotoku wyłuszczenie macicy. *St. D.*

A. Funke. **Przyczynek do leczenia obciążeniem przy tyłozgięciu macicy ciężarnej.** (*Ctbl. f. Gyn.* Nr. 8, 1900). Autor w przypadku tyłozgięcia macicy ciężarnej 4 m. założył do pochwy balon i wypełnił go 1 kgrm. rtęci. Po upływie ½ godziny przy tem postępowaniu odprowadził macicę w prawidłowe położenie.

Leczenie obciążeniem rtęcią autor uważa za stósowne tylko u kobiet, które nie rodziły, u wszystkich innych za lepsze uważa obciążenie śrutem, gdyż przy tem postępowaniu łatwiej nadać można kierunek uciskowi. Balonik z rtęcią może chora sobie sama stósować, a to w ten sposób, że dwa baloniki łączy się ze sobą zapomocą drenu, jeden z nich wypełnia się rtęcią, drugi pusty wprowadza sobie chora sama do pochwy. Po wprowadzeniu z łatwością może sobie chora przelać rtęć z balona, wypełnionego rtęcią, do balonu, włożonego do pochwy. *St. D.*

Dr. O. Schäffer. **O przedarciu sklepienia i o innych rzadszych obrażeniach przy spółkowaniu.** (*Ctbl. f. Gyn.* Nr. 8. 1900). Na wstępie opisuje autor przypadek pęknięcia sklepienia przedniego na długości 4 ctm. podczas spółkowania. Dotyczył on chorej już przedtem autorowi znanej i przez niego leczonej z powodu pochwicy (vaginismus) i ogólnej histeryi. Chora ta podczas wprowadzania wziernika dostawała zawsze skurczu wszystkich mięśni pochwy, pęcherza i odbytu. Ponieważ akt spółkowania w danym przypadku nie był gwałtowny, autor uważa za tło pęknięcia skurcz sklepienia przedniego z powodu pochwicy przy wprowadzaniu prącia.

W dalszym ciągu zwraca autor uwagę, że blizny drobne, jakie bardzo często znachodzi się w sklepieniu przednieni, należy odnieść również do skutków aktu spółkowania.

Kilkakrotnie miał autor sposobność widzieć oderwanie od tyłu błony dziewiczej od podstawy i tą drogą powstałe dalej idące obrażenie przegrody pochwowo-odbytnicowej, powstałe przy spółkowaniu. Obrażenia takie nie stały w związku z gwałtownem spółkowaniem, tylko przydarzały się zawsze u kobiet nerwowych z niedorozwojem części płciowch. *St. D.*

Prof. Basch. **Duszność sercowa** (*dyspnoea cardiaca*) **i obrzęk płuc.** (*Wiener med. Presse* Nr 8, 1900). Przyczyny duszności pochodzenia sercowego nie są jeszcze dotychczas zupełnie wyjaśnione. I tak jedni utrzymują, że nadmierne nasycenie się krwi w płucach bezwodnikiem węglowym sprowadza duszność u sercowo chorych, — inni znów twierdzą, że naczynia włosowate pęcherzyków płucnych bywają u takich chorych szczelnie krwią napełnione, wskutek czego płuca w całości są jędrniejsze i nie poddają się w tej mierze, co prawidłowe, mięśniom oddechowym; byłaby to niejako mechaniczna przeszkoda, powodująca duszność. Do ostatniej teoryi zbliża się wprawdzie autor, atoli z tym dodatkiem, że bezpośrednią przyczyną duszności bywa t. w. obrzmienie płuc, powstające właśnie wskutek nadmiernej ilości krwi, zawartej w naczyniach włosowatych pęcherzyków płucnych. Albowiem podczas wolnego i spokojnego oddechania spełnia płuco swoje zadanie u sercowo chorego wcale dobrze — jeśli jednak taki chory poddaje się jakiejkolwiekbadź natężonej, bodaj krótkotrwałej pracy, przyczem i oddechy są głębsze, wówczas już występują znamienne objawy duszności na znak, że płuca więcej nie podołają tej zwiększonej pracy, czyli że choremu brak tchu. —

Takie więc płuco, które skutkiem obfitej zawartości krwi stało się jędrnem, jest pierwszym warunkiem wytworzenia się duszności sercowej — oczywiście że następstwem znów niedoskonałego oddychania jest nagromadzenie się we krwi bezwodnika węglowego. Różnica tedy między dusznością sercową, a dychawicą (asthma) takiegoż samego pochodzenia, polegałaby według autora na tym bodźcu, który pociąga za sobą podwyższenie parcia krwi, czyli na tem natężeniu, któremu i osłabione serce więcej podołać nie może a płuco, krwią wówczas napełnione, staje się jędrniejszem i mniej elastycznem; dychawica zaś sercowa występuje dobrowolnie, przyczem serce nagle staje się niedomagającem. —

Obrzęk płuc łączący się często z dusznicą, jest wyższym tylko stopniem objawów, towarzyszących duszności; zastój krwi żylnej w płucach, który jest wspólny obydwom tym cierpieniom, stanowi główną przyczynę powstania przesięku, przyczem także ma niepoślednie znaczenie stan samej krwi i naczyń krwionośnych. Z tego wynika, że w obrzęku płuc są wskazane środki nasercowe, a nie wykrztuśne, lub wymiotne. *Dr. Henryk Pisek.*

Doc. Schauman Ossian i Dr. Rosenqvist Emil (z Helsingsforsu w Finlandyi). **Jak należy objaśnić zwiększenie się ilości ciałek krwi w górach?** (*Therapeutische Monatshefte.* 1900, Zeszyt I). Wskutek wystąpienia Meissena, który niedawno ogłosił (w *Therapeutische Monatshefte.* 1899, Z. X) pracę, objaśniającą zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi w górach zmianami w objętości kamery w przyrządzie Thoma-Zeissa, napisali obaj autorowie, znani już z badań nad powyższem zagadnieniem, artykuł polemiczny.

Meissen wyraził się bardzo stanowczo, że zagadnienie to raz na zawsze jest rozstrzygnięte, że mianowicie zmiany w ilości ciałek krwi w górach leżą nie w ustroju ludzkim, ale w przyrządzie do liczenia ciałek, który to przyrząd pod wpływem ciśnienia powietrza zmienia swą objętość. Zdanie to bardzo śmiałe obalają autorowie szeregiem dowodów. I tak wiadomo, że zwiększenie się ilości ciałek krwi następuje stopniowo powoli po przeniesieniu człowieka czy zwierzęcia w miejsce wysokie w górach. Jeżeli więc zwiększenie jest tylko pozorne i zależy od błędów w przyrządzie do liczenia ciałek, jakże objaśnić objaw stopniowego zwiększania, niewątpliwie spostrzegany przez bardzo wielu sumiennych badaczy? Również, jak wiadomo, rośnie odsetkowa zawartość hemoglobiny, a tego objawu nie można już w żaden sposób połączyć z błędami, mającymi źródło w zmienności objętości przyrządu Fleischla, który może posiadać pewne wady, ale niezależne zgoła od różnicy w wzniesieniu nad poziom morza, czyli w ciśnieniu barometrycznem.

Tak samo zmiany morfologiczne we krwi, które zauważyli autorowie w badaniach własnych, a mianowicie znachodzenie się ciałek czerwonych młodych, jądrzastych, (patrz sprawozdanie z pracy tej w *Przegl. Lek.* z roku ubiegłego pod napisem: „Krew w wysokich górach“) nie da się objaśnić przypuszczeniem Meissena. Meissen podał nawet własny przyrząd do liczenia ciałek; jednakowoż Turban, który w Davos porównywał ilości ciałek, obliczane zapomocą zwykłego przyrządu Thoma-Zeissa i nowego przyrządu Meissena, nie znalazł różnicy. *(Münch. med. Wochenschrift* 1899, Nr. 24).

Wobec tego wszystkiego zdanie Meissena ostać się nie może. Sam objaw zwiększania się ilości ciałek krwi w górach jest tak powszechny, stwierdzony przez tylu badaczy niezależnie od siebie w różnych górach, że nie można weń wątpić. Pozostaje tylko wyjaśnić przyczynę tego objawu. Doświadczenia autorów przemawiają za tem, że głównym czynnikiem zwiększenia się ilości ciałek jest rozrzedzenie powietrza, czyli zmniejszenie ciśnienia barometrycznego, a to znowu działa na narząd krwiotwórczy w tym kierunku, że pobudza czynność jego, czyli, że przychodzi do nowotworzenia ciałek krwi.

Doświadczenia badacza francuskiego Selliera popierają zdanie autorów, że działa w tym razie rozrzedzenie powietrza. Doświadczenia te powtarzali następnie autorowie i doszli do takich samych wyników, tj. że pod dzwonem pompy powietrznej, w warunkach, odpowiadających klimatowi wysokogórskiemu, t. j. przy ciśnieniu zmniejszonem i przy niezmienionym stosunku odsetkowym tlenu w powietrzu, występowało zwiększenie się ilości ciałek krwi.

Zwiększenie to jest istotne, a polega na nowotworzeniu ciałek krwi. Toteż autorowie teoryę nowotworzenia podtrzymują dalej, ponieważ zdoła wytłómaczyć wszystkie objawy. „Dawna hipoteza nowotworzenia uwzględnia jedynie wszystkie stwierdzone objawy i objaśnia je, posiada też ona jedynie prawdziwy *raison d'être*“.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Knepper: **Przypadek porodu ulicznego u 43-letniej pierwiastki** *(Vjschr. f. ger. Med.* T, XVIII. Z. II. 1899). Kobieta 43 lat licząca, pierwszy raz ciężarna, wyczekująca z obawą ogromną porodu, uczuła w dziesięć dni po upływie czasu, który położna jako prawdopodobny co do wystąpienia objawów porodowych oznaczyła, nieznaczne bóle w brzuchu, a wkrótce potem silne parcie na stolec. Nie chcąc pójść do wychodka, postawiła nocnik na nizkim stołeczku i w chwili, kiedy miała nań usiąść, urodziło się wśród słabych bólów w brzuchu żywe dziecię, które upadło do nocnika. Wody płodowe miały wrzekomo odejść dopiero po urodzeniu się dziecka i to w bardzo nieznacznej ilości. Kiedy w 10 minut po porodzie przybył na miejsce przypadku Dr. K., zastał matkę stojącą przed łóżkiem, dziecko leżało na ziemi, silnie napięta pępowina lekko jeszcze tętniła. Przedsięwzięte badanie dziecka wykazało silnie zbudowaną i dobrze odżywioną dziewczynkę, ważącą 3000 grm., długości 49·5 ctm. obw. głowy 33 ctm. szerok., bark. 13 ctm., bioder 8·5 ctm. Na powłokach zewn. nie znaleziono żadnych uszkodzeń, nie zauważono również przedgłowia. Badanie matki wykazało ledwo widoczne naddarcie wędzidełka. *Horoszkiewicz.*

Kuhnt: **Przypadek urazowego pęknięcia serca przy nieuszkodzonej klatce piersiowej** *(Zeitschr. f. Med. B.* Nr. 16, 1899 r.). Czteroletni, zdrowy, silnie zbudowany chłopak spadł wśród wolnej jazdy z wozu 80 ctm. wysokiego na bruk uliczny, uderzając o niego przednią powierzchnią ciała; utracił natychmiast przytomność i po 20 minutach zmarł. Przy sekcyi sądowej stwierdzono po lewej stronie klatki piersiowej na wysokości 8 i 9 żebra 5 ctm. długie, 2 ctm. szerokie, krwią podbiegnięte otarcie naskórka. Oględziny wewnętrzne wykazały w worku osierdziowym około 120 ctm. sz. częścią skrzepłej, częściowo zaś płynnej krwi, jakoteż pęknięcie ściany prawej komory w jej osi podłużnej po stronie zewnętrznej długości 11 mm. Brzegi pęknięcia były krwią podbiegnięte, ściana komory 3 mm. gruba, — mięsień prawidłowy. *Horoszkiewicz.*

Dr. Ignacy Lemberger. **Skład chemiczny troponu i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego.** (*Pamiętnik wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Autor przeprowadził dokładną analizę jakościową i ilościową troponu, którą przytacza w całej rozciągłości i orzeka, że Finkler przecenia wartość troponu, twierdząc, iż 99% białka w nim ulega wchłonieniu, jakoteż, iż jest przetworem 40%—50% tańszym od mięsa. Białka bowiem, według analizy autora, zdolnego do chłonienia znajduje się 73·3%, a wobec tego jest przetworem o 25% droższym od mięsa. Lubo tropon jest dalekim od ideału chemicznie czystego białka, to jednak znaczenia mu odmówić nie można z tej przyczyny, że jest to przetwór bogaty w ciała białkowe, ulegające wessaniu w formie nie ulegającej tak łatwo zepsuciu, jak inne tym podobne przetwory.

Dr. Latkowski.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 28 Marca 1900.

Obecnych członków 42. Przewodniczący: kol. Sielski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Mars przedstawia ciężarną z wyleczonem pęknięciem macicy i zastanawia się nad postępowaniem w przebiegu obecnej ciąży i porodu. Blizny w pochwie uważa za bez znaczenia, gdyż te, rozpulchnione, rozciągną się i nie będą stanowiły poważnej przeszkody porodowej; natomiast ze względu na blizny w ścianie macicy i grożące w miejscu ich powtórne pęknięcie kolega Mars będzie się starał o jak najdłuższe utrzymanie pęcherza płodowego, w razie zaś odejścia wód płodowych wykona natychmiast obrót na nóżki i ekstrakcyę.

Kol. Obtułowicz wspomina o podobnym przypadku z własnego doświadczenia. Wyleczona po pęknięciu macicy kobieta zastępowała dwa razy. Raz nastąpiło poronienie, drugi raz zaś przy porodzie, który odbywał się bez nadzoru lekarskiego, nastąpiło ponowne pęknięcie i zejście śmiertelne. Na podstawie tego doświadczenia kol. Obtułowicz obawia się ponownego pęknięcia.

3) Kol. Barącz przedstawia 26-letniego chorego z wadą utworową obu kończyn górnych. Kończyna prawa w całości 10 ctm. długa, ma 2 palce, jeden chwytny, drugi nie. Kończyna lewa przedstawia się jako krótki kikut z częściowo rozwiniętą kością ramieniową. Kościec obu kończyn demonstruje B. na röntgenogramach, wykonanych w pracowni kol. Silbersteina. W dyskusyi podaje kol. B. że przyczyny powstania podobnych ubytków utworowych należy szukać w ścieśnieniu jamy macicznej, w zrostach owodni lub należy ją odnosić do ucisku sznura pępkowego. W dalszej dyskusyi zabierają głos kol. Skałkowski i kol. Mars.

4) Kol. Beck miał odczyt »O zjawiskach elektrycznych w siatkówce«. Prelegent rozpoczął swój odczyt krótkim wstępem, w którym wyjaśnił na podstawie odpowiednich demonstracyi główniejsze zjawiska elektryczności zwierzęcej, jak prądu spoczynkowego i wahania wstecznego.

Dla nauki o elektryczności zwierzęcej było odkrycie zmian galwanicznych, występujących w siatkówce pod wpływem fal świetlnych, rzeczą pierwszorzędnej wagi. Odkrycie to dowiodło, że zmiany galwaniczne występują nie tylko podczas sztucznego drażnienia nerwów, ale i wtedy, gdy w nerwach i mięśniach zachodzi właściwa im czynność fizyologiczna. Po pierwszych spostrzeżeniach w tym kierunku, które zawdzięczamy du Bois-Reymondowi, nastąpiły prace Holmgrena, Devara i M'Kendnicka i wreszcie Kühnego i Steinera. Praca dwóch ostatnich autorów miała między innemi na celu wykazanie siedziby własności elektrobodźczych siatkowki. Na podstawie pewnych analogij przypuszczają oni, że własności te mają swą siedzibę nie w komórkach i włóknach nerwowych, wchodzących w skład siatkówki, ale w jej przybłonku zmysłowym, tj. w pręcikach i czopkach. Przypuszczenie swe opierają K. i St. nadto i na doświadczeniu, w którem udało się im rozszczepić siatkówkę na 2 warstwy i badać zjawiska elektryczne w każdej z warstw z osobna. Wobec oczywistej niedokładności takiego rozszczepienia, wyniki doświadczeń K. i St. nie mogły być przyjęte bez zarzutu.

Kol. Beck natrafił podczas pobytu swego w stacyi zoologicznej w Neapolu na gatunek zwierząt (głowonogi — *Eledone moschata)*, u których warstwy siatkówki już z natury są rozdzielone. Na podstawie szeregu doświadczeń, wykonanych na tych zwierzętach, udało się prelegentowi rozstrzygnąć w sposób stanowczy zagadnienie, postawione z zastrzeżeniem przez K. i St. i stwierdzić słuszność ich przypuszczenia. Po za tem wyniki pracy prelegenta są pod wielu względami różne od wyników doświadczeń tak K. i St., jak i innych autorów.

Doświadczenia prelegenta rozpadają się na 2 grupy: w pierwszej badano nerwową część aparatu wzrokowego, w drugiej — samą siatkówkę. Przy badaniu nerwowej części aparatu wzrokowego poświęcił prelegent przedewszystkiem uwagę badaniu nerwu i zwoju wzrokowego. Preparat składał się najczęściej z jednego oka wraz z odpowiednim nerwem i zwojem, którego spoidło było odcięte od mózgu. Oświetlenie wywoływało tutaj zawsze występowanie potencyału ujemnie elektrycznego w zwoju. W chwili następnego odcięcia światła od preparatu następowała nagła zmiana prądu czynnościowego: zawsze powrót w stronę wychylenia prądu spoczynkowego. — W celu skontrolowania tych wyników wykonano doświadczenie nad gałką oczną i nerwowymi składnikami preparatu. Jedna elektroda przykładaną była albo do zwoju albo do nerwu, druga do obojętnego miejsca — do samej ściany zewnętrznej gałki ocznej. Doświadczenia te dawały zawsze stały wynik: zawsze podczas oświetlania oka część nerwowa stawała się więcej ujemnie elektryczną wobec badanego punktu gałki ocznej. Zaciemnienie zaś wywoływało zawsze powrót do wartości prądu spoczynkowego. Robił też prelegent próby, czy nie udałoby się wykazać różnic w napięciu elektrycznem obu zwojów nerwowych przez oświetlenie jednego tylko. Próby te nie dały wyraźnego rezultatu, jak się zdaje dlatego, że nieudało się uchylić w zupełności światła od oka zakrytego. —

Do badań zjawisk elektrycznych w samej siatkówce służył preparat, zrobiony w ciemnym pokoju, przy świetle czerwonem, z tylnej części gałki. Zwierzęta przebywały przed preparowaniem w ciemności do 18 godzin. Zjawiska elektryczne odznaczały się przy tych doświadczeniach nadzwyczaj silnem natężeniem prądu. Kierunek prądu spoczynkowego był zawsze stały: powierzchnia wewnętrzna (siatk.) ujemna, powierzchnia zewnętrzna dodatnia. Pod wpływem oświetlenia oka występowało nagle nadzwyczaj silne wachnienie dodatnie, tj. powierzchnia pręcików stawała się pod wpływem czynności więcej ujemną. W chwili zaciemnienia następuje znowu szybki spadek wychylenia do pierwotnego stanu.

Dla siatkówki *eledone moschata* jest tedy zadrażnieniem tylko wpuszczenie światła, a zaciemnienie uważać należy — wbrew zapatrywaniom innych autorów — za odpoczynek. Prelegent przypuszcza, że ma się tu do czynienia z jakąś substancyą, która pod pływem światła ulega procesom chemicznym, warunkującym powstawanie prądów czynnościowych, przy czem sama się rozkłada, a pod wpływem ciemności znów się regeneruje. — *Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.*

V. Korespondencye.

Urga, grudzień 1899 r.

Piszę dziś do Was z granic państwa niebieskiego, ze stolicy Mongolii Urgi, oddalonej od Kiachty mniej więcej o 360 wiorst, w której w ciągu mego blizko 8-letniego pobytu w krainie Zabajkalskiej, po raz drugi przebywam. Przed czterema laty jechałem tu dobrowolnie, nęcony badaniami antropologicznemi mongolów północnych, — chałchasów, bądź co bądź najczystszej rasy tego plemienia; dziś obowiązki służbowe tu mnie powołały. Wskutek odwołania się jeneralnego konsula rosyjskiego w Urdze do jenerał-gubernatora nadamurskiego, zostałem tu wysłany dla zbadania epidemicznej choroby, która pojawiła się w Urdze i z łatwością mogłaby być zawleczoną w granice Rosyi.

Urga — ze swą prawie 50-tysięczną ludnością, — jest głównym rynkiem handlowym Azyi środkowej. Rok okrągły tędy kroczą karawany z rozmaitymi towarami z Chin, głównie z herbatą, a oprócz tego ze skórami, tłuszczem, futrami i t. p., dążąc przez Kiachtę do Rosyi. W prostym kierunku jest oddalona o półtora tysiąca wiorst od Pekinu, a droga ta wiedzie przez Kałgan i pustynię Kobi. Przy prędkiej jeździe tu dojeżdża się w 15 dni z Pekinu, a karawany potrzebują ze 3 tygodnie. Urga jest rezydencyą ambani (gubernatora) wschodniej Mongolii i tu przebywa, w świętem mieście „Da-Kure“ z kolei przeobrażeniec boży, zwany „bohdohehenem“, czyli „chutuchtą“, — drugi, co do świętości, po „Dałajlamie“ w Chłassie w Tybecie, przesiedleniec boży w świecie budyjsko-lamajskim. Tu co lata przybywają tysiące pielgrzymów dla oddania pokłonu bohdo-hehenowi, a pomiędzy tłumami spotykasz pątników nie tylko z różnych części Mongolii, Tybetu, buriatów zabajkalskich i irkuckich, lecz nawet kałmuków z nad Wołgi, ciągnących tu z dalekich stepów astrachańskich. W czasie odbywających się co lat 3 sejmów książąt mongolskich, trwają tu z parę tygodni nabożeństwa i igrzyska, ściągając tłumy ludu, którego liczba dochodzi do 200 tysięcy.

Pojawienie się ubiegłej jesieni w Urdze choroby morderczej zaniepokoiło silnie miejscową kolonię rosyjską*), trudniącą się tu handlem herbaty, oraz leżące na trakcie do Rosyi miasta: Kiachtę i Irkuck.

Zebrane przezemnie szczegóły wyjaśniły, że z ostatnich dni sierpnia do końca września r. b. w P.—Z. i P.—W. Mongolii istniała choroba zakaźna i bezwzględnie śmiertelna, której objawy uwydatniać się miały podniesieniem ciepłoty, bólem głowy, majaczeniem, kaszlem, krwioplucìem, a nieraz krwotokiem płucnym i nosowym, po czem chorzy umierali. Choroba trwała od 2—3 dni, nieraz padali od niej, jakby rażeni piorunem, po kilkugodzinnem cierpieniu.

W zachodniej części Mongolii choroba ta pojawiła się w odległości 450—500 wiorst od miasta Urgi w choszunach (ziemiach) Michan-Guna, Miszik-Guna i w księztwie Tuszetu-Chana, od której miało umrzeć według jednych do 200, a według drugich do 300 mongołów i handlujących tam chińczyków. Wystraszona ludność, jak zwykle w krajach niezorganizowanych, pozostawiona w takich razach sama sobie, zastosowała środki ostrożności przeciw szerzeniu się choroby, zatem przerwano wszelką komunikacyę z sąsiedniemi jurtami, a pozostali przy życiu, spaliwszy swe jurty, udali się na nowe koczowiska. Dzięki temu, a w części i nadeszłym w październiku mrozom, choroba zupełnie wygasła. Do miejsc tych zakażonych wyjechało z Urgi z towarami 9 chińczyków; należeli oni do dwóch firm handlowych. Handel ten polegał na zamianie towarów chińskich i materyj jedwabnych, wyrobów z miedzi, srebra, porcelany i t. p. na miejscowe produkty surowe Mongolii, jakimi są: skóry, futra i tłuszcz. Z 9 chińczyków, którzy handlowali, sześciu zachorowało i zmarło, pozostali trzej uciekli z zakażonych chorobą miejsc między 12 a 16 września. W drodze zachorował i umarł wiozący ich mongół. Dwóch chińczyków zajechało w Urdze do zajazdu „Barun-dian“, w którym jeden z nich nazajutrz umarł, a wkrótce po nim i drugi. Trzeci chińczyk, który wyjechał na parę dni wcześniej do Urgi i zatrzymał się w jednym z magazynów, jest zupełnie zdrów. Prędko potem, lecz dokładnie czasu określić nie mogę, gdyż chińczycy obawiając się ograniczeń w stosunkach handlowych, ukrywają teraz przed władzą przypadki chorób i śmierci, zachorowało dwóch tam zamieszkałych chińczyków i niebawem obaj umarli. Rosyjska kolonia, zamieszkała w środku miasta pomiędzy chińczykami, z niepokojem śledziła za wszystkiem, co ma związek z tą chorobą. Tak naprzykład zauważono, że przez dni kilka po ostatnich przypadkach śmierci, ulica wiodąca do zajazdu „Barun-dian“, była zabarykadowaną dla przejeżdżających. Dowiedziano się, że z kramu, z którego pochodził handlujący w choszunach zacho-

*) Rosyjska kolonia nalicza do 150 ludzi.

dnich, chińczycy wyjeżdżali w październiku na trakt, przyjęli wymienione przez zmarłych towary i złożyli je w składach Majmarynu urgińskiego (osady handlowej chińskiej), oddalonej o 5 wiorst od Urgi, swoje zaś nie sprzedane mieli jakoby umieścić w zajeździe „Barun-dianí". Ciała zmarłych w Urdze chińczyków, jak zwykle w trumnach z otworem u wezgłowia, zostały odniesione na cmentarz, znajdujący się za miastem i tam ustawione na otwartem miejscu, aby je latem przewieźć do ziemi rodzinnej.

Drugiem miejscem, w którem w tymże czasie panowała choroba z takiemiż objawami i bezwzględną śmiertelnością (według urzędowych danych, zebranych przez urgińskiego ambonia) była półn.-wschod. Mongolia, znajdująca się o 700 przeszło wiorst od Urgi na granicy Mandżuryi, w miejscowości zwanej Barun Suburgan nad rzeką Kierulenem na ziemi Som-Bejse księztwa Cecenchana. Od choroby tej zmarło tu do 80 ludzi. Charakter jej był takiż sam, jak i w Mongolii połud.-zachod. I tu ludność sama przedsięwzięła środki samoobrony, przecięła komunikacyę, spaliła jurty, a pozostali przy życiu przeszli na nowe koczowiska. Z nastaniem chłodów choroba ustała.

Zasięgnięte przezemnie wiadomości, wykazują, że choroba z podobnymi objawami często nawiedzała Mongolię, lecz przechodziła niespostrzeżenie, była znaną tej okolicy, którą nawiedzała, a ludność sama zwalczała epidemię takimi zarządzeniami, jak np. przerwanie komunikacyi i t. d. Dzięki tylko temu, że wywołując panikę swem wkroczeniem do Urgi pośród tu zamieszkałych rosyan, wywołała możność i środki do jej stwierdzenia. Tak naprzykład w r. 1888 na rzece Iro o 160 wiorst na pół.-zach. od Urgi zmarło z niej kilkunastu mongołów. W r. 1889 w końcu lipca o wiorst 250 na południe od Urgi, na handlowym trakcie kałgańskim Chojrin-dzam w miejscowości Szilin-Chuduk jednocześnie wymarły 4 jurty (do 30 ludzi). Energiczne środki, przerwanie komunikacyi, wreszcie spalenie jurt i przejście na nowe koczowiska, przerwały chorobę. Mongolscy lekarze-kapłani, „lama-emeri", przypisywali pojawienie się epidemii chorobie bobaków, wśród których wówczas wielki mór panował. W r. 1897 jesienią w Urdze było również kilka przypadków śmierci, jak mnie zapewniali zasługujący na wiarę świadkowie naoczni, która następowała po paru dniach choroby wśród objawów podniesionej ciepłoty, majaczenia, bólu w piersiach, i obfitem krwioplciu. Miejscowe duchowieństwo budyjsko-lamajskie, które trudni się leczeniem nie tylko pośród swoich jednowierców-mongołów, lecz do których z wielką wiarą zwraca się wielu z rosyan, nawet zamieszkałych za granicami Mongolii, nie potrafi rozpoznawać opisywanej choroby. Z jednym z lamów, niejakim Baro, szczycącym się szerokiem wzięciem, a mającym wyższy stopień w hierarchii kapłańskiej „getuna", mówiłem o tej sprawie. Upewniał on, że bogi (burchony), zagniewane za grzechy ludzkie, nasyłają chorobę zakaźną i nazwał ją tybetańskiem słowem „chidzik", dalej, że choroba jest bardzo zaraźliwa, jednakże niektórzy przy leczeniu wyzdrawiają. Sądzę jednak, że Boro-getun ma o niej niejasne bardzo pojęcie, i nie zna jej objawów**). W Urdze lamowie tłómaczyli mongołom, że choroba spowodowana została zaćmieniem księżyca i szczęście wielkie, że zaćmienie było nie pełne; w przeciwnym razie jeszczeby większy był mór na ludzi; pospólstwo jeszcze doraźniej tłómaczyło sobie, że jakoby żywy bóg urgiński „Chutuchta", zapytany przez lamów o przyczynę moru u ludzi, miał im wyjaśnić, że część księżyca psy zjadły. We wschodniej Mongolii pojawienie się choroby przypisywali mongołowie jedzeniu mięsa zdechłej antylopy (po mongolsku „dzeren"): w zachodniej zaś, według jednych powodem miały być wydobyte ze starożytnych mogił srebrne wazy, które szerzyły zarazę, według innych odgrzebane ciała chińczyków, które miano według zwyczaju wywozić do miejsc rodzinnych. Co do środków lekarskich, to słyszałem, że lamowie odmawiają swej pomocy w tej chorobie, jak i w innych zakaźnych, uciekając od chorych i obawiając się sami zakażenia. Ambani mandżurski w Urdze, kiedy miano mu przedstawiać niebezpieczeństwo, które grozi wszystkim mieszkańcom miasta, był tego przekonania, że choroba ta jest straszną dla biedaków tylko, lecz nie dla niego. Powtarzające się w pewnych miejscowościach Mongolii epidemie tej choroby nauczyły ludność przestrzegania środków ochronnych, jakimi są odosobnienie, spalenie dotychczasowych jurt i przejścia na nowe koczowiska. Tem tylko wytłomaczyć można, że sama ludność tłumi ogniska zarazy, co im ułatwia wielce ich życie pasterskie. O wiele w gorszych pozostają warunkach chińczycy, żyjący w ciasnych, ciemnych i dusznych bez przewiewu lepiankach. Choroba ta, pośród nich rozwinięta, przy ich żądzy zarobkowania i ruchliwości handlowej, z łatwością mogłaby zakreślić jeszcze znaczniejsze rozmiary dla swego rozwoju.

Choroba, grasująca w roku bieżącym w dwóch miejscowościach Mongolii, jak o tem wyżej mówiłem, jest nie nową, lecz od czasu do czasu się powtarzającą w różnych miejscowościach. Choroba to strasznie zaraźliwa i bezwzględnie śmiertelna. Przynajmniej mnie nie zdarzyło się słyszeć o przypadkach wyzdrowienia. Objawy tej choroby przypominają dżumę indyjską, czyli tak zwaną czarną śmierć XIV wieku. We wszystkich przypadkach, na ile udało mi się zasięgnąć, wszędzie występowało zapalenie płuc (*pneumonia pestosa*). Przyjmując na uwagę geograficzne położenie Mongolii, jej znaczną odległość od miejsc, dotkniętych morem, jak Indye południowe, prowincye Chin i Tybetu, jej ogromne, słabo zaludnione przestrzenie, a wreszcie i szczególne warunki klimatyczne, nie sprzyjające rozwojowi bakteryj chorób zakaźnych, (o czem szczegółowiej pisałem w streszczeniu mojej pracy: „Klimat Troickosawska-Kiachty", ogłoszonej w *Przegl. lekarskim*), jak również, że pojawiała się dotąd oddzielnemi, jakby nie łączącemi się z sobą gniazdami, można stanowczo twierdzić, że mór nie był zaniesiony tu z południa, lecz jest chorobą miejscową, endemicznie, samodzielnie tu rozwiniętą i wybuchającą przy pewnych sprzyjających warunkach. Kilka epidemii miejscowych moru z obrzękiem gruczołów (*pestis bubonica*) zostało opisanych przez Dra Bielawskiego. Były one spostrzegane od 1888 do 1894: razem 48 przypadków. Odnoszą się wszystkie do wschodniej części okręgu Akszyńskiego obwodu Zabajkalskiego, o czem pisałem do Was w jednej z moich przeszłych korespondencyj. Choroba tu występowała wśród groźnych objawów, wysokiej ciepłoty, bólu głowy, majaczenia, rozstroju trawienia i obrzęku gruczołów udowych, pachowych, rzadziej pachwinowych i szyjnych, śmierć następowała na 3 — 4 dzień. Miejscowość, która nawiedzoną została epidemią obecnej jesieni w płn.-wschód. Mongolii, leży w niedalekiej odległości od miejsc wyżej opisanych okręgu Akszyńskiego, w którym stwierdzono pewien związek między chorobą ludzi i bobaków.

Wkrótce po przekonaniu się, że przyczyną moru u ludzi w Indostanie jest choroba gryzoniów, myszy i szczurów, stwierdzono podobne fakta w r. 1888 i w okręgu Akszyńskim, mianowicie, że bobaki spowodowują podobną chorobę u ludzi. Świstaki (*Arctomys marmota*) żyją przeważnie w Europie na wyniosłych górach Alp, Pireneów, Tatr i nie schodzą nigdy na linię pasma lasów. Bobak różni się od świstaka swą budową i barwą odmienną. Świstaki mają budowę mocną, głowę wielką i szeroką, ogon krótki, puszysty, ruchy niezgrabne, źrenice okrągłe i worków zapasowych pod szczękami nie posiadają. Do tego samego rodzaju, co świstaki, należy bobak (*Arctomys bobac*), po mongolsku „tarbagan", żyjący wyłącznie na równinach. Pyszczek i kręgi dokoła oczu ma ciemno-żółte, grzbiet i brzuch rdzawo-szaro-żółte, przednie zęby biało. Długość ciała 65 ctm., ogona 5 ctm. Bobak żyje we wschodniej Europie, południowej Polsce i Bukowinie, na całem Południu Rosyi i w południowej Syberyi, a chociaż dotąd wschodnia granica zamieszkania jego ściśle nieoznaczona, jednak można wnosić, że dochodzi aż do Oceanu Wschodniego. Wiadomo, że przebywa on w wielu miejscowościach Azyi na obszernych równinach bezleśnych lub w dolinach pomiędzy wzgórzami, gdzie buduje sobie w ziemi nory, zwrócone ku słońcu. — Niezliczone mnóstwo szczurów, myszy i bobaków w Zabajkalu, a jeszcze bardziej w sąsiedniej z nią Mongolii, obfitującej w rozległe przestrzenie puste, nie tępionych przez ludność, zwłaszcza, że w wielu miejscach, t. zw. świętych, polowanie jest nawet surowo wzbronione, jak naprzykład na górze Bohdo-ta (święta góra) w Urdze, na której mnoży się ich tysiące.

Mięso bobaka uważają mongołowie-buriaci i rosyanie w krainie Zabajkalskiej za wielki przysmak. Smak jego, oprócz swoistego zapachu, ma przypominać gęsinę. Mongołowie przygotowują je w ten sposób, że zdjąwszy skórę i wypatroszywszy bobaka, wkładają w niego rozpalone kamienie, zasypują gorącym popiołem i pokrywają ziemią. W ten sposób przyrządzony bobak ma być bardzo smaczny. W samej Urdze, której znaczną część ludności stanowi duchowieństwo, bo przeszło 10 tysięcy, mięsa bobaka nie używają na pokarm, Lamowie bowiem, oprócz mięsa baraniego i wołowego, żadnego innego nie jedzą. Złowienie bobaka jest dość trudne, lecz się opłaca: bobak przeciętnie daje tłuszczu do 5 funtów; wyróżnia się on delikatnością i dlatego używają go do smarowania skór i rzemieni, a niekiedy i do oświetlenia. Lecz największy ma popyt — futro, które, pomimo nietrwałości i małej puszystości, dla swej niskiej ceny jest bardzo poszukiwane i wywożone bywa do Rosyi i do Chin. Skupują je masami u Mongołów Chińczycy, część wysyłają przez Kałgan dalej na południe, część zaś przywożą na główny rynek zbytu do Urgi. Tu rozbierają je różne firmy handlowe, wysyłając przez Kiachtę do Rosyi, a jeszcze znaczniejszą ilość, bo miliony skór idzie przez zachodnią Mongolię, Kaszegocz i Bijsk do Rosyi.

**) Słyszałem, że jeden z lamów nazwał tę chorobę »szara ubuczy« tj. czarna choroba, co zdaje się wskazywać, że albo choroba ta niegdyś już grasowała w Mongolii epidemicznie, lub też nazwa ta wzięta z Europy, przypominająca tak zwaną »czarną śmierć«.

Bobaki, jak wiadomo, podlegają zimowej śpiączce, w której przebywają, począwszy od września aż do marca. Ponieważ w jesieni są najtłuściejsze i włos ich najpuszystszy, przeto o tej porze roku najbardziej bywają poszukiwane przez przemysłowców. W tym właśnie czasie, jak to spostrzegano w okręgu Akszyńskim, a co stwierdzono i w Mongolii, w niektórych latach i miejscach, naprzykład na futorze Soktujskim w okręgu Akszyńskim w r. 1889, 1891 i 1894, bywa pewien pomór na bobaki, od którego wielka ich liczba ginie. Po zachorowaniu zwierzęta te nie kryją się do nór i dłużej przebywają na polu. Według zebranych danych w okręgu Akszyńskim przez Dra Bielawskiego bobaki chore nie szczekają, są wątłe, bieg ich niepewny, miewają niekiedy pod pachami czerwone, chełboczące obrzęki. Gdy bobak zachoruje, reszta wygania go z nory, a gdy zdechnie, to zdrowe wyrzucają go na powierzchnię. W tym czasie bobaki z łatwością stają się zdobyczą poszukiwaczy i żerem dla psów. W Mongolii, a w szczególności w Urdze, wielka liczba psów, pozostających przeważnie w stanie dzikim, jest postrachem ludności, gdyż nietylko pożerają one zwłoki przy obrzędzie budyjskim wyrzucania ciał zmarłych, lecz nieraz i żywi stają się ich pastwą. Niedawno stara mongołka z dwiema młodemi wnuczkami wracała pod wieczór ze świątyni. Z pobliskiego rowu wypadły psy i rozerwawszy na części te nieszczęśliwe istoty, objadły ich ciała do kości. Są tu żebracy, którzy żyją na ulicach, leżąc razem z psami, przykryci warstwą nawozu i szmat, i tak przebywają całą zimę. Przechodnie z litości przynoszą im pokarm. Psy nie dotykają za życia tych nieszczęśliwych, lecz wyczekują ich śmierci, by ich spożyć. Otóż psy i wilki zjadają bezkarnie nietylko zwłoki ludzkie i zwierzęce, ale i bobaki. Tymczasem ludzie od chorych bobaków zarażają się przy zdejmowaniu skóry, oraz przy spożywaniu ich mięsa, choroby zupełnie analogicznej z morem azyatyckim, który w okręgu Akszyńskim wyróżniał się przeważnie obrzękiem gruczołów, a w Mongolii w przypadkach dotąd spostrzeganych, zapaleniem płuc. Obydwie postacie chorobowe okazały się nadzwyczaj zaraźliwemi i bezwarunkowo śmiertelnemi. Mór często nawiedza bobaki, a jeśli on tylko rzadko udziela się ludziom, przypisać to należy, jak to w kraju zabajkalskim zauważył Dr. Bielawski, że mieszkańcy umieją chorobę bobaków wcześnie rozpoznawać. Oprócz gruczołów pachowych, które niekiedy bywają obrzmiałe, prawie zawsze u chorych bobaków po rozcięciu skóry na łapkach występuje zapieczona krew; takich wyrzucają psom na zjedzenie. Czy mongołowie umieją odróżniać bobaki chore od zdrowych, jak to potrafią zabajkalcy, nie udało mi się stwierdzić. Tak w Zabajkalu, jak i w Mongolii, należy dopatrywać tej samej przyczyny, wywołującej opisaną chorobę u ludzi, a jest nią choroba bobaków z odmiennymi tylko objawami zakażenia. Chociaż już parę miesięcy upłynęło od czasu ustania epidemii, trudno jednak zaręczyć, czy z nastaniem wiosny, lub w późnej jesieni znowu się ona nie pojawi, jak to dotychczas bywało. Obecnie warunki są tu dla nowego rozwoju epidemii bardzo niesprzyjające. W początkach grudnia, kiedy u nas w kraju dnie bywają mgliste, ciemne i pochmurne, tu przy nocnych mrozach od 18—22° C. po mgle rannej, od 8 rano niebo się wyjaśnia, słońce przy nadzwyczaj przeźroczystem powietrzu, właściwem tutejszemu klimatowi, świecąc silnie, ogrzewa ziemię palącymi promieniami. Cisza panuje w powietrzu. Co dni kilka zrywa tylko się wiatr północny, dmący z wielką siłą, przy nizkiem barometrycznem ciśnieniu i suchości powietrza; zimą opady są tu prawie żadne; zatem są tu wszystkie warunki klimatu górskiego, ponieważ Urga wznosi się na 1,250 mtr. nad powierzchnią morza. Naturalny przewiew poprawia złe warunki sanitarne, które wytwarzają tutejsi mieszkańcy.

Ponieważ walka z chorobą zakaźną w państwie tak źle zorganizowanem, jak Chiny i do tego obcem, jest wielce trudną dla władz rosyjskich, mieliśmy więc tylko na widoku możność zawleczenia choroby w granice Rosyi; zalecone przezemnie konsulatom środki dla zapobieżenia chorobie na wypadek jej rozwoju, władze chińskie przyjęły; są one następujące:

1) Wezwać władze chińskie do oczyszczania przynajmniej dwa razy do roku (na wiosnę i w jesieni) miasta Urgi.

2) Rozpowszechnić pomiędzy ludnością mongolską i chińską w tłómaczeniu krótki opis moru, jego objawów i środków zapobiegawczych.

3) Rozdawać mongołom i chińczykom bezpłatnie wapno, mydło zielone i niektóre inne środki dezinfekcyjne.

4) Domagać się zawiadomienia konsulatu o każdym podejrzanym przypadku choroby lub śmierci, aby ten mógł zarządzić właściwe środki.

5) Asanizować zajazd „Barun-diań“ pod kontrolą konsulatu.

6) Zarządzić aby w Urdze zamieszkiwał stale lekarz rosyski, mogący śledzić za pojawieniem się choroby w Mongolii i tym sposobem zapobiedz jej rozszerzeniu i zawleczeniu w granice Rosyi.

Charakter istniejącej choroby epidemicznej w Mongolii i krainie Zabajkalskiej wyświetlą w przyszłości bakteryolodzy i wydadzą sąd o niej, czy jest ona wywołaną przez bakterye, identyczne z prątkami moru, lub przez jakie inne. Może w przyszłości, po bliższem zbadaniu strony klinicznej tej choroby, zaprzeczą jej powinowactwu z morem i niektórzy zechcą widzieć nową jakąś postać nieznaną, jak to było z epidemią w Kołobówce. Dziś z faktów, które zebrałem, a poparty spostrzeżeniami, zrobionemi w Zabajkalu, wnioskuję, że jak tam, tak i Mongolii mamy przed sobą mór i że do licznych epidemicznych gniazd tej choroby, rozrzuconych na wielkim obszarze Azyi i od siebie niezależnych, jak w Himalajach, Hong-kongu, Kantonie, Junamie, na granicy Tonkinu, wreszcie w Mandżuryi, należy zaliczyć i epidemie, występujące w Zabajkalu i Mongolii.

Jan Iłgowski.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokóły

z posiedzeń Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Posiedzenie w dniu 15 stycznia 1900 r.

Przewodniczący; Dr. Łazarski, obecni: Dr. Ponikło, Dr. Trzebicky, Dr. Walczyński.

Przewodniczący zawiadamia, że pisarz Izby Karol Engelmann przyznał się do popełnienia defraudacyi na szkodę Izby. Po dyskusyi poruczono nowemu skarbnikowi przeprowadzenie ścisłego obrachunku i dokładne oznaczenie wysokości zdefraudowanej sumy. — Nad licznemi drobnemi sprawami bieżącemi odbyła się żywa dyskusya.

Posiedzenie w dniu 20 stycznia 1900 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

Podskarbi zawiadomił Wydział, że deficyt w kasie wynosi 1165 koron 32 h., wobec czego Wydział powziął następującą uchwałę: „Wydział orzeka, że skarbnik jest odpowiedzialny za całość kasy i poprawność rachunkowości Izby i wobec tego wzywa byłego podskarbiego Izby Doc. Dra Bossowskiego do pokrycia deficytu“.

Na wniosek podskarbiego uchwalono wezwać Kolegów zalegających z wkładkami do Izby, o ile nie są notorycznie niezamożnymi, listownie do uiszczenia zaległości; w razie zaś bezskuteczności wezwania postanowiono ściągnąć należytość drogą egzekucyi.

Uchwalono upomnieć się u Prezydyum namiestnictwa, dlaczego delegat Izby do Rady zdrowia nie otrzymał dotąd ani razu zaproszenia na posiedzenie tejże Rady.

Posiedzenie w dniu 10 lutego 1900 r.

Obecni: Przewodniczący, kol. Ponikło, Kohn i Trzebicky.

Przewodniczący zawiadamia, że deficyt, powstały przez defraudacyę Engelmanna, został pokryty w równej części przez b. podskarbiego Dra Bossowskiego i przewodniczącego. Przewodniczący zapłacił połowę zdefraudowanej sumy, choć nie był do tego ani moralnie, ani ustawowo zmuszony, jedynie dla tego tylko, żeby tę przykrą sprawę już raz zakończyć.

Udzielono zapomogi mag. chir. Z. 100 koron, wdowom po lekarzach: pani H. N. 200 koron, a paniom K., S., B. i Ko. po 50 k.

Posiedzenie w dniu 13 marca 1900 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

Przewodniczący przedłożył szereg podań o uwolnienie od wkładek, a względnie zaległości. W przypadkach godnych uwzględnienia zapadła uchwała uwalniająca.

Wdowie po lekarzu pani M. udzielono zapomogi w kwocie 50 koron.

W miejsce dotychczas prenumerowanego czasopisma „Vereins-Zeitung“ uchwalono zaprenumerować dla członków Izby czasopismo, mające wychodzić od 1-go kwietnia b. r. pod redakcyą Dra Brennera.

W sprawie zabezpieczenia funduszu emerytalnego dla lekarzy przy stwarzaniu podobnego funduszu dla oficyalistów prywatnych oświadczył referent Dr. Walczyński, że nie widzi sposobu poprawienia na tej drodze bytu lekarzy.

Rada honorowa

Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej rozpatrywała w pierwszym kwartale b. r. szereg spraw, była jednakże tyle szczęśliwą, że ani razu nie musiała wydać orzeczenia potępiającego któregokolwiek z kolegów.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 kwietnia.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Na moje odezwanie się w sprawie gruźlicy w *Czasie* z dnia 30 z. m. odpowiedział prof. Bujwid w Nrze 14 *Przeglądu lekarskiego* z r. b. i polemizując ze mną tak przytoczył moje słowa: »rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie w przestrzeganiu przepisów higienicznych, ale w poprawie stosunków ekonomicznych«; ja zaś napisałem i każdy może się o tem przekonać: »rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie *tyle w słowach* i w przestrzeganiu przepisów higienicznych, *ile* w poprawie stosunków ekonomicznych«.

Niepodobna polemizować, gdy kto tak przeinacza cudze zdania i na tem buduje swoje wywody przeciw twierdzeniom, których nie wypowiedziano. *Prof. Dr. Domański.*

* Otrzymaliśmy następującą odezwę z prośbą o ogłoszenie: W gronie podpisanych kolegów, którzy wstąpili na wszechnicę wiedeńską w r. 1869, a ukończyli ją w r. 1874, powstała myśl zjazdu koleżeńskiego w Wiedniu w ciągu Października r. b. w 25 rocznicę opuszczenia ław uniwersyteckich, aby odnowić i zacieśnić zawiązane w czasie studyów koleżeńskie stosunki. Podpisani proszą przeto kolegów, ażeby zgłaszali swój udział w zjeździe na ręce Dr. Artura Pinskera, (Wien, II. Kaiser-Josefstrasse 3) najpóźniej do 1 czerwca b. r., poczem każdemu uczestnikowi przesłany zostanie szczegółowy program zjazdu. Komitet zjazdu: *Dr. Breuer, Prof. Dr. H Chiari, Dr. Farbtager, Dr. E. Frank, Dr. Hillischer, Dr. Jellinek, Prof. Dr. Mikulicz, Dr. Pinsker, Dr. Steinbach, Dr. Schopf.*

* Lekarze pomocniczy, to jest sekundaryusze i praktykanci szpitala św. Łazarza w Krakowie wnieśli do Wydziału krajowego ponownie podanie o polepszenie bytu, zawiadamiając, że w razie odmowy na (skromne zresztą) żądania, byliby zmuszeni zaprzestać swoich zajęć z dniem 1 maja b. r. Do sprawy tej powrócimy.

* Dr. Stanisław Szuman prosi nas o zaznaczenie, że w pracy jego »O anomaliach odruchów«, drukowanej niedawno w »Przeglądzie« w Nrze 9, str. 113, łam drugi, wiersz 14 i 19 od dołu, znajduje się wyrażenie »zwoje«, zamiast »komórki zwojowe« (Ganglienzellen), jakby właściwie określić należało.

* Dla uczczenia pamięci ś. p. Dr. S. Kondratowicza złożyło grono jego przyjaciół Towarzystwu lek. warsz. 2000 rbs., przeznaczając odsetki na potrzeby biblioteki tego Towarzystwa.

* Kol. Z. Pelczar z Drohobycza nadesłał na nasze ręce na fundusz wdów i sierot po lekarzach 28 koron 16 hal., jako pozostałość z zebranej przez kolegów drohobyckich składki na wieniec dla ś. p. kol. Janowskiego.

* Z powodu nadesłanego nam i ogłoszonego w poprzednim Nrze »Przeglądu« listu kol. Dr. J. Landaua, któremu nie zezwolono na badanie dzieci szkolnych, nasuwa się na myśl mimowoli pytanie, czy wobec tego ci, i tak nie nadto liczni lekarze, którzy poza swą pracą zawodową, coraz bezwzględniej przez społeczeństwo wyzyskiwaną, usiłują dobrowolnie i bezinteresownie pracować dla dobra ogółu, nie mają prawa rąk opuścić, zamiast tracić czas i siły na zwalczanie i w tym nawet kierunku stawianych im przeszkód?

* Według sprawozdania przedłożonego przez prof. Brouardela francuskiej komisyi zwalczania gruźlicy, umiera we Francyi z gruźlicy średnio 43,8 na 10000 mieszkańców. Śmiertelność z gruźlicy w samym Paryżu, wynosząca w r. 1895 — 50,3, zmniejszyła się trochę dzięki zarządzeniom sanitarnym i wynosiła w r. 1897—45.8. W Anglii wskutek energicznego zwalczania gruźlicy wynosi śmiertelność tylko 13,1 na 10000 mieszkańców. — W Krakowie... 71·16.

* W Wiedniu nabrała wielkiego rozgłosu rozprawa sądowa z powodu paszkwilu na lekarzy szpitala św. Józefa dla dzieci. Paszkwil ten, (skonfiskowany zresztą przez władze), ogłosił ojciec dziecka, leczonego w szpitalu na błonicę i zmarłego potem w domu. Oskarżonego skazano wprawdzie na grzywnę, ale na podstawie jednego tylko z 14 punktów oskarżenia, a oskarżający lekarze ponieść muszą koszta postępowania sądowego; bądź co bądź zatem nie otrzymali właściwie zadośćuczynienia, którego się domagali. Pisma lekarskie wiedeńskie nawołują wobec tego do organizacyi w celu obrony stanu lekarskiego. Rozprawa ta ma przynajmniej ten skutek, że wobec wykrytych przez nią niekorzystnych stosunków, pojawił się w Sejmie dolno-austryackim wniosek o utworzenie liczniejszych szpitali dla dzieci, oraz o pomnożenie i lepszą płacę przeciążonego obecnie i źle płatnego personalu lekarskiego.

* W radzie miejskiej wiedeńskiej po odczytaniu przez prof. Grubera wyników badań wody wodociągowej, podjętych z powodu pojawiającego się duru, wyrazić się miał pan burmistrz Lueger, że zadaniem władz lekarskich jest działać uspokajająco, a więc.... milczeć o zagrażających ogółowi niebezpieczeństwach. Niewiadomo, czy litować się, czy szydzić z objęcia przez głowę wielkiej stolicy wielkiego państwa roli burmistrza z Ibsenowskiego »Wroga ludu«.

* 25 zebranie towarzystwa higienicznego niemieckiego odbędzie się 12—15 września w Trier. Przedmiotem obrad będą: zwalczanie dżumy, zaopatrzenie w wodę zapomocą zamykania dolin (Thalsperren) pod względem higienicznym, przyczyny i zwalczanie wielkiej śmiertelności osesków, higiena sportu kołowego, sprawa małych mieszkań w miastach.

Mianowani: Dr. W. Stankiewicz naczelnym lekarzem szpitala ewangelickiego w Warszawie, Prof. Cramer następcą L. Meyera na katedrze psychiatryi w Getyndze, Prof. Poppert następcą Bosego na katedrze chirurgii w Giessen.

Zmarli: w Drohobyczu Dr. J. Janowski, starszy lekarz powiatowy, w 59 r. ż.; w Wiedniu słynny otyatra prof. Józef Gruber w 73 r. ż. autor znanego powszechnie podręcznika i wielu cennych prac drobniejszych; — w Warszawie Dr. Michał Misiewicz w 46 r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 14: Doc. Dr. Barącz: Wsteczne uwięźnięcie i okręcenie sieci naokoło osi w jamie brzusznej. A. Lande: O stosunku ostrego gośćca stawowego do róży, oraz o patogenezie ostrego gośćca stawowego. J. Czajkowski: O patogenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. (c. d.) *Medycyna* Nr. 14: D. K. Rzętkowski: Kilka uwag o chorobie Thomsena (dok.). W. Rodys: Przypadek tężca, leczony surowicą przeciwtężcową. Wyzdrowienie. J. Sunderland: Badanie jakościowe moczu (dok.). *Nowiny lekarskie* Zesz. 7: Dr. M. W. Herman: Uwagi i myśli w sprawie postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego w chirurgii (dok.). Dr. S. Horoszkiewicz: Przypadek rany kłótej. *Krytyka lekarska* Nr. 4. J. Steinhaus: Nowotwory, ich przyczyny i klasyfikacya (dok.). Ad. Wrzosek: O znachorstwie u nas i środkach walki z niem. Dr. Wład. Zahorski: Prof. Józef Frank w Wilnie.

Redakcya otrzymała: Dr. R. Bernhardt: Choroby skóry, przez grzybki wywołane *(dermatomycoses)*. *Odczyty kliniczne* Serya XII Zesz. 1, 2. Warszawa 1900. Dr. H. Kucharzewski: Un cas de blennorrhagie compliquée de rhumatisme... et d'iridocyclite. Paris 1900. Prym. Dr. A. Krokiewicz: Das Verhalten des Blutes in Verlaufe von Magencarcinom. (odb. z *Archiv. für Verdauungskr.* Berlin 1900).

— Zbiór prac z kliniki lekarskiej Uniw. lwowskiego pod dyrekcyą prof. Dr. A. Gluzińskiego: Zeszyt I i II, 1899 i 1900 r.

— Dr. Sacewicz K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. (Odbitka z *Medycyny*, 1898).

— Tenże: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. (Odbitka z *Medycyny*, 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 18 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. St. Dobrowolski omówi „Trzy przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, wykonane w roku szkolnym bieżącym w krakowskiej klinice położniczej“, a kol. M. Nartowski wygłosi wykład p. t. „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 21 Kwietnia 1900. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekolog. Prof. Marsa we Lwowie.

Włókniakomięśniak prawego okrągłego więzu macicy w przewodzie pachwinowym.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Guzy więzów okrągłych macicy należą do zmian chorobowych, nader rzadko spostrzeganych, to też i piśmiennictwo wykazuje tylko nieliczne opisy, a i te nie są bardzo dokładne. Wogóle można powiedzieć, że rzecz mało zbadana i dlatego każdy nowy przypadek jest pożądany.

Między ogłoszonymi przypadkami napotykamy opisy guzów torbielowatych z zawartością płynną i guzów stałych. Do guzów z zawartością płynną zaliczyć należy krwisteki więzu okrągłe gomacicy (Gottschalk, Schramm); ropień, spostrzegany przez Martina, którego powstanie odnosi autor do pierwotnego krwisteku; nadto guzy torbielowate, które uważać należy właściwie za *hydrocele muliebris*, powstałą w przewodzie Nuckiego, — przypadki takie opisali Michel, Mühlerheim, Noll, Schäfer, Schlayer, Smital i inni. — Pomiędzy guzami stałymi spostrzegano mięśniaki (Hansemann); mięśniakogruczolaki (Cullen, Blumer, Pfannenstiel); przypadek *cystofibroma* podała Agnieszka Bluhm; *fibrolipoma* opisał Witte; mięśniakowłókniaki widzieli Hasenbalg, Heydemann, Blaillon i inni. Guinard w roku 1898, podając przez siebie spostrzegany przypadek, zestawił z literatury 17 przypadków. —

Większość wymienionych przypadków znachodzi się w piśmiennictwie w skromnej postaci bardzo krótkich wzmianek, zanotowanych w protokółach posiedzeń towarzystw naukowych, na których były przedstawione guzy więzów okrągłych macicy, uzyskane wśród zabiegów operacyjnych.

Dokładniejszy opis przypadku spotykamy w pracy Hasenbalga (Zeitschrift f. Gyn. tom XXIII). Między innemi uwagami autor nadmienia, że nie mógł w literaturze znaleść przypadku, w którymby mięśniakowłókniak więzu okrągłego macicy leżał w przewodzie pachwinowym; zwykle napotykano guzy te w jamie brzusznej, albo pod skórą na zewnątrz kanału pachwinowego. Przypadek Heydemanna jest późniejszy.

W zestawieniu Guinarda (Rev. de chir. tom XVIII str. 63) napotykamy wzmiankę, dotyczącą częstości, a mianowicie twierdzi autor, że najczęściej występują włókniakomięśniaki.

W obec tego sądzę, że przypadek, który niedawno miałem sposobność spostrzegać i operować, a w którym znalazłem guz, położony w przewodzie pachwinowym, należy do rzadkości i dlatego tem więcej poczuwam się do obowiązku podania szczegółów, które zauważyłem.

S. W. żona nauczyciela z Łańcuta, licząca 28 lat, rz. kat., zamężna od 4 lat. W dzieciństwie chorowała często na zapalenie migdałków i cierpiała na obrzęki gruczołów podszczękowych. Pierwszy raz miesiączkowała w 13 r. życia, miesiączka powracała regularnie co 4 tygodnie, bolesna, obfita, trwająca tydzień. Rodziła 3 razy: pierwszy poród ukończony operacyą kleszczową, dziecko umarło po 5 dniach. Drugi poród prawidłowy, dziecko, które sama karmiła, żyje. Trzeci poród odbył się siłami natury przed 3 miesiącami, dziecko zdrowe, karmiła sama przez miesiąc, poczem karmienia zaniechała z powodu dolegliwości, jakie jej sprawiał guz, na który cierpiała.

Przed 3 laty po pierwszym porodzie zauważyła bolesność w pachwinie prawej. Położna, do której się chora po radę udała, stosowała na ten ból mięsienie, którego chora znosić nie mogła, gdyż ból się pod wpływem mięsienia wzmagał. W rok później spostrzegła chora w tem samem miejscu, w którem dawniej uczuwała bolesność, tuż nad pachwiną prawą, nieco bliżej spojenia kości łonowych, guzek wielkości orzecha włoskiego, w dotknięciu zbity, który zwolna ale stale się powiększał i rozmiarami dosięgnął w czasie ostatniego połogu połowy obecnej wielkości. Od czasu ostatniego połogu t. j. od 3 miesięcy guz począł rozrastać się szybko, co wreszcie zmusiło chorą do szukania pomocy w klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej. Od czasu szybszego rozrostu guza chora czuje w jego okolicy bóle, które jej się stały nieznośne i godzi się na zabieg operacyjny, byle się pozbyć mogła guza i cierpienia.

Badanie przedmiotowe wykazało: wzrost średni, budowa ciała i odżywienie liche. Nad szczytem płuca prawego wypuk przytłumiony, zmian przysłuchowych niema. Tony serca czyste. Wątroba i śledziona nie powiększone. W okolicy nadpachwinowej prawej widać wyniosłość wielkości dużego jaja strusiego, nieco wrzecionowatą, której oś długa leży równolegle do więzu Pouparta. Brzuch zresztą płaski, powłoki nad guzem nieco więcej napięte, po stronie zaś lewej wiotkie, pofałdowane, pokryte licznemi bliznami poporodowemi. Pępek zbacza na lewo, mniejwięcej na 2—3 centymetrów od linii środkowej. Linia biała, ciemniej zabarwiona, zbacza na lewo łukowatem wygięciem, którego największa wypukłość przypada w odległości 6 centym. poniżej pępka. —

Przy obmacywaniu czuć w powłokach brzusznych tuż nad pachwiną prawą i nad spojeniem kości łonowych guz zbity, twardy, w dotknięciu niemal chrząstkowaty, postaci jajowatej, wielkości dużego jaja strusiego, końcem cieńszym przylegający do kolca górnego przedniego kości biodrowej prawej, końcem grubszym zaś sięgający po nad spojeniem kości łonowych ku drugiej pachwinie, niemal do połowy długości lewego więzu Pouparta. Guz ten o powierzchni gładkiej okazuje od przodu bardzo dokładnie wyczuć się dające, rowkowate, szczelinowate przewężenie, poprzecznie przez guz przebiegające w kierunku od dołu ku górze i na prawo w miejscu, położonem po nad zewnętrznym brzegiem wargi sromowej prawej. — Z boku na bok guz się wcale poruszać nie daje, natomiast z dołu do góry i na odwrót jakby nieznacznie ruchomy. Tuż popod dolną granicą guza, w samej pachwinie, nad zewnętrznym brzegiem wargi sromowej prawej, w okolicy, odpowiadającej ujściu zewnętrznemu kanału pachwinowego prawego, czuć bardzo wyraźnie przez skórę zagłębienie, do którego koniec palca wtłoczyć można. Zagłębienie to ma postać trójkątną, kątem ku dołowi a podstawą ku górze zwróconą, tak, że jest otoczone dwoma rozbieżnie ku górze przebiegającemi, nader mocno napiętemi, blaszkowatemi ramio-

nami. Ramię zewnętrzne przechodzi na przednią ścianę guza i gubi się w poprzecznym, wyżej opisanym rowku, ramię wewnętrzne podchodzi pod guz. Na zewnętrznej granicy guza po stronie prawej, w miejscu, które leży tuż przy górnym prawym kolcu biodrowym, wymacać można jakby wstążkowate, mocno zbite, napięte połączenie między guzem a kolcem biodrowym.

Podczas siadania występuje guz jeszcze więcej na zewnątrz, a powyżej niego tworzy się w powłokach brzusznych zagłębienie, w którem można wybadać skurczony mięsień prosty prawy. Między mięśniami prostymi podczas siadania można wyczuć rozstęp, do którego końce palców wprowadzić można. Mięsień prosty prawy podchodzi pod guz, lewy zaś okrąża jego lewe ograniczenie. Największa szerokość 19 ctm.



Dla uzupełnienia opisu podaję obok fotografię, która zaznacza położenie guza, wejrzenie brzucha, położenie pępka, jak niemniej silniejszem nieco zacieniowaniem miejsce, gdzie leżało szczelinowate przewężenie guza.

Wejście do pochwy szerokie, ściany pochwy wygładzone, część pochwowa skierowana ujściem ku spojeniu kości łonowych, dalszy ciąg macicy tyłozgiętej w sklepieniu tylnem. Badanie zestawione obecnością guza utrudnione, *parametria* wolne. Badając przez sklepienie prawe i uciskając guz drugą ręką od zewnątrz czuć guz, ułożony w powłokach brzusznych, wypuklający się po stronie prawej ku jamie brzucha. Jakiegoś związku pomiędzy guzem a organami płciowymi przy badaniu wewnętrznem wykazać nie można. Ruchy guza nie udzielają się narządowi płciowemu i na odwrót poruszając macicę niemożna wykazać udzielania się ruchów guzowi. Po stronie prawej w zatoce krzyżowo-biodrowej jajnik prawidłowych rozmiarów.

Wobec tego stanu badanie zewnętrzne przemawiało za rozpoznaniem *fibromyoma ligamenti rotundi dextri*. Uwzględniając jednak okoliczność, że wśród badania wewnętrznego i zestawionego nie mogłem wykazać żadnej łączności guza z narządami płciowymi, położonymi w jamie miednicy, rozpoznanie to chwiało się i zacząłem przypuszczać, że mam może do czynienia z włókniakiem powłok brzusznych, wychodzącym z powięzi mięśnia skośnego wewnętrznego.

Do tego wahania się w rozpoznaniu przyczyniła się także i praca Olshausena *(Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* w tomie 41), w której autor wymienia 22 przypadków guzów powłok brzusznych, wychodzących z powięzi mięśniowych, a między innemi wspomina, że niektóre podobnie, jak w naszym przypadku, wykazywały łączność z kolcem górnym przednim kości biodrowej

Dnia 23. XI. 98. w uśpieniu chorej chloroformowem przystąpiłem do operacyi. Cięciem, poprowadzonem równolegle do pachwiny wzdłuż największej wypukłości guza, przeciąłem skórę, potem powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, poczem odsłonił mi się guz, który wyłuszczyłem. Wśród operacyi okazało się, że guz był połączony silnym więzem z kolcem przednim górnym kości biodrowej prawej, który tuż przy guzie przeciąłem; nadto, że zewnętrzny prawy koniec guza leżał bezpośrednio na samej otrzewnej, od której go musiałem oddzielić na przestrzeni małej dłoni, koniec zaś lewy leżał tuż pod skórą na mięśniu prostym prawym. Guz zatem przebijał skośnie wszystkie warstwy mięśni i powięzi ściany brzusznej. W połowie guza głęboki, szczelinowaty, od miejsca otworu pachwinowego zewnętrznego skośnie ku górze i nieco na prawo poprzecznie przebiegający rowek, w którym leżały silne wiązki powięziowe, które też nożem oddzielić musiałem. Podobny mniej wyraźny rowek na tylnej ścianie guza.—

Po wyłuszczeniu guza i podwiązaniu kilku drobnych naczyń krwionośnych pozeszywałem warstwowo powłoki brzuszne, łącząc części do siebie należące kilkoma piętrami, warstwy głębsze katgutem, a skórę jedwabiem Rozglądając się w łożysku guza w czasie podwiązywania naczyń i zeszywania tkanin nie mogłem wykazać, skąd guz wyrastał. —

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, zagojenie przez rychłozrost. 10 grudnia przed wyjściem chorej z kliniki przedsięwzięte badanie przedmiotowe wykazało, że postać brzucha zmieniona, wygląda bowiem prawie symetrycznie, chociaż nieznaczne wygięcie linii białej i przesunięcie pępka jeszcze widoczne. Żałuję wielce, że nie mogłem dać chorej po operacyi fotografować, gdyż czasu nie było, chora bowiem koniecznie powrócić chciała jaknajspieszniej do domu. —

Dalej przy badaniu wykazano, że po stronie prawej wzdłuż więzu Pouparta istnieje bardzo wyraźne niebolesne zgrubienie, że po stronie lewej można wybadać bardzo dokładnie ujście zewnętrzne kanału pachwinowego, podczas gdy po stronie prawej mimo bardzo starannego poszukiwania ujścia kanału pachwinowego wybadać nie można.

Badanie wewnętrzne przedstawia zupełnie nie zmieniony, ten sam obraz, jaki stwierdzono przy pierwotnem badaniu przed operacyą.

Wydobyty guz przedstawia na powierzchni opisany poprzednio rowek, głęboki na kilka milimetrów, przebiegający poprzecznie po guzie. Na przekroju wygląda guz, jak włókniak. Tuż pod powierzchnią na najwyższem wypukleniu guza znachodzi się miejsce wielkości $1^1/_2$ guldena, na dwa centymetry wgłąb utkania ciemno czerwono zabarwione, więcej unaczynione.

Badanie drobnowidowe wykazuje pasma tkanki łącznej, włókna elastyczne i wiązki mięśni gładkich, dość liczne przekroje naczyń, koło których widać śluzakowate zwyrodnienie utkania W obec tego rozpoznanie anatomiczne brzmi: *fibromyoma ligamenti rotundi dextri, degeneratio myxomatosa perivascularis.* Preparaty przedstawiłem kol. profesorowi Obrzutowi, który to rozpoznanie w całości potwierdził,

Zastanawiając się nad tym przypadkiem przychodzi się do przekonania, że mimo, iż tak dobrze wśród badania przedmiotowego klinicznego, jakoteż i wśród operacyi nie można było wykazać łączności bezpośredniej guza z więzem okrągłym, to przecież uwzględniając budowę drobnowidową i obecność wiązek mięśni gładkich w utkaniu guza, musimy przyjąć, że guz ten wychodził z więzu okrągłego. Skoro zaś to jest pewnem, to przyjąć musimy, że dołek postaci trójkątnej, wybadany w pachwinie pod guzem, którego brzegi w postaci blaszkowatych więzów guz obejmowały, był częścią nadmiernie rozciągniętego, zewnętrznego prawego otworu pachwinowego. Tym sposobem guz opisany leżał prawą połową w nadmiernie rozdętym kanale pachwinowym, lewa zaś jego połowa była ułożona tuż pod skórą. Przemawia za tem już i ta okoliczność, że guz przebijał skośnie wszystkie warstwy ściany brzusznej i prawym brzegiem ściśle do otrzewnej przylegał. Nadto przemawia za tem okoliczność, że po wyleczeniu chorej po stronie prawej otworu pachwinowego nie znaleziono, został bowiem zaszyty przy łączeniu warstwowem tkanki. Za tem przemawia też wreszcie i zgrubienie, wybadane po operacyi tylko wzdłuż więzu Pouparta, podczas gdy przy obmacywaniu części, wyżej położonych, nic nieprawidłowego w powłokach brzusznych nie było można wybadać.

Widocznie rozciągnięte guzem tkaniny w czasie gojenia się rany ściągły się i całe pierwotne łożysko guza zostało przyciągnięte do więzu Pouparta, w którem też miejscu dawało się po operacyi wyczuć zgrubienie. —

Z objawów spostrzeganych na szczególniejszą uwagę zasługuje kilkakrotnie wspomniany rowek, który był rozszerzonym otworem pachwinowym objęty, a który w każdym podobnym do naszego przypadku znalešćby się powinien. Dalej zasługuje na uwagę wejrzenie całe brzucha, wygięcie linii białej i przesunięcie pępka.

W każdym razie z całego przebiegu przypadku wynika, że guz leżał w rozdętym nadmiernie kanale pachwinowym i że pod tym względem przypadek ten jest wyjątkowym, jakiego dotychczas nie spostrzegano.

II. Przyczynek do techniki zamknięcia światła jelita.[1]

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent chirurgii w Uniwersytecie lwowskim

(z 6 rycinami)

W numerze 27 *„Centralblatt für Chirurgie“* z r. 1899 ogłasza F. de Quervain z Chaux-de-Fonds artykuł p. t. „Zur Verwendung der Tabaksbeutelnaht“ i oświadcza, że szew kapciuchowy zawdzięcza swoje ogólne użycie w chirurgii brzusznej Doyenowi, który zalecił go do zamknięcia podwiązanego przedtem wyrostka robaczkowego, jelita, a nawet żołądka, jako też jamy Douglasa, po wycięciu macicy przez laparotomię[2]).

F. de Quervain, zachęcony niezaprzeczonemi zaletami szwu kapciuchowego, zastósował go w całym szeregu przypadków i rozszerzył zakres tego postępowania do zamykania zranionej otrzewnej w celu zapobiegania zrostom trzewiów brzusznych z linią szwu (t. zw. przez niego szew kapciuchowy wygłabiający, ausstülpende Tabaksbeutelnaht).

Co się tyczy wytrzymałości szwu kapciuchowego w porównaniu ze szwem kuśnierskim, założonym sposobem Lemberta, okazało się z doświadczeń, które w tym celu na trupach wykonał, że szew kapciuchowy jest daleko (2—3 razy) wytrzymalszy, aniżeli szew Lemberta. Autor podaje też szematyczny rysunek sposobu Doyena[3]).

Również w wychodzącem właśnie pod redakcyą Bergmanna, P. Brunsa i Mikulicza dziele p. t. „Handbuch der praktischen Chirurgie“ opisują Mikulicz i Kausch w rozdziale „O technice operacyi na przewodzie żołądkowo-jelitowym“ znowu szew sznurówkowy Doyena, jako najlepszy sposób zamykania światła jelita. Sposób Doyena polega jak wiadomo na: zmiażdżeniu wszystkich warstw ściany jelitowej za pomocą umyślnie zbudowanych kleszczy (pince-clamp, vasotribe, pince à écrasement[4]), przez co podwiązywanie naczyń staje się zbytecznem, — na podwiązaniu bruzdy, powstałej ze zmiażdżenia, cienkim jedwabiem, odcięciu nożyczkami wystającego rąbka błony śluzowej, przepaleniu małego otworu kikuta delikatnym palnikiem Paquelina, założeniu szwu sznurówkowego, wgłobieniu szczypczykami anatomicznemi zasznurowanego kikuta i związaniu równoczesnem szwu sznurówkowego; ponad miejscem zasznurowanem zakłada się podobny drugi szew sznurówkowy.

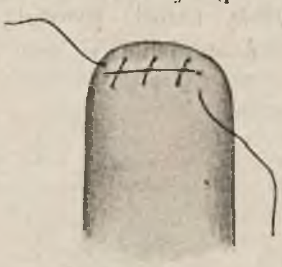
„Korzyści sposobu Doyena są wielorakie: ślepe zamknięcie daje się prędzej uskutecznić i jest pewniejsze, aniżeli przy użyciu zwykłego szwu; główna jednak korzyść jest ta, że — przy należytem wykonaniu — zamknięcie jelita daje się wykonać prawie aseptycznie i że jama otrzewnowa nie bywa przytem wcale zakażoną“.

Ponieważ ten sam cel tj. silne i pewne zamknięcie światła jelita daje się osiągnąć w sposób o wiele prostszy przez zastósowanie sposobu, podanego przez N. Senna[5]) jeszcze w r. 1889, jak również przez użycie mojej modyfikacyi tegoż sposobu, obmyślanej jeszcze w roku 1891 i zastósowanej wielokrotnie z najlepszym skutkiem[6]), — i ponieważ o obu tych postępowaniach przytoczeni autorowie nie wspominają, pozwalam sobie podać je na tem miejscu do szerszej wiadomości.

Senn poleca w celu zamknięcia światła jelita wgłobienie kikuta na 1 ctm. głęboko i założenie kilku ściegów (u psa 2—3) szwu kuśnierskiego sposobem Lemberta (obejmujących tylko błonę surowicza i mięsną) (por. Fig. I). Ja użyłem tego sposobu zamknięcia wielokrotnie z jak najlepszym skutkiem, przekonałem się jednak wkrótce, że szew ten da się uprościć, wiążąc poprostu ze sobą końce kilku szeregów rzadko założonego szwu kuśnierskiego tj. zamieniając t. u. szew n. sznurówkowy (por. Fig. II, III i IV).



Rysunek I. Szematyczne przedstawienie sposobu Senna zamykania światła jelita (wgłobienie + szew kuśnierski sposobem Lemberta).



Rysunek II. Szemat. przedstawienie mojej modyfikacyi szwu Senna (wgłobienie + szew sznurówkowy).



Rysunek III. Moim sposobem zamknięte światło jelita na przekroju podłużnym (szematycznie); w górnej części rys. uwidoczniony szew sznurówkowy ściągnięty.

Technika jest bardzo prostą. Po oczyszczeniu światła jelita wacikami sublimatowymi chwyta się resekowany kikut blisko przyczepu krezki kleszczykami zasuwkowemi i wgłabia wolny koniec na 1 ctm. głęboko w światło jelita. Trzymając

[1]) Podług wykładu z przedstawieniem preparatów, na IX zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 19 lipca 1899.

[2]) Doyen: Technique chirurgicale. Paris 1897 N. 581.

por. także: F. Terrier i M. Boudouin. La suture intestinale Paris 1898 Str. 306 i nn.

jako też: M. Jeannel. Chirurgie de l'intestin. Paris 1898, str. 160 i nn.

[3]) l. c. str. 756.

[4]) Mikulicz uprościł kleszcze te i nazwał je enterotrib.

[5]) Nicholas Senn. *Experimental Surgery, Chicago*, 1889, str. 468 i 469.

[6]) Porównaj moje prace następujące:

»O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów płytkowych Senna w chirurgii żołądka i jelit«. *Pamiętnik Tow. lek. warsz. Rok 1893 Tom 89. i Archiv für klin. Chirurgie. Tom 44, zeszyt 3, 1892.*

»Płytki z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym sposobem Senna« ibidem i »Przyczynek doświadczalny do sprawy całkowitego wykluczenia jelita i t. d.« *Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1899, Tom 96, i Archiv für klin. Chirurgie Tom 58 zeszyt 1.*

tak wgłobiony kikut kleszczykami zasuwkowemi, zakłada się kilka rzadkich ściegów szwu kuśnierskiego sposobem Lemberta (tylko przez błonę surowiczą i mięsną) i wiąże silnie oba końce nitki. W razie związania końców pierwszego ściegu ze sobą, można zaraz potem usunąć kleszczyki zasuwkowe i wtedy można prawie bez asystencyi, trzymając wgłobiony kikut palcami lewej ręki, prawą założyć kilka dalszych ściegów i koniec nitki dowiązać do węzła pierwszego ściegu. Albo można zaraz po wykonaniu wgłobienia usunąć kleszczyki zasuwkowe i utrzymać wgłobienie kikuta założeniem nań jednych lub 2 kleszczyków haczykowatych z zasuwkami; wtedy należy tylko związać z sobą oba końce nitki szwu kuśnierskiego. Cały ten zabieg trwa niespełna minutę. Przez wgłobienie i założenie szwu kapciuchowego powierzchnie surowicze zbliżają się do siebie bardzo ściśle (por. Fig. III) tak, że drugi rząd szwu jest zbyteczny. Jeżeli błona śluzowa kikuta wypukla się bardzo nad błonę surowiczą, ścina się rąbek jej nożyczkami i zaraz przystępuje się do wgłobienia; podwiązywanie krwawiących naczyń błony śluzowej jest zazwyczaj zbyteczne, ponieważ po wgłobieniu i zamknięciu światła szwem kapciuchowym ustaje krwotok nawet z większych naczyń.

Używałem tego szwu wielokrotnie do zamknięcia światła jelita biodrowego i grubego w licznych moich doświadczeniach z szwem płytkowym Senna; w początkowych doświadczeniach używałem tego postępowania tylko wobec małego światła jelita, później bez względu na wielkość światła jelita [7]. W doświadczeniach z całkowitem wykluczeniem jelita z całkowitem zamknięciem pętli wykluczonej używałem wyłącznie tego sposobu do obustronnego zamknięcia na ślepo pętli wykluczonej [8], aby skrócić czas trwania operacyi. Wyniki miałem bardzo dobre, ślepo zaszyte końce jelita tworzyły zaokrąglone końce, a wgłobiona część jelita tworzyła jakby półkulistą narośl, powstałą przez zgrubienie ścian jelita w tem miejscu (porównaj Fig. V i VI).



Rysunek IV. Wierny rysunek preparatu, przechowanego w roztworze formaliny, przedstawiający jeden ze ślepo zamkniętych końców wykluczonej okrężnicy poprzecznej u psa, w 43 dni po wykluczeniu: u dołu przyczep krezki; na końcu kapciuchowato zamkniętym widać węzeł szwu kapciuchowego.



Rysunek V. Przekrój podłużny ślepo moim sposobem zaszytej okrężnicy poprzecznej z przypadku kolostomii bocznej u psa, wykonanej przy pomocy płytek brukwiowych. Preparat przechowany w formalinie, objaśnienie bliższe w tekscie.



Rysunek VI. Ślepo (moim sposobem) zamknięty koniec wykluczonej pętli okrężnicy poprzecznej u psa (preparat formalinowy, objaśnienie w tekście).

Za użytecznością tego sposobu zamknięcia na ślepo jelita, przemawiają najbardziej moje doświadczenia, przedsiębrane w celu przekonania się, czy u człowieka jest dozwolonem całkowite wykluczenie jelita z zupełnem zamknięciem pętli wykluczonej. Pomimo bowiem, że w niektórych przypadkach w tak wykluczonym kawałku jelita tworzyły się wrzody lub nagromadzała się znaczna ilość treści, tak że pętla ta przedstawiała się w postaci kiełbasy o wydętych silnie ścianach, — szew ten domykał zawsze dostatecznie, a na obu końcach, zaszytych na ślepo, znajdowano zawsze silne, niepodatne blizny [8].

Także sposób pierwotny, zalecony przez Senna, dał jak najlepsze wyniki w przypadkach doświadczalnych. W przypadku całkowitego wykluczenia jelita z zupełnem zamknięciem u człowieka [9]) użyłem w obec niezwykle wielkich świateł sposobu Senna (szew kuśnierski) do zamknięcia na ślepo wszystkich 4 świateł (tj. pętli wykluczonej na obu jej końcach, i ramienia do- i odprowadzającego jelita głównego), ponieważ wykonałem ileokolostomię boczną za pomocą płytek brukwiowych; wszystkie 4 zamknięcia domykały dobrze, a chory wyzdrowiał trwale!

Osiągnięte wyniki użytego przezemnie szwu kapciuchowego objaśniają najlepiej wierne rysunki podłużnych przekrojów zamkniętych w ten sposób świateł jelitowych.

Rysunek V przedstawia przekrój podłużny zamknięcia jelita grubego w 134 dni po zamknięciu i pochodzi z przypadku całkowitego wykluczenia jelita u psa (przypadek III). Resekowane kikuty jelita głównego zaszyto tu na ślepo, a oba ramiona tegoż połączono bocznie za pomocą szwu płykowego z brukwi. Preparat przedstawia jeden z końców, zaszytych na ślepo. Wgłobiony kawałek jelita, w którym wszystkie warstwy jelita dadzą się rozpoznać, tworzy półkulisty twór, sterczący do światła jelita, pokryty wszędzie błoną śluzową. Rysunek VI przedstawia przekrój podłużny zamkniętej na ślepo okrężnicy poprzecznej i pochodzi z przypadku doświadczenia z całkowitem zamknięciem u psa (doświadczenie II). Oba zamknięcia wykluczonej pętli przedstawiają podobne stosunki anatomiczne, jak je przedstawia rysunek V, tylko twór półkulisty, sterczący do światła jelita, jest na rysunku VI dłuższy, ponieważ jelito wgłobiono tutaj głębiej. Wszystkie preparaty, pochodzące z całkowitego wykluczenia, przedstawiają zupełnie podobne stosunki anatomiczne, dlatego rysunków tych nie przedkładam.

W celu porównania wytrzymałości szwu, przez siebie poleconego, z wytrzymałością szwu Doyena przedsięwziąłem szereg doświadczeń na ludzkich zwłokach i badałem w przybliżeniu wytrzymałość obu szwów. W braku kleszczy (vasotribe) Doyena i Mikulicza użyłem kleszczy Billrotha, zaleconych do uciśnięcia szypuły jajników i szerokich więzadeł macicznych. Kleszcze te działają podobnie, jak kleszcze Doyena lub Mikulicza, jeżeli całą siłą dłoni uciśniemy nimi wszystkie ściany jelita — tj. miażdża je, pozostawiając tylko prawie przeźroczystą błonkę [10]. Doświadczenia te wykazały, że bezpośrednio po zabiegu wytrzymałość obu sposobów zamknięcia jest jednakowa i że oba zamykają światło jelita bardzo dokładnie, o czem można się było przekonać przez napełnianie wodą, podwiązywanie i ściskanie tak zamkniętych kawałków jelita.

Przy tej sposobności badałem także na zwłokach spo-

[7]) Porównaj doświadczenia w wyżej przytoczonych pracach.

[8]) Porównaj historyę przypadków doświadczalnych w odnośnej wyżej przytoczonej pracy.

[9]) Por. *Przegląd chirurgiczny* 1894, *Zeszyt 4* str. 595—615 i *Centralblatt für Chirurgie* 1894 Nr. 27.

[10]) Ponieważ zamknięte końce tych kleszczy nie przebiegają do siebie równolegle, tylko pozostawiają otwór podobny do rombu, należyje zakładać na jelito z obu stron.

sób, przez siebie polecony w celu zamknięcia dolnej części jelita grubego (okrężnica zstępująca, jelita esowate) przy wyłuszczeniu tego jelita wraz z odbytnicą nowymi sposobami, podanymi przez Gaudiera, Chalota, Giordano i Quenu.

W celu wyłuszczenia wysoko sięgających nowotworów odbytnicy, przechodzących na jelito esowate, podali w r. 1896 prawie niezależnie od siebie i równocześnie: Gaudier[11]) Chalot[12]) i D. Giordano[13]), a później także Quenu[14]) sposób złożony, polegający na wyłuszczeniu odbytnicy przez laparotomię i międzykrocze lub od strony kości krzyżowej (voie abdomino-périneale, voie abdomino-sacrée). Sposoby te polegają w głównych zarysach: na wykonaniu laparotomii, podwójnem podwiązaniu i poprzecznem przecięciu jelita esowatego, wgłobieniu i zaszyciu dwoma rzędami szwu Lemberta ramienia odprowadzającego, założeniu sztucznej odbytnicy w okolicy biodrowej na ramieniu doprowadzającem i na wyłuszczeniu — na tem samem posiedzeniu, lub w kilka dni później — odbytnicy przez międzykrocze lub cięciem koło kości krzyżowej. Quenu[15]) radzi przytem okolić cięciem otwór odbytnicy, podwiązać jej koniec grubym jedwabiem i przepalić błonę śluzową termokauterem, Giordano radzi zamknąć koniec odbytnicy rodzajem szwu kapciuchowego; wtedy odbytnica daje się wyłuszczyć wraz z jelitem esowatem jako ślepy, aseptyczny worek. Giordano, Chalot i Quenu podwiązują przedtem obie tętnice biodrowe wewnętrzne *(arteriae iliacae internae)* i tętnicę odbytnicową dolną *(art. haemorrhoidalis inferior)*, poczem operacya da się wykonać prawie bezkrwawo. Operacye takie wykonali już na żywych Gaudier, Chalot, Giordano, Quenu, Bouilly[16]) i Schwarz[17]) przeważnie z dobrymi wynikami.

Kümmel[18]) idzie o krok dalej, polecając przy wysoko na okrężnicę zstępującą przechodzących sprawach chorobowych odbytnicy, wyłuszczyć całą okrężnicę zstępującą wraz z odbytnicą, ponieważ jelito esowate i odbytnica mają słaby dopływ krwi i po rozległych resekcyach tych części jelita następuje zazwyczaj zgorzel części sąsiedniego jelita; po wyłuszczeniu w ten sposób okrężnicy zstępującej wraz z odbytnicą, radzi następnie okrężnicę poprzeczną ściągać na dół i wszywać w pierścień stolcowy, okręcając nową odbytnicę o 180^0.

Nowe te pomysły i sposoby mogą — mojem zdaniem — mieć wielką przyszłość, ponieważ przy użyciu ich mogą zmniejszyć się *ad minimum* dwa największe niebezpieczeństwa, z któremi łączy się wyłuszczenie wysokich części odbytnicy, t. j. zakażenie gnilne i utrata znacznych ilości krwi, a przytem mogą one umożliwić wyłuszczenie zajętych sprawą chorobową gruczołów zaotrzewnowych. Polecenie podobnych operacyj ze strony takiej powagi, jak Quenu, przemawia już za ich użytecznością; tylko technikę tych operacyj należałoby udoskonalić i doświadczenie musi pouczyć, czy tak znaczne zabiegi ustrój ludzki dobrze znieść zdoła. Zabiegi te mogłyby wtedy — w odpowiednich przypadkach — współzawodniczyć z zabiegami, mającymi na celu wyłuszczenie odbytnicy od kości krzyżowej (Kraske, Rydygier).

Jednym z najważniejszych aktów wyłuszczania w ten sposób odbytnicy byłoby — zdaniem mojem — zabezpieczenie się przed możliwem zakażeniem otrzewnej zapomocą szczelnego zamknięcia dolnego odcinka jelita esowatego.

Przy próbach na zwłokach udawało mi się po przecięciu jelita esowatego na poprzek i po nacięciu krezki *(mesocolon)* głęboko wgłobić dolny odcinek tego jelita i zamknąć go szczelnie moim sposobem. Tak wgłobione i zamknięte jelito esowate wgłabiałem głębiej i zamykałem po dalszem wgłobieniu drugi raz szwem kapciuchowym. Po przecięciu blaszki otrzewnowej w jamie Douglasa udawało mi się wgłobiony dolny odcinek jelita esowatego pogłębić i zaszyć nad nim otrzewnę[20]). Po okrojeniu otworu stolcowego i podwiązaniu dolnego końca odbytnicy silnym jedwabiem, udawało mi się wyłuszczać odbytnicę na tępo, jako zamknięty worek przy zamkniętej jamie Douglasa (t. j. zaotrzewnowo), przyczem palce nie walały się kałem.

Korzyści mojego postępowania, wyżej opisanego, byłyby następujące: 1) jest ono bardzo proste i daje się wykonać prawie bez asystencyi; 2) wystarcza przy niem tylko jeden rząd szwu; 3) nie trzeba koniecznie podwiązywać naczyń krwionośnych w błonie śluzowej; 4) oszczędzenie czasu: zamknięcie daje się wykonać w niespełna minutę.

Sposób ten zamknięcia światła jelita nadaje się przedewszystkiem wobec małego światła jelita (u dzieci), ale możnaby go użyć i u dorosłych w następujących przypadkach:

1) do zamknięcia obwodowego końca jelita biodrowego, jeżeli kolostomię zamierzamy wykonać przez wszczepienie w okrężnicę wstępującą;

2) do ślepego zamknięcia resekowanych końców jelita, jeżeli zamierzamy wykonać następnie boczną enteroanastomozę sposobem Senna;

3) do zamknięcia resekowanego wyrostka robaczkowego;

4) przy całkowitem wykluczeniu jelita do zamknięcia na ślepo obu końców pętli, przeznaczonej do wykluczenia, jeżeli pętla ta komunikuje przetoką z powłokami brzusznemi (Eiselsberg);

5) do zamknięcia jelita esowatego lub okrężnicy zstępującej przy wyłuszczeniu wysoko usadowionego raka odbytnicy przez laparotomię i od strony międzykrocza lub kości krzyżowej. W tym wypadku należałoby dolny koniec jelita możliwie głęboko wgłabiać i zaszywać go dwoma rzędami szwu kapciuchowego;

6) wreszcie wykonując resekcyę jelita z przyczyny nowotworu, możnaby pętlę, mającą być resekowaną, tymczasowo wykluczyć, t. j. zaszyć ślepo na obu końcach w celu zabezpieczenia się przed możliwem zakażeniem i do zamknięcia na ślepo użyć tego sposobu.

---

11) *Société de chirurgie* $^{26}/_{3}$ 1896, *Semaine médicale* 1896, str. 133.

12) *Société de chirurgie* $^{16}/_{4}$ 1896, *Semaine médicale* 1896, str 162.

13) D. Giordano. »Recenti progressi nell'amputazione del retto canceroso« *Riv. Venet. di sc. med.* 30 *Aprile* 1896 S. 378.

i Davide Gordiano. »Contributo alle indicazioni della amputazione del retto per il ventre«. *La clinica chirurgica Anno* IV 1896.

14) *Sémaine méd.* 1896. Str. 455 i 463. *Sémaine méd.* 1897, Str. 239 i 389. *Sémaine méd.* 1898, Str. 290, 291 i 420.

15) *Sémaine méd.* 1896, Str. 455.

16) *Sémaine méd.* 1899. Str. 239.

17) *Sémaine méd.* 1898, Str. 290 i 291.

18) Kümmel (Hamburg): »Ueber Resection des Colon descendens und Einnähen des Colon transversum in den Analring«. *Bericht üb. d. Verh. der deut Ges für Chirurgie. XXVIII Congress. April 1899. Beil. zum Centralblatt für Chirurgie*, 1899, Nr. 27, str. 123—125.

20) Do zaszycia otworu w otrzewnej możnaby tu użyć wgłabiającego szwu kuśnierskiego (ausstülpende Tabaksbeutelnaht) F. de Quervaina (l. c.).

Nie mam wcale zamiaru odmawiać wartości sposobowi Doyena, owszem, uważam go za udoskonalenie sposobów, przez Senna i siebie podanych (wgłobienie i szew kuśnierski lub kapciuchowy); sposoby te mogą jednak sposób Doyena najzupełniej zastąpić.

III. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

VI—VII. Dwa przypadki powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo?

VI. Dnia 16 listopada 1897 r. sprzedał Józef Bogusz, l. 28 liczący zarobnik, za zgodą swej żony Agaty, krowę. Ze sprzedaży tej uzyskał 36 fl., które niewystarczały na opłacenie długu, zaciągniętego na budowę własnej zagrody. Po dokonanej sprzedaży poczęła Agata narzekać, że nie będzie mieć mleka na wyżywienie swego dziecka. Wieczorem tegoż dnia pokładli się Boguszowie do snu na wspólnem łóżku między 7 a 8 wieczorem. W nocy zbudził się Józef z powodu płaczu dziecka i wówczas zauważył nieobecność swej żony. Wyszedł tedy przed dom i począł żonę wołać, gdy jednak nikt mu nie odpowiadał, wrócił zaniepokojony do izby, tu zaświecił lampę, a wówczas dostrzegł na ścianie brak zawieszonego tamże łańcucha, którym sprzedaną krowę do żłobu wiązano. Skoro przy świetle lampy dostrzegł jeszcze stojące na sąsieku buty Agaty, zdjął go lęk, gdyż zaraz powstało w jego umyśle przypuszczenie, iż żona się ze zmartwienia powiesiła. Nazajutrz udał się wcześnie z rana wraz z dzieckiem do teściów i zawiadomił ich o zniknięciu Agaty, oraz o swem przypuszczeniu co do niej. Ztąd udał się w towarzystwie teścia swego i szwagra na poszukiwanie za Agatą. Gdy jej w chacie nie znaleźli, wybrali się za wskazówką Józefa do pobliskiego lasu. Po trwającem kwadrans poszukiwaniu znalazł Józef zwłoki swej żony, wiszące na gałęzi młodego graba, położonego o 120 kroków od skraju lasu, a o 200 kroków od zagrody Boguszów. Gałąź, na której wisiały zwłoki, zwisała nad paryą, przerzniętą przez leśny potok. Odległość gałęzi tej od dna paryi wynosiła 3 metry. Zwłoki były zwrócone twarzą do paryi i były ubrane w krótką koszulę, zapiętą u szyi, w krótką, nieco poniżej kolan sięgającą, barchetową spodnicę, w kaftanik, w chustkę wełnianą na głowie, wreszcie bez obuwia, lecz w pończochach wytartych u palców, całkiem czystych na podeszwach. Na chustce spoczywał łańcuch, który okrążał pojedynczo przód szyi, od karku zaś wznosił się ku miejscu swego przytwierdzenia u gałęzi. Lewa kończyna górna denatki miała być zgiętą w stawie łokciowym i miała być uczepiona ręką o łańcuch, względnie o chustkę na szyi. W pobliżu zwłok nie spotkano żadnych podejrzanych śladów, ubranie denatki było w zupełnym porządku i nie zawierało, szczególnie podeszwy pończoch, igliwia, choć go należałoby się na odzieniu spodziewać, albowiem skraj lasu był gęstym haszczem szpilkowym podszyty. Noc krytyczna miała być ciemna, gdyż księżyc zeszedł dopiero nad ranem; była zarazem mroźna, gdyż z wieczora pruszył nawet śnieg. Po znalezieniu zwłok oddał Józef swym teściom pozostałą po żonie przyodziewę, oraz pieniądze, uzyskane ze sprzedaży krowy. Zwłoki Agaty wisiały przez trzy dni w lesie, albowiem nikt nie miał odwagi ich zdjąć; uczynił to dopiero okoliczny cygan w ten sposób, iż nadpiłował gałąź, poczem ta złamała się pod ciężarem zwłok i spadła wraz z niemi na dno paryi. Zrazu nie podejrzywano nikogo o zabicie Agaty, choć się zdumiewano nad tem, aby tak nabożna kobieta, jak Agata, mogła się była targnąć na swe życie. Potem jednak padło podejrzenie na Józefa, iż on wspólnie z swym naturalnym ojcem żonę swą zabił i zwłoki jej nad ranem na grabie powiesił. Poszlakami, świadczącemi za zbrodnią, miały być znaleziony przez Józefa na łóżku w 3 dniu po zajściu i okazany tegoż szwagrowi szkaplerz o rozerwanej wstążce, który Agata zawsze na sobie nosiła, oraz płachta, używana do zaścielania łóżka, którą Józef zaraz po zajściu usunął, która jednak, wedle zeznań żandarma, nie miała żadnych podejrzanych śladów na sobie.

Sekcya, wykonana 25 listopada 1897 przez Drów B. i P., wykazała:

Zewnętrznie: Zwłoki kobiety koło 30 lat liczącej, wzrostu średniego, nawet więcej nizkiego, prawidłowo zbudowanej, miernie odżywionej. 1) Skóra na twarzy i górnej części tułowia, także i na grzbiecie i bokach tułowia — blada, zaś na dolnej części brzucha i nogach — ciemnoróżowa, na podudziach i stopach — ciemnoczerwona. 2) Włosy na głowie ciemno-blond, powieki rozwarte, tęczówki jasnoniebieskie, spojówki blade. Język poza zębami, które są zaciśnięte. Wargi bladosine. Na szyi ponad krtanią, a tuż pod szczęką dolną widać skośne, a równolegle do siebie biegnące bruzdy czyli zagłębienia w skórze, które razem tworzą linię okrężną koło szyi, wyginającą się poza kątami szczęki ku tyłowi i górze. Pasmo tych bruzd kończy się po stronie lewej pod uchem, po stronie prawej zaś, gdzie wogóle bruzdy są głębsze, ostatnia ku tyłowi bruzda znajduje się na 3 palce poza brzegiem małżowiny ucha, jest pionową i najgłębszą. Między temi bruzdami skóra podniesiona w fałdy żółtaworóżowej barwy, na przodzie szyi ciemnoróżowej a miejscami ciemnoczerwonej; tak na fałdach jak i w zagłębieniach skóra dość miękka, w najgłębszych tylko bruzdach i na szczycie fałdów pergaminowato zbita. Przecięcia skóry tak we fałdach jak i bruzdach nie wykazują podbiegnięć, tylko siatkowate nastrzykanie naczyń w powierzchownych warstwach skóry. 3) Z tyłu na karku, w połowie tegoż pozioma smuga ciemnoczerwona 8 ctm. długa po lewej stronie $2^1/_2$ ctm. szeroka, po prawej stronie się zwężająca bez zagłębienia i bez wynaczynionek podskórnych; w jednem tylko miejscu na środku smugi maleńka wynaczynionka wielkości małego ziarnka grochu tuż pod przyskórkiem, barwy ciemnoczerwonej. 4) Na prawem przedramieniu na jego stronie przedniej, na pięć palców od stawu ręki zdarcie przyskórka linijne, powierzchowne, 2 ctm. długie, świeże; na lewem przedramieniu powyżej nadgarstka 2 starcia przyskórka, bardzo drobne, powierzchowne, świeże, okrągłe. 5) Po przecięciu skóry na ciemniej zabarwionych kończynach dolnych nie widać żadnych podbiegnięć; w ogóle zresztą nie spostrzega się nic uwagi godnego.

Wewnętrznie: 6) Kości sklepienia czaszki miernie grube, w zatokach ciemna płynna krew w dość znacznej ilości, naczynia żylne na powierzchni półkul sine, krwią przepełnione, także nastrzykanie siatkowate drobnych naczyń bardzo wyraźne tak, iż barwa powierzchni mózgu ciemnoczerwona; na przekroju istoty korowej liczne punkciki krwawe, zalewające się, w komórkach mała ilość cieczy; opona twarda blado-niebieskawa. 7) Płuca zapadnięte, wolne, na powierzchni ciemnoczerwone, gładkie, bez wynaczynionek, elastyczne i powietrzne, na przekroju w tylnych częściach wydzielające więcej cieczy krwawej, z bańkami pomięszanej. 8) Na podstawie nagłośni przekrwienie błony śluzowej ciemnoczerwone w kształcie poziomej smugi, zresztą, oprócz śluzu nieco krwawego, na ścianach tchawicy, ani w połyku nie dostrzega się żadnych zmian. Na tylnej powierzchni gruczołu tarczykowego, w ogóle w obu płatach przerosłego, dostrzega się dwie małe wielkości ziarnka fasoli krwawe wybroczynki. 9) Mięsień sercowy miernie tłuszczem obrosły, jędrny, ciemnobrunatny, w stanie skurczu, w komórkach krew ciemna, płynna, również w wielkich naczyniach. Zastawki bez zmian. 10) Śledziona rozmiarów prawidłowych, miąższ jej dość miękki, ciemnowiśniowy. Wątroba niepowiększona, brunatno-czerwona,

miernie krwią wypełniona. 12) Nerki o torebce łatwo ściągalnej, rozmiarów prawidłowych, na powierzchni i na przekroju ciemnoczerwone, rysunek wyraźny. 13) Żołądek zawiera sporą ilość miazgi złożonej z kapusty i ziemniaków; błona śluzowa, zwłaszcza na dnie we fałdach, przekrwiona, okazuje w licznych miejscach siatkowate rozgałęzienia naczyń, wśród których kilka drobnych wynaczynionek. 14) Powierzchnia ścian wszystkich jelit brudno-czerwona, błona ich śluzowa bez zmian. 15) Pęcherz moczowy próżny, macica nie powiększona, próżna.

Orzeczenie wydali znawcy dnia 29 list. 1897 r. po poprzedniem przeglądnięciu zeznań świadków i dokonaniu oględzin miejsca.

Orzeczenie opiewa:

Oględziny zewnętrzne i wewnętrzne denatki wykazują takie zmiany, jakie się zazwyczaj spotyka albo na zwłokach osób, powieszonych po śmierci, lub wskutek powieszenia zmarłych. Ten wzgląd, oraz brak znamion, wskazujących na inną przyczynę śmierci, przemawiają z największem prawdopodobieństwem za tem, że powieszenie stało się w tym przypadku bezpośrednią przyczyną śmierci. Niewątpliwem zaś wydaje się nam, iż powieszenie to nie zostało dokonane obcą ręką, o ileby uskutecznionem było za życia w stanie przytomnym lub jakiejkolwiek odporności denatki, gdyż nawet powieszenie ciała bezwładnego na drzewie w takiej wysokości i w miejscu tak stromem, byłoby niezmiernie trudnem, żywego zaś i odpornego człowieka niemożebnem. Powieszenie uskutecznionem zostało zapomocą łańcucha, jak świadczy bruzda na szyi. Gdy więc zachodzi brak zmian odpowiadających śmierci z innych przyczyn wynikłej, obcą ręką zadanej, lub zmian, świadczących wogóle o gwałcie zewnętrznym (n. p. zagardleniu), to przypuścić musimy (jakkolwiek z całą pewnością orzec o tem nie jesteśmy w stanie i wykluczyć uduszenia n. p. miękim przedmiotem nie możemy) z największem prawdopodobieństwem, iż powieszenie dokonanem zostało własną ręką denatki, chociaż pobudki tego samobójstwa pozostają dla nas zagadkowe.

Ważność przypadku skłoniła c. k. sąd powiatowy w G. do zwrócenia się do Wydziału o stanowcze orzeczenie.

Orzeczenie Wydziału:

1) Najbliższą przyczyną śmierci Agaty Bogusz stało się uduszenie, za którem przemawiają: obecność w ustroju zwłok krwi ciemnej, płynnej, stwierdzającej nagłość zejścia śmiertelnego, przekrwienie narządów wewnętrznych, jak mózgu i płuc, oraz brak zmian, któreby zdolne były wytłómaczyć w inny sposób nagłą śmierć osoby zupełnie zdrowej do ostatnich chwil swego życia.

2) Uduszenie to było ze wszech miar najprawdopodobniej wywołane przez ucisk łańcucha, na którym zwisać miały zwłoki Agaty.

3) Wydział lekarski nie może rozstrzygnąć z bezwzględną stanowczością i pewnością, czy w danym przypadku zachodzi morderstwo lub samobójstwo, atoli opierając się na wyniku oględzin i sekcyi zaznacza, iż ze stanowiska lekarskiego nic się nie sprzeciwia przekonaniu, że Agata B. zmarła śmiercią samobójczą, albowiem przemawiają za niem:

a) doświadczenie, pouczające, iż powieszenie osoby dorosłej, fizycznie i umysłowo zdrowej w ogóle nader wyjątkowe, możliwe jest tylko przy udziale kilku sprawców, względnie sprawcy, którego zasób sił przewyższa o wiele siły osoby powieszonej;

b) brak jakichkolwiek obrażeń na ciele denatki, któreby dozwoliły przyjąć, iż denatkę w inny sposób zaduszono, a potem dla upozorowania samobójczej śmierci powieszono;

c) brak obrażeń na innych częściach ciała, głównie na rękach denatki, jako dowodów walki, stoczonej z napastnikiem w obronie zagrożonego życia; obrażenia bowiem opisane jako dwa świeże otarcia naskórka na obu przedramionach zwłok nie dają przez swą małą ilość, swe umiejscowienie a głównie brak reakcyi, dowodzącej powstania ich za życia, najmniejszej podstawy do dopatrywania się w nich śladów walki; obrażenia te mogły powstać przy przedzieraniu się denatki przez gęstwę lasu do miejsca powieszenia;

d) brak widocznych obrażeń na ciele obwinionego, jako dowodów obrony ze strony denatki, aczkolwiek brak takich obrażeń stwierdzony był zeznaniem świadków a nie oględzinami lekarskiemi, których wcale nie podjęto.

4) W końcu zaznacza się, że zagadkowość pobudki, która mogła skłonić Agatę do samobójstwa, bynajmniej nie zmniejsza, a tem mniej wyklucza prawdopodobieństwo przekonania, iż Agata Bogusz zmarła śmiercią nagłą z uduszenia, dokonanego w zamiarze samobójczym przez powieszenie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.

O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.).

(Ciąg dalszy).

Wśród jakich warunków najczęściej powstają krwotoki atoniczne już po porodzie łożyska, to odpowiedź jasna: tam, gdzie mięsień macicy jest nadmiernie zwiotczały czy to wskutek częstych ciąż, czy też wskutek nadmiernego rozdęcia, lub miejscowego schorzenia. Na dowód niech posłuży zestawienie kliniczne III.

Tablica III.

R o k 1893/4.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
32	33	I	Obrót, wydob. płodu	hydramnios
75	27	III		
148	25	II		
157	30	II		
165	25	II	Sprow. nóżki, wydobycie płodu	
175	21	II		
181	30	II		
269	16	I	kleszcze wysokie	drgawki porodowe
R o k 1894/5.				
50	24	I		
51	21	I		
101	39	X		łożysko przodujące
122	35	II		
133	27	I	pomoc ręczna	
178	23	I		
179	25	II		
190	27	II		
200	57	IX	kleszcze nizkie	łożysko przodujące
263	57	XI		
291	32	III	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
326	38	VI	sprowadzenie nożki, pomoc ręczna	
329	20	I		
349	25	II		

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
Rok 1895/6.				
11	23	I		
17	26	I		drgawki porodowe
18	30	VII		
19	30	VII	wymóżdżenie	
40	17	I		
70	30	II		
100	23	I		
111	17	I		
118	40	V		
124	24		rozkawałk. płodu	
134	34	X	obrót	
138	28	I	kleszcze nizkie	bliźnięta
150	18	I		
306	18	I	kleszcze nizkie	
324	21	I		
Rok 1896/7.				
5	19	I		
38	30	II		
65	23	I	wymóżdżenie	
126	49	XVIII	obrót	łożysko przodujące
128	24	IV	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	łożysko przodujące
144	29	II	obrót	
154	26	I	symfiseotomia, kleszcze nizkie	
159	33	III		
163	22	I		
166	29	III	wymóżdżenie	
191	23	I		
253	24	II		
287	34	III	kleszcze nizkie	
Rok 1897/8.				
95	36	III		drgawki porodowe
106	23	I		
145	30	V	kleszcze wysokie	
158	32	IX		
190	27	II		
218	22	I	kleszcze nizkie	
257	24	II		
Rok 1898/9.				
4	36	I	cięcie cesarskie	
24	16	I		
80	20	I		
102	47	XII		
117	21	II	pomoc ręczna	bliźnięta, hydramnios
154	35	VI	obrót	
155	26	II	pomoc ręczna	bliźnięta
159	21	I	wygniecenie	
190	21	I		
202	25	II		
223	30	I		bliźnięta
Rok 1899.				
44	33	II		bliźnięta
40	23	II		

Z tego zestawienia wynika, że częściej krwawienia tego rodzaju występują przy ciążach wielokrotnych, a co za tem idzie w późniejszym wieku, często po ciążach bliźniaczych przy nadmiarze potoku (*hydramnios*) i łożysku przodującem.

Liczba krwotoków atonicznych tak po porodzie, jak i krwotoków przed odejściem łożyska, jest w klinice krakowskiej stosunkowo małą, a to dzięki jak najbardziej wyczekującemu postępowaniu w trzecim okresie porodu.

W klinice krakowskiej przyjęto za zasadę jak najspokojniejsze i jak najbardziej wyczekujące prowadzenie okresu trzeciego. Prowadzenie to zależy jednakże od osób, które tego trzeciego okresu pilnować mają, od zasobu ich dobrej woli i cierpliwości. Im więcej te osoby będą wyczerpane i spragnione snu, tem łatwiej zapomnieć mogą o przepisanej zasadzie, tem łatwiej tracą cierpliwość i zaczynają mięsić macicę, co często sprowadza właśnie częściowe odklejanie się łożyska z następowym krwotokiem. Aby to twierdzenie jasno udowodnić, przedstawię na tablicy IV zestawienie, jaka ilość porodów w pewnych porach doby wogóle się odbyła i w jakim stosunku do tej liczby porodów stały krwotoki atoniczne w ogóle. Dobę dzielę w tem zestawieniu na 4 okresy sześciogodzinne, poczynając od godziny 12 w południe.

Tablica IV.

Rok	od 12 w poł. do 6 wiecz.			od 6 wieczór do 12 w nocy			od 12 w nocy do 6 rano			od 6 rano do 12 poł.		
	Ilość porod.	Ilość krwot. aton.	%	Ilość porod.	Ilość krwot. aton.	%	Ilość porod.	Ilość krwot. aton.	%	Ilość porod.	Ilość krwot. aton.	%
1893/4	65	4		60	2		54	6		62	3	
1894/5	66	5		61	3		68	7		72	6	
1895/6	51	7		62	6		61	8		64	11	
1896/7	75	7		62	5		41	8		45	8	
1897/8	44	4		44	6		37	3		45	2	
1898/9	51	6		52	5		43	2		45	6	
1899	17	1		10	1		9			14		
Razem	369	34	9·2%	351	28	7·9%	313	34	10·8%	347	36	10·3%

Zestawienie powyższe jest o tyle niedokładne, że w każdym roku przy kilku, a nawet kilkunastu porodach przepomniano w protokółach porodów zanotować pory dnia, co spowodowało, że nie mogłem zużyć do zestawienia całej liczby porodów.

Liczba krwawień atonicznych wynosi 133, co daje 8·3% na ogólną liczbę porodów, a 54·3% na ogólną liczbę krwawień.

W zestawieniu, umieszczonem w tablicy IV uderza to, że największa liczba porodów odbyła się między 12 w południe, a 6 wieczorem, co jest dosyć dziwnem; największa zaś liczba krwawień atonicznych przypadła na okres między 12 w nocy, a 6 rano, przy stosunkowo najmniejszej liczbie porodów. Udawadnia to jasno moje twierdzenie, że brak cierpliwości u osób, pielęgnujących w trzecim okresie, wpływa bardzo na liczbę krwotoków atonicznych. W godzinach najprzykrzejszych dla czuwania popełniono zapewne nieraz i w klinice błąd w prowadzeniu okresu trzeciego z braku cierpliwości.

O ile dwa opisane rodzaje krwotoków nie zależą ostatecznie od przebiegu okresu drugiego porodu, to dalsze rodzaje krwotoków, o których obecnie zamierzam mówić, będą zależeć jedynie i wyłącznie od przebiegu okresu drugiego. Częstość ich będzie szła w parze z ilością dokonywanych zabiegów operacyjnych, gdyż wykonane nawet najwprawniejszą ręką nie mogą przecież dorównać łagodności przebiegu porodu fizyologicznego dla dróg porodowych miękich.

Najważniejszem, a zarazem najgroźniejszem, a także w swych następstwach najpoważniejszem będzie z pewnością krwawienie z szyjki naddartej. Obrażenia te, jak już wspominałem, aż do ostatnich czasów nie są odpowiednio uwzględniane przez ogół lekarzy, a to wprost tylko może dlatego, że lekarze nie nawykli swych myśli kierować ku temu źródłu krwotoku. Szyjka pęka nieznacznie już przy każdym prawidłowym porodzie; że pęka znacznie więcej przy nakładaniu kleszczy na główkę, objętą ścianami szyjki, że szyjka pękać musi znacznie przy obrotach i wydobyciach płodu, to już jasno wskazuje na to rozumowanie teoretyczne, a potwierdza to bardzo dosadnie doświadczenie praktyczne, którego wzorem niechaj będzie następujące zestawienie. (Tablica V.)

Tablica V.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
Rok 1893/4.				
89	23	II	obrót	
199	27	I	kephalotrypsia	
203	27	II	kleszcze wysokie	
314	40	I	pomoc ręczna	bliźnięta
Rok 1894/5.				
33	28	II	obrót	
45	19	I	obrót	eclampsia
75	36	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
258	36	V	obrót, wydobycie płodu	
Rok 1895/6.				
62	40	V	wymóżdżenie	
124	24		rozkawałkowanie	
134	34	X	obrót	
143	44	XI	obrót, wydobycie płodu	
211	38	I	wymóżdżenie	
287	30	I	kleszcze wysokie	
Rok 1896/7.				
65	23	I	wymóżdżenie	
128	24	IV	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
130	32	II	wymóżdżenie	
199	24	I	kleszcze nizkie	
235	40	IX	rozkawałkowanie	
269	23	I	wymóżdżenie	
285	29	I		
Rok 1897/8.				
21	24	II	obrót, wydobycie płodu	
122	22	I		
235	39	VII	kleszcze wysokie	
Rok 1898/9.				
10	28	II	kleszcze wysokie	
37	34	IX	obrót	
95	26	V	obrót	
111	30	VII	wydobycie płodu	
123	29	IV	obrót	
160	22	I	wymóżdżenie	
179	29	VII	wymóżdżenie	
192	26	II	obezgłowienie	
194	29	I	kleszcze nizkie	
195	31	VII	pomoc ręczna	
199	40	VII	wymóżdżenie	
202	23	II		
226	41	IX	wymóżdżenie	
239	25	III	obrót	
246	35	III	obrót	
251	31	II	kleszcze wysokie	
255	31	IV	obrót	
261	24	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	macica dwudzielna
Rok 1899.				
46	32	IV	pomoc ręczna	
63	33	V	rozkawałkowanie	
68	33	VII		
71	20	I		

Zestawienie to udowadnia wymownie, w jak ścisłym związku stoją obrażenia szyjki do zabiegów operacyjnych i to do tego stopnia, że w ciągu sześciu lat prawie nie notowano pęknięcia szyjki w przypadkach porodów, przebiegających bez żadnej pomocy operacyjnej. Najwięcej obrażeń szyjki wykazują obroty i wydobycia płodu, bo aż 16; za nimi idą wymóżdżenia, 11 razy (przyczyną tego jest ta okoliczność, że wymóżdżenia częstokroć trzeba dokonywać przy ujściu nawet bardzo mało rozwartem); dalej kleszcze wysokie — 8, rozkawałkowanie płodu — 4; na wszystkie pęknięcia szyjki porodów nieoperacyjnych było 6.

Każdy, kto rzuci okiem na przedstawioną tablicę, będzie zapewne zdziwiony niestosunkiem obrażeń szyjki w roku ostatnim w porównaniu do lat poprzednich. Czyż miałoby być to winą operujących? czyż zabiegi w roku ostatnim wykonywano częściej, nie oglądając się na najlepsze warunki operacyjne? Na to mogę odpowiedzieć z całą stanowczością, że nie; a niestosunek ten jedynie tłómaczy ta okoliczność, że w roku ostatnim więcej zwracano uwagi na obrażenia szyjki. Tak w roku ostatnim, jak i z pewnością w latach ubiegłych, pęknięcia szyjki często łączyły się u tej samej osoby z krwotokami atonicznymi; a skoro dawniej całe krwawienie odnoszono do tego niedowładu jedynie, to przy sposobie postępowania przy krwotokach w roku ostatnim więcej odnaleziono obrażeń szyjki.

Kiedy dawniej, zapewne tylko w razie znacznego krwawienia i to o charakterze wybitnie krwotoku tętniczego, oglądano we wzierniku, jak się szyjka zachowuje, to w roku ostatnim zwracano uwagę na jej możliwe obrażenia zawsze tam, gdzie były warunki po temu, by naddarcie szyjki mogło powstać. Czy postępowanie obrane w ostatnim roku było racyonalne, postaram się to odpowiednio uzasadnić.

Niedostrzeżone pęknięcia szyjki mogą znacznie wikłać przebieg połogu, a jak trudnem potem bywa rozpoznanie następowego schorzenia, sądzę, że najlepiej uzmysłowi następujący przypadek:

A. B. wieloródka, l. 39 licząca, l. p. k. 235 z roku 1898; poród jej, jakoteż połóg spostrzegałem w klinice. Wspomnianą rodzącą przywieziono do kliniki z tego powodu, że poród w II okresie znacznie się przeciągał i już wystąpiły objawy omdlenia płodu. Powodem przeciągania się porodu był silny rozwój płodu, niepodatność i znaczne rozmiary

główki. Ponieważ główka już znacznym odcinkiem była do wchodu wklinowaną, dla ratowania życia płodu założono kleszcze wysokie Breussa, któremi po kilku pociągnięciach płód urodzono. Po porodzie nie było krwawienia znaczniejszego, dlatego zupełnie nie oglądano dróg porodowych, a więc i zachowania się szyjki Już w kilka godzin wystąpiło znaczne wzdęcie brzucha, zatrzymanie wiatrów, a na drugi dzień dołączyły się do tego wymioty. W trzecim dniu połogu, prócz znacznego wzdęcia brzucha, stwierdzono znaczniejszą oporność w podbrzuszu po stronie prawej, wypuk nad tą okolicą przytłumiony i znaczniejszą bolesność, ograniczoną do tego miejsca, prócz tego chora skarżyła się na znaczne bóle w tej okolicy. Wiatry i stolec odeszły dopiero po lawatywie w czwartym dniu. Wobec ciągłej gorączki i zwiększania się oporności w podbrzuszu po stronie prawej, która w siódmym dniu dochodziła aż do podżebrza prawego, podejrzywano zapalenie kiszki ślepej. Tymczasem w ósmym dniu zwiększyły się nagle odchody i stały się brudnokrwawe. Badanie w dziewiątym dniu wykazało, że istnieje pęknięcie szyjki wysokie po stronie prawej i od przodu, w prawem sklepieniu znaleziono otwór, który prowadził pomiędzy blaszki więzu szerokiego prawego, a przez otwór ten wydobywała się stara zmieniona krew, wynaczyniona. Od tego czasu z każdym dniem krwiak się zmniejszał i chora w kilka tygodni opuściła klinikę zupełnie zdrowa. Topografia narządów rodnych wskutek tego powikłania tak znacznie była zmienioną, że dokładnie granice trzonu macicy dały się dopiero w 19 dniu połogu określić. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

Herhold: **Spostrzeżenie, dotyczące ściśle ograniczonego raka żołądka.** (*Deutsche med. Wochens.* 1900. Nr. 7). Z raków żołądka stosunkowo najlepsze rokowanie operacyjne dają zdaniem Schuchardta te postacie, w których guzy nawet znacznej wielkości, wychodzące jedynie z błony śluzowej i osadzone na niej szeroko lub też uszypułowane, sterczą jako twory kuliste lub wyrośle kalafiorowate ku wnętrzu żołądka. Postacie te nie są zbyt częste. Przypadek tego rodzaju spostrzegał H. Podczas operacyi stwierdzono w żołądku guz nowotworowy wielkości pięści dorosłego mężczyzny, osadzony na przedniej ścianie. Guz wraz z przyległą częścią ściany usunięto, ranę w żołądku zaszyto dwupiętrowym szwem. Chory wyzdrowiał. Badanie drobnowidowe wykazało: *carcinoma alveolare.* Nowotwór wychodził tylko z błony śluzowej; inne warstwy ściany żołądka nie były zajęte. *Urbanik.*

Br. Aleksander. **Sposób leczenia gruźlicy zapomocą wstrzykiwań** *Ol. camphor. officin. Pharm. germ.* (*Münch. med. Wochenschft.*. N. 9. 1900). Na posiedzeniu towarzystwa przyrodników w Monachium przypomniał znów A. w r. 1889 przez siebie zalecony sposób leczenia gruźlicy płuc zapomocą podskórnych wstrzykiwań kamfory. Sposobem tym miał A. uzyskać wyniki bardzo dobre. Chorzy przybierać mają na wadze, kaszel i poty ustępują, apetyt się poprawia, a nawet owrzodzenia gruźlicze krtani leczą się podobno doskonale. Od 10 lat, przez które A. leczenia tego używa, „coraz to więcej musi podziwiać niezmierny wpływ cudownego tego środka". (Wobec tego zaznaczyć tylko wypada, że dotąd zapału autora nikt nie podziela. Wynik podjętych przezemnie w klinice lekarskiej w tym kierunku doświadczeń podam wkrótce w „Przeglądzie". *Przyp. spr*).

Dr. St. B. Kwiatkowski.

J. Eversmann. **Przypadek samouszkadzania się na tle histerycznem.** (*München. med. Wochenschft.* N. 9. 1900). Z częstych przypadków samouszkodzeń w histeryi, ogłasza E. ciekawszy, bo na razie trudniejszy do rozpoznania — parzenia się zapomocą przylepca pryszczawkowego. Zewnętrzne wejrzenie pęcherzy i usadowienie ich przypominały bardzo pęcherzycę. *Dr. St. B. K.*

A. Winternitz. **Badania bakteryologiczne nad zakażeniem szczotek i ich wyjaławianiem.** (*Berliner klin. Wochenschft.* N. 9, 1900). Na podstawie badań doświadczalnych, wykonanych z polecenia Doederleina, dochodzi autor do wniosku, że przez gotowanie szczotki w 1% roztworze sody przez 10 min. można ją dokładnie odkazić. Wyjątkowo tylko postępowanie takie może zawodzić, a mianowicie w przypadkach, w których na szczotkach znajdują się drobnoustroje lub ich zarodniki, odporne na działanie tego sposobu odkażania. Przypadków podobnych można w warunkach zwyczajnych nie brać w rachubę. Szczotki wygotowane, przechowywane w 1‰ sublimacie, pozostają nadal jałowemi.

Urbanik.

Prof. Levy i Dr. Bruns. **Przyczynek do sprawy wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc.** (*Deut. med. Wochens.* 1900, Nr. 9). Nawiązując do wywodów Briegera i Neufelda (*D. m. Wochens.* 1900, Nr. 6 — wyc. w *Przeglądzie lek.* 1900, Nr. 9, str. 119), starają się autorowie wywody te poniekąd uzupełnić i zalecają nadto próbne szczepienie zwierząt plwociną, badaną co do gruźlicy. Jak B. i N., uważają oni próbę tuberkulinową, umiejętnie przeprowadzoną, za nieszkodliwą, sądzą jednak, że może ona wprowadzać w błąd, gdyż odczyn, występujący przy ognisku starem, otorbionem, przyjętym być może błędnie za odnoszący się do zakażenia świeżego. Próba ta posiada i tę jeszcze wadę, że zatrzymuje badanych kilka dni, dopóki odczyn nie minie, w domu, co wielu ma odstraszać. Autorowie podnoszą, że przy rozpoznawaniu gruźlicy płuc nie wystarcza nieznalezienie w plwocinie prątków Kocha, zwłaszcza przy jednorazowem badaniu drobnowidowem i że badanie to należy w razie potrzeby powtarzać, w niezbyt jednak długich odstępach czasu. Kładą przytem nacisk na to, żeby badać całą dobową ilość plwociny, gdyż niejednokrotnie w początkowych okresach prątki znajdują się w plwocinie nie we wszystkich porach dnia, co nie podlega przytem żadnemu stałemu prawidłu. Gdy badanie drobnowidowe plwociny, wydzielonej w przeciągu 24 godzin, prątków gruźliczych nie wykrywa, przepłókują autorowie podejrzane jej cząstki w wyjałowionym fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i szczepią je śródotrzewnowo śwince morskiej w ilości 0·5—1·5 cm.³ Następnie śledzą zachowanie się świnki, a po 4—6—10 tygodniach, jeżeli sama nie padnie, zabijają ją i szukają zmian gruźliczych *). Ponieważ jednak zaszczepiona w ten sposób świnka może wkrótce, bo już po 24—72 godzinach, paść wskutek zakażenia znajdującymi się w plwocinie dwoinkami Fraenkel-Weichselbauma lub, rzadziej, paciorkowcem ropnym, należy przedtem zniszczyć te bakterye przez ogrzewanie plwociny przez 10 minut w cieplocie 60° C. Nie zaniedbują jednak autorowie szczepienia świnek i nieogrzewaną w ten sposób plwociną, a to w celu przekonania się, o ile znajdujące się w niej dwoinki Fraenkel-Weichselbauma są jadowite, względnie o ile mogą powodować zakażenie mięszane. A są one tem jadowitsze, im cięższy jest przypadek, z którego pochodzą. Chcąc w tym kierunku zbadać znajdujące się w plwocinie paciorkowce, przeprowadzić należy szczepienie na króliku, gdyż świnka morska jest zamało wrażliwą. O istnieniu zaś zakażenia grypowego przekonać się trzeba przez hodowle sztuczne. Próbne szczepienie zwierząt plwociną przy rozpoznawaniu początków gruźlicy płuc tem bardziej zasługuje na polecenie, że, jak wykazały doświadczenia autorów z szczepieniem świnkom rozcieńczonej hodowli prątków Kocha, zakażenie występuje tu i wtedy, gdy materyał szczepiony zawiera bardzo nieliczne prątki, tak, że badanie drobnowidowe może ich w nim nie wykazywać. W doświadczeniach tych n. p. śródotrzewnowe zaszczepienie śwince $^{1}/_{100000}$ mgr. świeżej hodowli prątków Kocha jeszcze zdołało wywołać gruźlicę narządów brzusznych. A że bardzo często plwocina w początkowych okresach gruźlicy płuc zawiera bardzo mało prątków Kocha, nie ulega, zdaje się, wątpliwości. Ale i ten sposób badania może dać wynik ujemny mimo istnienia sprawy gruźliczej w płucach, gdyż prątków w plwocinie może zupełnie brakować. W każdym jednak razie sposób ten należy uważać za znacznie pewniejszy od badania drobnowidowego. Zarzucićby mu tylko można, że daje wynik dość późno, wobec jednak najczęściej przewlekłego przebiegu gruźlicy nie ma to wielkiego znaczenia.

Dr. S. K. Miszewski.

Simmonds. **O gruźlicy żołądka.** (*Münchener med. Wochs.* N. 10. 1900). W r. z. utrzymywał Petruschky na zjeździe internistów niemieckich, jakoby zapomocą tuberkuliny zdołał rozpoznać gruźliczą przyrodę uporczywych wrzodów żołądka w 2 przypadkach (i wyleczyć je również tuberkuliną!), a zarazem wyraził przypuszczenie, że w przyszłości niejeden uporczywy wrzód żołądka okaże się, dzięki tuberkulinie, gruźliczym. S. stwierdza, że wrzody gruźlicze pierwotne żołądka nie są wcale znane, a nawet wtórne należą do wielkich rzadkości (4‰ wszystkich sekcyi). Jestto skutkiem wielkiej odporności błony śluzowej żołądka wobec prątków gruźliczych, polegającej, jak się zdaje, na obecności w żołądku HCl. W jednym przypadku

*) W pracowni prof. Bujwida postępowanie to uzupełniamy przed zaszczepieniem świnki próbą tuberkulinową, celem stwierdzenia, czy nie jest zakażona gruźlicą; wówczas bowiem nie nadawałaby się do szczepienia Dalej wykonuje się próbę tuberkulinową i na śwince już zaszczepionej, mianowicie przed jej zabiciem, czyli mniej więcej po miesiącu od zaszczepienia, a to znowu celem przekonania się, czy gruźlica wskutek szczepienia już się ew. rozwinęła. Podskórne zastrzyknięcie śwince gruźliczej 0·01—0·03 tuberkuliny sprowadza odczyn już po kilku godzinach, ciepłota podnosi się o 1—1½° C. Nadto znalezione przy sekcyi zmiany, mające wygląd zmian gruźliczych, poddajemy badaniu bakteryologicznemu, celem stwierdzenia, czy nie są one spowodowane przez którykolwiek z prątków gruźlicy wrzekomej (Bujwid i Kostanecki. *Przegląd lek.* 1898, Nr. 43 i 44). *Przyp. spr.*

znalazł S. wrzody gruźlicze w żołądku obok raka, którego obecność właśnie przez zaburzenia w wydzielaniu żołądkowem mogła usposobić błonę śluzową do zakażenia gruźliczego. Zresztą znajduje się wrzody gruźlicze żołądka wyłącznie u osobników z daleko posuniętą gruźlicą płuc i przewodu pokarmowego, przy czem zazwyczaj, wbrew twierdzeniu Petruschkyego, brak jakichkolwiek objawów ze strony samego żołądka. Co więcej stwierdzić można, że u suchotników zdarza się stosunkowo daleko częściej wrzód okrągły zwyczajny, niż wrzody gruźlicze; stąd też i pojawienie się groźniejszych objawów żołądkowych u suchotników powinnoby naprowadzać na myśl przedewszystkiem zwykły wrzód okrągły. W przeciwieństwie do wrzodów, jest gruźlica prosówkowa ściany żołądka (we wszystkich jej warstwach) w przypadkach gruźlicy prosówkowej ogólnej zjawiskiem częstem, jednakże bez znaczenia klinicznego, a i na zwłokach dającem się wykryć tylko drobnowidowo. *Ciechanowski.*

Dr. Rismann. **Leczenie i zapobieganie zboczeniu ku tyłowi macicy w połogu.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 10, 1900). Autor przed dwoma laty zastosował krążek u kobiety, od lat cierpiącej na tyłozgięcie macicy, w 5 dniu połogu z bardzo dobrym wynikiem. Podobny zupełnie skutek osiągnął w dalszych sześciu przypadkach, gdzie również bardzo wcześnie w połogu krążkami leczył tyłozgięcie. Aby wogóle zapobiegać następowym tyłozgięciom w połogu radzi autor wcześnie układać położnicę na bok, badać każdą położnicę, skoro opuszcza łóżko, po poronieniach nawet wcześniej, i wszystkim położnicom, które już przed porodem cierpiały z powodu tyłozgięcia, poleca w 5 dniu zakładać krążek. — Położnice wszystkie powinny być, zdaniem autora, badane, badanie to powinny umieć przeprowadzić położne. Autor sądzi, że to właśnie byłoby zbawienniejszą rzeczą, aniżeli uczenie położnych robienia obrotów i wydobywania łożyska. *St. D.*

R. Kossmann. **Kazuistyczne rozmaitości z dziedziny położnictwa i ginekologii.** (*Münch. med. Woch.* 1900, 10, 11). I. Autor opisuje przypadek zastąpienia i porodu u kobiety, u której dokonano przedtem obustronnego wytrzebienia drogą pochwy. Wytrzebienie w danym przypadku musiało być niezupełnem. II. Autor spostrzegał przypadek, w którym przy położeniu płodu podłużnem czaszkowem przez całą dobę odchodziła smółka obficie, mimo że nie było żadnych objawów omdlewania płodu. Sądzi więc autor, że odchodzenie smółki nie tylko może być objawem zatrucia CO_2, ale że może być również objawem mechanicznego ucisku po pęknięciu pęcherza przy położeniach czaszkowych, jest to bywa z reguły przy położeniach miednicowych. III. *Elytrocleisis* przy przetoce moczowodowo-pochwowej. Jako pozostałość po bardzo ciężkiem wyjęciu macicy drogą pochwowo-brzuszną otrzymał autor przetokę pęcherzowo — moczowodową. Przetokę tę leczył w ten sposób, że wytworzył najpierw przetokę pęcherzowo-pochwową, a następnie zaszył pochwę. Po dwukrotnym zabiegu i kilkakrotnych poprawkach otrzymał zupełne wyleczenie. Autor zwraca uwagę, że tą drogą w przeciwieństwie do zdania Fritscha, można dojść do celu i osiągnąć dobry wynik bez narażenia chorej na niebezpieczne innego rodzaju zabiegi. IV) Szybki wzrost torbiela gruczolakowego jajnika. Autor operował przypadek dużego torbiela gruczolakowego, który swoim szybkim wzrostem przypominał ciążę. W 3 miesiące operował tę samą chorą i znalazł znowu znaczny guz jednokomorowy, wytwór t. zw. *Pseudomyxoma* otrzewnej. W miesiąc po drugiej operacyi chora dostała objawów niedrożności jelita, przy laparotomii znaleziono znowu guz o pojemności 6—8 litrów. Tej operacyi ostatniej chora uległa. Autor sądzi, że t. zw. *pseudomyxoma* otrzewnej nie jest wcale wytworem otrzewnej, tylko wytworem resztek ścian torbiela, pozostałych po operacyi wśród zrostów z otrzewną. *St. D.*

Dr. Oppenheim. **Encephalitis acuta non purulenta.** (*Berl. klin. Wochenschrift* 1900. 10). Na posiedzeniu Towarzystwa berlińskiego psychiatrów i neuropatologów przedstawił O. przypadek ostrego zapalenia surowiczego mózgowia, jako następstwo przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego. Choroba zaczęła się nagle wysoką gorączką (40·6°), zwolnieniem tętna (54), wymiotami, kurczami drgawkowymi, utratą przytomności i porażeniem jednostronnem prawego nerwu twarzowego i barkowego. Gdy po dwóch dniach chory odzyskał przytomność, stwierdzono utratę mowy. Ciepłota, która w 3-im dniu choroby zaczęła nieco opadać, w 7-ym podniosła się powtórnie, tętno zwolniało i pojawiły się wymioty; czucie ogólne stało się znów zajęte, mocz chory oddawał bezwiednie. Stan taki utrzymywał się przez 5 dni, szóstego dnia po kąpieli gorącej (29°—32°, przez 10 minut), z następowem zawinięciem w koce i workiem lodowym na głowę, nastąpiła znaczna poprawa, a chory powrócił do przytomności. Kąpiele te powtarzano codziennie, stan chorego stawał się coraz to pomyślniejszym; afazya jednak i niedowład kończyny górnej prawej i n. twarzowego utrzymywały się. W 17 dniu choroby ciepłota opadła do stopnia prawidłowego i już się nie podniosła, władza powoli w kończynie wróciła, — ale dopiero w 5 tygodni chory pierwszy raz był w stanie przyciszonym głosem wymówić jedno słowo „tak“; równocześnie jednak, nie mogąc mówić, — starał się pisać, a napisawszy czytać, co jednak mu się także nie udawało. W 4 miesiące od początku choroby (kąpiele z zawijaniami w koce codziennie) — fizycznie chory czuje się zupełnie prawie dobrze, mowy jednak nie odzyskał. W 6 miesięcy O. stwierdził jeszcze lekki niedowład n. twarzowego i kończyny; co do mowy, to tylko z trudnością wykrztuszał pojedyncze wyrazy, powtarzając je za kimś drugim, często nie pojmując ich znaczenia. (Chory liczy lat 17, uczeń gimnazyalny). Wobec tego stanu zwrócono główną uwagę na leczenie porażenia mowy. Po za jodkiem potasowym, elektryzacyą mięśni kończyny i mięśni, w wymawianiu słów udział biorących, — zaczęto z chorym systematyczną naukę mowy; tę doprowadzono do chwili demonstracyi chorego (w 10½ miesięcy od początku choroby) do tego, że chory był w stanie pewnym przedmiotom nadawać odpowiednie im nazwy, dla pewnych zjawisk zaś znaleźć należyte określenie i choć z trudnością i błędami czytać.

Znaczenie przypadku tego jest głównie rozpoznawcze. Przypady mózgowe z wysoką gorączką, — nagle powstałe u osobnika z przewlekłem zapaleniem ropnem ucha środkowego, musiały w pierwszej chwili nasuwać przypuszczenie ropnia. Przeciw niemu jednak przemawiał brak bólów głowy i jakiejkolwiek tkliwości czaszki (miejscowej), przy opukiwaniu, jak również typ afazyi, odmiennej od spotykanych przy ropniach narządu słuchowego.

Przeciw zapaleniu błon mózgowych przemawiało w pierwszym rzędzie ograniczenie się sprawy do pewnych tylko odcinków mózgu, przeciw zapaleniu błon mózg. surowiczemu toż samo ograniczenie i wysoka gorączka.

Wobec tego, przez wykluczenie, przyjąć należało ostre, wybroczynowe, nieropne zapalenie mózgu, co też w rozpoznaniu uwidoczniono. O. spostrzegał 5 podobnych przypadków, wszystkie z przebiegiem pomyślnym, i sądzi, że powyżej opisane objawy są klinicznym obrazem tej choroby.

Co do związku przyczynowego, jaki tu zaszedł z przewlekłem ropnem zapaleniem ucha środkowego, to tłómaczy go O. w ten sposób, że sprawę chorobową wywołały drobnoustroje, które dostawszy się z ogniska ropnego w kości skalistej do krwiobiegu, stały się zwykłym w tym razie bodźcem zapalnym. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

E. Braatz: **W sprawie przecinania nerki.** (*Deutsche medic. Wochens.* 1900. 10). 30-letnia kobieta, którą autor poprzednio kilkakrotnie operował z powodu zmian gruźliczych gruczołów chłonnych szyjnych, zgłosiła się do B. ponownie, skarżąc się tym razem na gwałtowne, napadowo występujące bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Wykonane podczas napadu badanie wykazuje nerkę prawą miernie powiększoną, bolesną przy ucisku. W czasie, wolnym od napadu, nerka ta daje się łatwo przesuwać. Badanie moczu na prątki gruźlicze z wynikiem ujemnym. Uwzględniając to, odniósł B. powiększenie nerki ruchomej do zagięcia moczowodu i wykonał przyszycie nerki. Bóle napadowe zrazu ustąpiły, lecz w kilka miesięcy pojawiły się z dawnem nasileniem. Autor odsłonił więc nerkę, która, jak się okazało obecnie, była dobrze ustaloną. Ponieważ nerka przy badaniu zewnątrz okazała się prawidłową, wykonał B. przecięcie (t. zw. sekcyjne) nerki, które w miąższu jej również żadnych zmian nie wykazało. Wobec tego rozpoznanie brzmiało: *nephralgia.* Skutek zabiegu był widoczny, gdyż dolegliwości zupełnie ustąpiły. Stan taki trwał 3 lata. Po czasie tym napady bólu poczęły występować z wzmożonem nasileniem. Ponieważ kilkakrotnie wśród badania stwierdzono największą bolesność w miejscu, odpowiadającem wyrostkowi robaczkowemu, B. nie mogąc wykluczyć istnienia zmian gruźliczych w samym wyrostku, odsłonił go. Okazało się przytem, że wyrostek był zupełnie prawidłowy. Ostatecznie przystąpił autor do wyjęcia nerki. Chora wyzdrowiała. Badanie anatomiczne wyjętej nerki wykazywało wyraźny jej zanik obok starszych i świeższych ognisk gruźliczych. O jednem z nich można z pewną słusznością przypuszczać, że istniało już w czasie przecięcia nerki, lecz, jako nie leżące w poziomie cięcia, zostało przeoczone. Sprawa gojenia się rany po przecięciu wywarła, zdaniem B., korzystny wpływ na to ognisko, czem się tłómaczy 3 letnia przerwa w napadach po nefrotomii. — Jako jedną z niekorzystnych stron cięcia, przeprowadzonego dokładnie w płaszczyźnie środkowej, wymienić należy to, że w poziomie tym przecina się najwięcej naczyń, czego następstwem jest zanik przedewszystkiem przedniej połowy nerki. Płaszczyznę cięcia należałoby więc w myśl badań Zondeka przesunąć więcej ku tyłowi. Nefrotomia jest zabiegiem poważnym i powinna być tylko w bardzo rzadkich przypadkach wykonywaną. Zalecanie przez B. ostrożności przy rozpoznawaniu nefralgii, jest przy uwzględnieniu powyższego przypadku łatwo zrozumiałem.

Urbanik.

G. Killian: **Wydobycie drogą naturalną odłamka kości, tkwiącego przez 4 lata w prawem płucu.** (*Deuts. medic. Wochens.* 1900. Nr. 10). Do tytułu, który prawie że zupełnie streszcza powyższy przyczynek kazuistyczny, dodać należy, że zdaniem autora przypadek ten jest pierwszym, w którym udało się usunąć ciało obce, tkwiące przez tak długi przeciąg czasu w oskrzelu. Dłuższe przebywanie ciała obcego w oskrzelu nie stanowi więc przeciwwskazania do jego usunięcia. U chorego tego, który nie nadawał się do autoskopii, zastosowana przez K. górna bronchoskopia z jej boczną modyfikacyą dała pomyślny wynik. *Urbanik.*

Dr. Hermes: **Przypadek równoczesnej ciąży zamacicznej i macicznej.** (*Deutsche med. Wochens.* 1900. Nr. 10). Autor na wstępie omawia dane z piśmiennictwa co do częstości tego powikłania, jakoteż rozmaite możliwe zejścia ciąży macicznej i zamacicznej, równocześnie powstałej. Następnie opisuje przypadek, dotyczący wieloródki, u której w 7 tygodni po ustaniu regularności wystąpiły objawy poronienia trąbkowego. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Przy operacyi nie rozpoznano istniejącej równocześnie ciąży macicznej, gdyż to było niemożliwe. W dalszym przebiegu stwierdzono obecność ciąży macicznej, która prawidłowo dobiegła w dalszym ciągu swego kresu. Przez 8 pierwszych tygodni po operacyi uderzała nierówna zbitość lewego odcinka macicy w stosunku do miększego odcinka prawego, co było wynikiem zmian w krążeniu, jakie operacya na przydatkach lewych za sobą pociągnęła. W końcu zwraca autor uwagę, że u jego chorej nie przyszło do wytworzenia się przepukliny brzusznej mimo, że szyto powłoki tylko jednym szeregiem szwów węzełkowych, biegnących przez wszystkie warstwy. *St. D.*

Prof. W F. Sniegireff. **O użyciu nitek ze ścięgien renów, jako materyału do podwiązywania i szycia ran.** (*Ctbl. für Gyn.* N. 9). Autor używał wyłącznie nitek ze ścięgien renów, jako podwiązek i szwów, przy 150 laparotomiach z wynikiem bardzo dobrym. Wyjałowienie tego materyału przeprowadza się w następujący sposób: 1) odtłuszczenie przez dwa dni w eterze; 2) wyjałowienie przez 10 dni w *ol. ligni Juniperi*; 3) usunięcie oleju eterem przez dwa dni; 4) namoczenie (impregnacya) 80% rozczynem sublimatu (1:500) przez dwa dni; 5) przechowywanie w wyskoku. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że przy ranach aseptycznych po użyciu tego materyału nigdy nie było ropienia.

Materyał wspomniany ma być bardzo silny i ulega wessaniu do 14 dni najpóźniej. Autor sądzi, że materyał z renów jest ideałem dla aseptyki przy laparotomiach. *St. D.*

Dr. Walzer. **Powikłanie ciąży włókniakiem.** (*Ctbl. für Gyn.* N. 9). Autor opisuje przypadek ciąży czteromiesięcznej u kobiety, dotkniętej dużymi włókniakami; jeden z nich, umieszczony nizko w miednicy małej, stanowił absolutną przeszkodę porodową. Chora zgłosiła się z powodu znacznych krwawień tak, że musiano użyć tamponady: wkrótce wystąpiło poronienie niezupełne, gdyż pozostało łożysko, którego nawet narzędziami nie udało się usunąć. W 4 tygodnie po poronieniu wykonał autor amputacyę nadpochwową i stwierdził w macicy obumarłe łożysko. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Z okazyi danego przypadku autor zwraca uwagę na możliwość zastąpienia mimo znacznych włókniaków, na długotrwałe zatrzymanie łożyska bez żadnych następstw, w końcu wypowiada zdanie, że włókniaki mogą dawać wskazanie do wywołania poronienia, co byłby w danym przypadku autor zastósował, gdyby poronienie samo nie wystąpiło. *St. D.*

Dr. Anton Prohess. **Przypadek cięcia cesarskiego na umierającej. Dziecko żywe.** (*Ctlb f. Gyn.* N. 9, 1900). Z uwagi, że cięcia cesarskie, wykonywane po śmierci matki, prawie zawsze dają wynik ujemny, coraz częściej w przypadkach agonii robi się cięcie cesarskie i to z wynikiem dla dziecka zawsze dobrym.

Autor miał sposobność wykonania cięcia cesarskiego w okresie konania u kobiety, dotkniętej objawami zapalenia opon; przy cięciu sposobem Fritscha otrzymał płód ośmiomiesięczny, żywy, który się dał utrzymać przy życiu. Matka zmarła w 8 godzin po rozwiązaniu. *St. D.*

Dr. Edward Preiss. **Metreurynter.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 10). Ponieważ autor zauważył, że założenie baloników często bywa bardzo trudne, zwłaszcza, gdy lekarz w praktyce jest pozbawiony wszelkiej pomocy wyćwiczonej, zestawił przeto nowy metreurynter, którym w wielu przypadkach posługiwał się z bardzo dobrym wynikiem. Przyrząd ten jest bardzo prosty, składa się on z próżnego walca o świetle w średnicy 0,2 ctm., z materyału takiego, jak bywają robione cewniki angielskie; na końcu walca, który ma się wprowadzać do macicy, umocowuje się tasiemką kapelusik gumowy, koniec przeciwny zaś łączy się z drenem, w który wpuszczoną jest pompka i kran.

Niepodatność walca ułatwia bardzo wprowadzenie tego przyrządu, a wypełnienie kapelusika jest bardzo proste. *St. D.*

Dr. Alfred Egon Neumann. **Kleszcze u osoby zmarłej. Dziecko żywe. Uwagi nad śmiercią podczas porodu i nad rozwiązaniem w pozycyi stojącej z powodu duszności.** (*Ctbl. f. Gynäkologie*, 1900. 10). Autor opisuje przypadek Dr. Koerbitza, który, wezwany do kobiety rodzącej, już w 15 minut po jej śmierci założył kleszcze i urodził płód lekko omdlały.

W dalszym ciągu swej rozprawy zwraca autor uwagę, że u rodzących z bardzo znacznego stopnia dusznością może nastąpić śmierć w oczach lekarza, wskutek ułożenia chorej dla wykonania jakiegoś zabiegu.

Z uwagi na to autor w przypadku wady serca niewyrównanej u ciężarnej wywołał poród przedwczesny w 6 miesiącu i przeprowadził cały poród w postawie stojącej chorej, która z pewnością, ułożona na łóżku lub na stole, natychmiastby się zadusiła. *St. D.*

Dr. Apostoli. **O nowem zastosowaniu prądu falowego w ginekologii.** (*Frauenarzt* N. 2, 1900). Autor poleca użycie tego prądu w leczeniu ginekologicznem, gdyż on łączy zalety prądu stałego z prądem przerywanym. Najważniejszem działaniem tego prądu jest kojące ból; działa również przeciw zaburzeniom krążenia w macicy i niedokładnemu jej zwijaniu się, przeciw zaparciu uporczywemu stolca. Nie działa bezpośrednio przy włókniakach, ale zawsze koi bóle, nie działa przy zmianach położenia macicy. Bardzo dobrze działa przy przekrwieniach i wypocinach okołomacicznych, naturalnie nie ropnych. Działa silniej stosowany przez wnętrze macicy. *St. D.*

Prof. Dr. M. Mendelsohn (Berlin). **O soku mięsnym, jego pozyskaniu i zastósowaniu w lecznictwie.** (*Wiener med. Presse* Nr. 9, 1900). Używany dotychczas wyciąg mięsny Liebiga lub bulion mięsny (*beeftea*) okazują większe albo mniejsze braki, bądźto że szybko się psują, bądź to że zawierają zaledwie ślady białka. Dlatego z przetworów mięsnych, wyrabianych w najnowszych czasach, najbardziej zasługuje na uwagę sok mięsny „Puro“, zawierający znaczną stosunkowo ilość białka i istot wyciągowych, działających podniecająco na układ nerwowy ośrodkowy i na serce; nie mniej i ta okoliczność, że nie prędko się psuje, podnosi jego znaczenie i zastósowanie.

Z bardzo dobrym skutkiem może być „Puro“ użyte w niedokrewności, błednicy, macinnictwie i podczas uporczywych wymiotów u ciężarnych, nadto u ozdrowieńców, starców wogóle i u dzieci. Jeśli dalej się zważy, że sposób podawania tego soku mięsnego może być różny (na chlebie, na kawałkach lodu, z mlekiem lub kakao, czasami z wodą, — szczególniej zaś z słodkiem winem, — ostatecznie w lewatywie), wówczas przyznać mu trzeba pierwszeństwo przed innymi podobnymi przetworami. Albowiem ta właśnie możliwość urozmaicenia w podawaniu i pokrywaniu swoistego smaku i zapachu jest jednem z najgłówniejszych zadań w pielęgnowaniu chorych, zwłaszcza takich, którzy prawie odrazę czują do mięsa. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. F. Oelberg (Wiedeń). **O sirolinie.** (*Wiener medic. Presse* N. 9, 1900). Autor opisuje 28 przypadków gruźlicy, spostrzeganych w praktyce prywatnej, w których stósował siroline z bardzo dobrym skutkiem. Chorzy ci, w wieku od 9 miesięcy do 56 lat, otrzymywali 3 łyżeczki, względnie 3 łyżki siroliny dziennie; o objawach ubocznych O. nie wspomina. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. M. Horovitz. **O zapaleniu ciała jamistego i naczyń chłonnych prącia** (*cavernitis et lymphangoitis penis*). (*Wiener med. Presse* N. 10, 1900). Na etyologię tych cierpień składa się kilka czynników, przedewszystkiem kiła, — szczególnie zaś nie leczone kilaki prącia. Prawie równorzędne z nimi znaczenie mają wszystkie sprawy chorobowe, prowadzące do nadmiernego bujania tkanki łącznej prącia (zastój wydzieliny, przeszkody w krążeniu itd.), w następstwie czego przychodzi do bliznowatego zgrubienia ciał jamistych. — Do rzadszych już przyczyn stwardnienia prącia (*induratio penis*) zaliczyć należy owrzodzenia zgorzelinowe, fagadeniczne twarde i miękie, — bardzo zaś rzadko sprawy rzeżączkowe; urazy powstałe *intra coitum* (*cavernitis traumatica*) prowadzą do t. zw. złamania prącia (*fractura penis*). Wszystkim tym chorobom zapalnym ciała jamistego towarzyszy zwykle zapalenie naczyń chłonnych, przyczem nadmienić wypada, że wskutek stopniowo rozwijającego się stwardnienia prącia wytwarza się niedostateczny wzwód, prowadzący z czasem do zupełnej niezdolności płciowej. Ze względu na leczenie (byle nie zapóźno stosowane) najlepsze rokowanie dają stwardnienia prącia kiłowe i urazowe; z środków leczniczych zasługują na uwagę rtęć, jod, i zabiegi chirurgiczne. *Dr. Henryk Pisek.*

Doc. Dr. Haškovec (Praga). **Leczenie padaczki sposobem Flechsiga.** (*Wiener klinische Rundschau* N. 7 i 8, 1900). Metoda Flechsiga polega, jak wiadomo, na kombinowanem podawaniu w padaczce przetworów bromu i makowca w dawkach coraz to wyższych, przyczem uregulowanie dyety i całego sposobu życia padaczkowych chorych stanowi *conditio sine qua non*. — Autor opisuje 3 przypadki padaczki, w których ściśle zastósował się do powyższych zasad i otrzymał dobre wyniki, zachęcające do dalszego na tej drodze postępowania. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. J. Pelnář. **O zakażeniu ogólnem pneumokokami bez zapalenia płuc.** (*Wiener klin. Rundschau* 1899. Nr. 41). (Z zakładu Prof. Dra Obrzuta we Lwowie). Autor opisuje dwa przypadki zakażenia ogólnego dwoinkami Fränkel-Weichselbauma z zejściem niepomyślnem. Płuca w obydwu przypadkach nie okazywały żadnych zmian chorobowych, natomiast drobnowid wykazał w ropie z opon mózgowych, migdałków, w śluzie z tchawicy i w śledzionie typowe dwoinki Fränkla (*diplocc. pneumoniae*). Dwoinki te dostawszy się do ustroju przez usta lub jamę nosową wywołały ogólne zakażenie. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. A. Passow (Heidelberg). **O leczeniu przewlekłych zapaleń wypocinowych ucha środkowego.** (*Die Therapie der Gegenwart* Z. 9, 1899). Pod względem podziału chorób zapalnych ucha środkowego panuje w podręcznikach prawdziwy chaos. Słusznie więc autor stara się podział ten jak najwięcej uprościć. Właściwe leczenie uwzględnia Passow o tyle tylko, o ile praktyczny lekarz jest w możności je przeprowadzić. W pierwszym rzędzie bierze on na uwagę stan ogólny ustroju, oraz zmiany chorobowe w nosie i gardle, które odgrywają największą, jak wiadomo, rolę w etyologii i często są jedynemi przyczynami choroby wypocinowej w uchu. Poza tem, najważniejszem zadaniem jest usunięcie wypociny z ucha środkowego. Do tego służy wpędzanie powietrza do jamy bębenkowej, co przyczynia się do prędkiego wessania przez przywrócenie drożności trąbki i prawidłowych stosunków uciskowych w uchu środkowem. Zabiegu tego nie wolno jednak zbyt często i szablonowo wykonywać. Działanie wpędzania powietrza popierać można środkami napotnymi. Gdzie to nie skutkuje, używa się wstrzykiwań rozczynów ściągających i soli kuchennej, albo wdmuchiwania pary salmiakowej lub terpentynowej do ucha środkowego, co jednak rzadko tylko korzyść przynosi. Jeżeli te zabiegi nie wystarczają do usunięcia wypociny, należy naciąć błonę bęb., co jednak nie zawsze bywa uwieńczone tak doraźnym i wybitnym skutkiem, jak w zapaleniu ostrem, gdyż tu starsze i utrwalone zmiany w błonie śluzowej jamy bęb. wymagają dłuższego jeszcze czasu do wyleczenia. Przepłókiwań jamy bęb. przez trąbkę autor nie wykonuje, naszem zdaniem, zupełnie niesłusznie, gdyż zabieg ten w pewnych przypadkach niewątpliwie znakomite oddać może usługi. Po ustąpieniu sprawy zapalnej można jeszcze zapomocą mięsienia bęb. sposobem Delstanchea i wpędzania powietrza poprawić zdolność drgania błony bęb. i kostek słuchowych i podnieść bystrość słuchu.

W sprawach ropnych należy natychmiast błonę bęb. nakłuć, względnie przedziurawienie za małe rozszerzyć; jeżeli są zrosty, należy je przeciąć. W przeciwieństwie do większości autorów poleca P. w przewlekłem ropieniu usznem leczenie suche, połączone z drenowaniem zapomocą gazy salicylowej albo kseroformowej. W głębszem schorzeniu błony śluzowej stósowną jest rzeczą wykonywać wdmuchiwanie kw. borowego albo kseroformu, a w razie ziarnkowania na niej — wkraplanie wyskoku, albo przyżeganie azotanem srebrowym, kw. chromowym, kw. trójchloroctowym i t. p.; ukleje należy usunąć ostrą łyżeczką, pętlą żarzącą, albo kleszczykami. Przy jednoczesnem zajęciu wyrostka sutkowego wskazanem jest jego wydłutowanie. Czasem, mimo stosownego leczenia, utrzymuje się obfita wydzielina cuchnąca; usunięte ukleje i ziarniny odrastają wciąż i wtedy pada podejrzenie, że mamy do czynienia z próchnicą kostek słuchowych lub wyrostka sutkowego. Żeby w każdym przypadku próchnicy należało z zasady operować, na to absolutnie zgodzić się nie możemy, gdyż nie tak rzadkie są przypadki wyleczenia nawet próchnicy przewlekłej zapomocą leczenia zachowawczego. — Autor rozróżnia prawdziwy żółciołojak, jako nowotwór heteroplastyczny, od żółciołojaka rzekomego (*pseudo-cholesteatoma*), powstałego przez wtargnięcie naskórka z ucha zewnętrznego przez przedziurawienie błony bęb. na schorzałą błonę śluzową jamy bęb. Mogą one przez zniszczenie kości i zatrzymanie ropy sprowadzić różne powikłania mózgowe. Należy je usunąć przez przestrzykiwanie, które, jeżeli żółciołojak jest usadowiony w górnym uchyłku jamy bęb., należy podobnie, jak przy tamże umiejscowionej sprawie ropnej, uskutecznić zapomocą różnych t. zw. cewek bębenkowych.

Zdarzają się jednak zawsze przypadki, których mimo stósownego leczenia ogólnego i miejscowego do zupełnego wyleczenia drogą zachowawczą doprowadzić nie można. Wtedy należy przystąpić do leczenia operacyjnego, które polega albo tylko na wyłuszczeniu spróchniałych kostek słuchowych, albo też na szerokiem otwarciu i odsłonięciu jamy sutkowej, wejściu do niej, oraz do górnego uchyłka jamy bęb. i na następowem usunięciu doszczętnem wszystkich ognisk chorobowych, czyli t. zw. operacyi radykalnej. Operacya ta wskazaną jest przedewszystkiem w przypadkach grożącego powikłania śródczaszkowego. Wreszcie autor przyjmuje podane przez Stackego wskazania do tego zabiegu. *Spira.*

Prof. Leyden. **Przypadek tężca u położnicy, leczonego wstrzykiwaniami surowicy wśródoponowemi.** L. opisuje przypadek tężca po poronieniu trzechmiesięcznem, wyleczonego surowicą przeciwtężcową, wstrzykiwaną do jamy rdzeniowej. Wstrzykiwań surowicy zrobiono kilka, najpierw podskórnie, potem dwa do jamy rdzeniowej, — wstrzyknięto ogółem 14 grm. surowicy. *St. D.*

Dr. Hilbert. **Przypadek jadowitego zapalenia tęczówki** (*Iritis toxica*). (*Wochenschrift. f. Ther. u. Hygiene d. Auges* N. 24. 1900). Z historyi choroby dowiadujemy się, że pewna nauczycielka otrzymała w podarunku wazonik z kwitnącym pierwiosnkiem (*primula obconica*). Chcąc powąchać nieznany jej kwiat, nachyliła się nad nim, a za chwilę już uczuła silne pieczenie w oczach i na całej twarzy. Powieki, oraz spojówki powiekowa i gałkowa obrzmiały i zaczerwieniły się. Rogówki były lśniące a przy ogniskowem oświetleniu dostrzeżono mnóstwo drobnych punkcików szarych na błonie Descemeta. Tęczówki były odbarwione, rysunek ich zamazany, — wytworzyła się jedna tylna przyczepina. Przy zastósowaniu odpowiedniego leczenia zapalenie tęczówki ustąpiło po 6 tygodniach, nie upośledzając bystrości wzroku. Liście tego kwiatu mają po obu stronach mnóstwo cienkich włosków, które kończą się guziczkowato, a działają jak pokrzywa. Autor poleca ze stanowiska higieny, aby ogrodnicy byli o tem uwiadomieni i zwracali uwagę kupujących na właściwość tego kwiatu. *Dr Zion.*

M. Neuberger: **Leczenie wyprysku przewlekłego u dzieci zapomocą arszeniku.** (*Revue mensuelle de maladies de l'enfance*, 1899. Zeszyt 8). Autor ogłasza wynik leczenia tego cierpienia w 30 przypadkach u dzieci w wieku od 4 miesięcy do 5ciu lat. Wyprysk w niektórych przypadkach ograniczał się do głowy, pokrytej włosami, lub do twarzy; w innych zaś był ogólny; jużto przedstawiał się w postaci strupków cuchnących, z pod których przy ucisku wydobywała się ropa, już też występował jako wybitny obraz wyprysku zołzowego, usadawiając się na wargach i około otworów nosa. Leczenie polegało jedynie na stósowaniu arszeniku na wewnątrz, podając u dzieci od drugiego roku życia następujący rozczyn:

Rp.: Liquor. arsenic. Fowleri
Aqu. destill. aa 2,50
Ds: 1—5 kropel w mleku po obiedzie.

Rozpoczyna się od podawania jednej kropli przez 8 do 15 dni i powiększa się następnie dawkę o jedną kroplę co tydzień aż do dawki siedmiu kropel. Po wyleczeniu stopniowo zmniejsza się dawkę. — U osesków i dzieci poniżej dwóch lat podaje się nast. rozczyn:

Rp.: Liquor. arsenic. Fowler. 1,50
Aqu. destill. 3,50
DS. 1—5 kropel w mleku po obiedzie.

Powyżej 5 kropel u dzieci tych nie podaje się.

Tylko w jednym przypadku u dziecka jednorocznego pojawił się nieżyt żołądkowo-jelitowy, który N. odnosi do leczenia arszenikiem. Innych szkodliwych objawów, które tak często pojawiają się u dorosłych, autor nie zauważył. Skutek leczenia występuje dopiero od piątego tygodnia leczenia, objawiając się zmniejszeniem swędzenia i wysychaniem sączących się miejsc. Wyleczenie następuje w szóstym lub ósmym miesiącu leczenia. *Jan Landau.*

Kayser: **O znaczeniu chorób nosa dla wyrazu twarzy.** (*Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. der Nasen-Ohren-Mund und Hals-Krankh.* 1900. Tom IV. Nr. 1). Autor omawia kształt nosa i twarzy i ich związek z różnemi chorobami nosa. Kształt nosa posiada znaczenie nie tylko dla wyrazu twarzy i jako znamię rasowe, lecz także pozwala nieraz na pierwszy rzut oka rozpoznać chorobę nosa. Stosunek między wysokością nosa, a jego szerokością wyraża się przez wskaźnik (*Index*) nosowy. Jeżeli wskaźnik wynosi do 47.0, mówimy o wąskości nosa (*Leptorrhinia*), między 47.1—51.0 o nosie miernym (*Mesorrhinia*), a jeżeli wyżej 51.0 o płaskości nosa (*Platyrrhinia*). Stosunek szerokości twarzy do jej wysokości nosi nazwę wskaźnika twarzowego i stósownie do niego rozróżniamy (nad 90) wąskość, względnie długość twarzy (*Leptoprosopia* albo *Dolichoprosopia*), (niżej 90) płaskość, względnie krótkość twarzy (*Chamaeprosopia* lub *Brachyprosopia*). Grzbiet nosa może być prostym, wypukłym, albo wklęsłym. Pomijając zewnętrzne zmiany

chorobowe nosa, rozpatruje autor zmiany w kształcie nosa, wywołane przez krzywe ustawienie, przegięcia i wyrośle kostne przepony nosowej, przez ubytki w niej, powstałe skutkiem liszaja żrącego, kiły, wrzodu przeszywającego, przez choroby błony śluzowej nosa, szczególnie stany obrzękowe i wyrośle gruczołowate w jamie nosogardzielowej i przez ozenę. Że znamienny kształt twarzy (*leptoprosopia* i *leptorrhinia*), spostrzegany przy wyrośiach gruczołowatych nie jest skutkiem jedynie tylko oddechania przez nos, za tem przemawia okoliczność, że nie zawsze go się spotyka przy zarośnięciu tylnych nozdrzy (choanae). Żeby powstał taki kształt twarzy, musi istnieć nadto pewna plastyczna podatność kośćca twarzy. Skośnoszczękość (*prognathia*) jest połączoną zwykle z płaskością nosa (*platyrrhinia*). Autor wykazuje dalej, że szeroki nos obok płaskiej twarzy (*chamaeprosopia*) stanowi pewne usposobienie do ozeny. Przyłączono fotografie i ryciny uzmysławiają wybornie różne kształty nosa i twarzy i ich zależność od pewnych chorób. *Spira.*

Dr. S. Jankelevitch **O częstości głuchoty u dzieci i jej przyczynach, skutkach i uleczalności** (*Paris. Octave Doin, Editeur.* 1899). We wstępie zaznacza autor ważne znaczenie mowy, a pośrednio słuchu dla rozwoju intellektualnego i moralnego osobnika. Następstwa utraty słuchu są tem ważniejsze, jeżeli głuchota jest wrodzoną albo wcześnie nabytą, gdyż wtedy pociąga za sobą niemotę. Na podstawie statystyki wykazuje autor, iż na 100 głuchoniemych tylko u 20 choroba jest wrodzoną; z pozostałych 80% głuchoty nabytej dałaby się znaczna część uratować, gdyby otoczenie umiało dość wcześnie zwrócić na to uwagę. Najczęstszą przyczyną głuchoty wcześnie nabytej są choroby zakaźne, przedewszystkiem płonica i błonica, często przyczyną są również choroby nosa i gardła, między niemi przedewszystkiem wyrośle gruczołowate, sprowadzające w 70% zaburzenia słuchu, które dla rozwoju fizycznego i umysłowego mają wielką doniosłość. Objaśniając, jak przez stosowne i wczesne leczenie takich dzieci dałoby się w znacznej części zapobiegać głuchoniemocie, głuchocie i co za tem idzie, umysłowemu i moralnemu zaniedbaniu, wskazuje autor na konieczność systematycznego badania w tym kierunku dzieci, uchodzących w szkole za nieudolne, a dotkniętych w istocie tylko upośledzeniem słuchu, które, przeoczone, przejść może w stałe kalectwo. *Spira.*

Dr. Jankelevitch. **Krwotoki i krwawienia nosowe, spowodowane przez wyrośle gruczołowate.** (*Revue hebd. de Laryng. d' Otol. et de Rhin.* 1899). Że nie zawsze w przypadkach wyrośli gruczołowatych znajdujemy znamienne cechy tej choroby jak *»facies adenoidien«* i t. d. dowodzą 3, przez autora przytoczone przypadki, w których oddychanie odbywało się prawidłowo przez nos i charczenia we śnie nie było. Dziedziczność w kierunku gruźlicy, mowa niedźwięczna, nieznaczne krwioplucie w jednym, niewątpliwe dziedziczne obciążenie, chorowity wygląd, krwioplucie i krwawienia nosowe w drugim przypadku nasuwały na myśl gruźlicę krtani, względnie płuc; trzeci przypadek dotyczył 50 letniej kobiety, cierpiącej od przeszło 20 lat na głuchotę i częste krwawienia z nosa. We wszystkich tych przypadkach przyczyną objawów klinicznych były wyrośle gruczołowate w jamie nosogardłowej, po których usunięciu nastąpiło zupełne wyleczenie. *Spira.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mydło tytoniowe poleca Marcuse (*Therap. Monatshefte* 1899, Nr. 12) jako środek mający zastąpić dotychczas używane środki przeciwświerzbowe. Mydło tytoniowe posiada barwę ciemnobrunatną i woń olejku bergamotowego. Mydło to składa się z 5% siarki wydzielonej (Sulf. praecip.) i 90% mydła, zawierającego nadmiar tłuszczu. Cegiełka tego mydła zawiera około 0·4 g. nikotyny. Mydło to stosowali już dawniej Mentzel, Tänzer z dobrym wynikiem w pokrzywce, w łupieżu potnym, w liszaju wyłysiającym i t. d., a autor zachęcony wynikami poprzedników zastosował ten środek w świerzbie. Zdaniem jego mydło tytoniowe jest cennym środkiem w leczeniu świerzba, w stosowaniu o wiele przyjemniejszym, aniżeli środki dawniejsze, a nadto stosunkowo tanim. *Dr. Ig. L.*

Ichthoform jestto połączenie aldehydu kwasu mrówkowego z ichtyolem. Związek ten, nierozpuszczalny w wodzie, przewyższać ma według Aufrechta pod względem działania przeciwgnilnego jodoform i pokrewne mu środki; nadaje się także do użytku wewnętrznego i wskazany jest w zapaleniach otrzewnej, w nieżycie jelit gruźliczym i we wszystkich stanach, połączonych z nadmiernem gniciem w jelitach. Podanie ichtoformu bardzo znacznie zmniejszyło wydzielanie kwasu etereosiarkowego w moczu, jak również wywołało zniknięcie indykanu, który się pojawiał w wielkiej bardzo ilości u chorego na przewlekły nieżyt jelit; podawano dziennie 4 g. ichtoformu w postaci zawiesiny w mleku. (*Therap. Monatschft.* 1899 Nr. 12.) *Dr. Ig. L.*

Larginum. Związek ten niszczy dwoinki rzeżączkowe (gonokoki), nie działając zresztą na błonę śluzową, a stosuje się go w rozczynie ¼—1% do wstrzykiwań; wstrzyknięty płyn należy zatrzymać w cewce przez 5—30 minut. Stark stosował ten środek ze skutkiem bardzo dobrym. (*Monatshefte für prakt. Dermatologie* 1899, XXVIII). *Dr. I. L.*

Amyloform, przedstawiający się w postaci białego, bezwonnego proszku, poleca Longard jako dobry środek na rany, zastępujący jodoform. Amyloform jest związkiem skrobi z aldehydem kwasu mrówkowego; nierozpuszcza się w rozczynnikach, wytrzymuje bez rozkładu + 180°C. Ta jego własność dozwala wyjaławiać w parze wodnej bez szkody napojoną nim gazę opatrunkową. Według L. okazał się amyloform w 300 różnych przypadkach chirurgicznych cennym środkiem przeciwgnilnym, przyczyniającym się wielce do oczyszczania ran i tworzenia się ziarniny. Również dobrze służy do tamponady w postaci 10% gazy amyloformowej. (*Wiener klinische Rundschau* Nr. 49, 1899). *Dr. I. L.*

Acoinum. Wstrzykiwania podspojówkowe są bardzo bolesne, a znieczulenie kokainą lub holokainą działa tylko podczas wstrzykiwania, natomiast występuje ból później, gdy kokaina działać przestanie. Wśród nowych środków znieczulających odznacza się akoina przedewszystkiem tem, iż znieczulenie zapomocą niej trwa długo. Pierwsze wiadomości o akoinie ogłosił Darier (*La Clinique Ophthalmique* 1899) opisując między innemi kilka przypadków znieczulenia akoiną przed wstrzyknięciem podspojówkowem rozczynu sinku rtęciowego; wstrzyknięcia były niebolesne. R. Brundell sprawdził (*The Lancet*, 1899), iż wstrzyknięcie mięszaniny rozczynu sinku rtęciowego (1:1000) z rozczynem akoiny (1:1000) nie sprawiało zupełnie bólu, nawet wówczas, gdy z powodu swej siły wywoływało obrzmienie spojówki gałki ocznej (chemosis) lub nawet obrzmienie powiek. Idąc za przykładem Dariera używał B. jako rozczynnika dla obu związków (akoiny i $(CN)_2Hg$) wyjałowionego rozczynu soli kuchennej. Rozczyn akoiny, przechowany w miejscu ciemnem, utrzymuje się bez rozkładu. Akoina jest również środkiem przeciwgnilnym. (*Wien. med. Presse* 1900 Nr. 2). *Dr. I. L.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następujący list otwarty:

Wobec krótkiej wzmianki, zamieszczonej w protokółach z posiedzeń Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej (*Nr. 15 Przeglądu lekarskiego*), a dotyczącej pokrycia deficytu, popełnionego przez pisarza Izby Karola Engelmanna, pozwalam sobie złożyć następujące dodatkowe wyjaśnienie.

Jako zastępca członka Izby lekarskiej wstąpiłem do Wydziału dopiero z końcem ubiegłego trzechlecia Izby w parę miesięcy po śmierci byłego skarbnika ś. p. Prof. Obalińskiego i zastałem wówczas stan taki, że pisarz Izby wykonywał prawo odbierania wkładek i pokrywania wydatków Izby. W tych warunkach powierzenie urzędu skarbnika ograniczyło się do wręczenia mi przez Przewodniczącego funduszów, złożonych na książeczkach Tow. zaliczkowego w Krakowie, których odbiór własnoręcznie poświadczyłem. Wszelkie rachunki zaś i kasę bieżącą, nie zdane mi, prowadził nadal, jak poprzednio, pisarz Izby, który przez cały ciąg drugiego trzechlecia Izby systematycznie defraudował drobne kwoty pod formą wkładek wpływające, jak świadczą jego własne zeznania, złożone w prokuratoryi państwa.

To też po rozważeniu wzajemnem powyższych okoliczności przy pierwszem widzeniu się, zobowiązał się p. Przewodniczący do pokrycia deficytu w równych częściach ze mną, tak, że bezzwłocznie po obliczeniu wysokości zdefraudowanej kwoty zakończyliśmy tę istotnie przykrą sprawę. *Doc. Dr. A. Bossowski.*

— Podanie lekarzy pomocniczych szpitala św. Łazarza do Wydziału krajowego opiewa:

Wiadomo powszechnie i zapewne Wysoki Wydział krajowy w zupełności uznaje, że stosunki materyalne lekarzy w naszym kraju z dnia na dzień się pogarszają, tak, że może po upływie lat kilku da się uczuć dotkliwie brak lekarzy z tego powodu, że frekwencya na wydziale lekarskim z każdym rokiem się zmniejsza. Rząd uznał,

że tak, jak było dotąd, dalej być nie może; chcąc choć w części wynagrodzić krzywdę stanowi lekarskiemu wyrządzaną, podniósł płacę asystentów uniwersyteckich bez względu na ich rangę i przedłużył im czas służby. Wobec tego postąpienia rządu należałoby się spodziewać, że władze krajowe nie pozostaną w tyle i zaprowadzą odpowiednie reformy. Tymczasem norma płac lekarzy szpitalnych, uchwalona przed kilkudziesięciu laty, a dla dzisiejszych stosunków zupełnie nieodpowiednia, dotąd nie została zmieniona, i lekarze naprożno wyczekują, aż wydział krajowy podejmie inicyatywę w tym kierunku. Już od lat kilku niezadowolenie z panujących stosunków wyrażało się w kilkakrotnych petycyach do Wydziału krajowego, ale dotąd niestety bez żadnego skutku. Dlatego zebrani w dniu 6 kwietnia b. r. wszyscy lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza uchwalili jednogłośnie prosić wydział krajowy o przyznanie następujących postulatów: 1) Sekundaryusze winni być ustanowieni z pomiędzy praktykantów za porządkiem bez jakichkolwiek wyjątków na przeciąg lat czterech z wykluczeniem dotychczasowego przedłużania sekundaryatu po pierwszem dwuleciu. 2) Płaca sekundaryuszów winna wynosić co namniej 1.400 koron rocznie, podobnie jak płaca asystentów uniwersyteckich. 3) Podział sekundaryszów na klasy winien być zniesiony bez względu na to, czy dany lekarz jest żonaty, czy nie. 4) Praktykanci szpitala po roku wzorowej praktyki bezpłatnej winni bez wyjątku otrzymać remuneracyę w kwocie co najmniej 600 koron rocznie. 5) Asystenci uniwersyteccy mogą być równocześnie praktykantami szpitala ze wszystkiemi ich prawami, jednak pod tym warunkiem, jeżeli udowodnią, że zajęcia ich pozaszpitalne nie przeszkadzają im w ścisłem wykonywaniu wszystkich obowiązków na równi z praktykantami.

Słuszność powyższych żądań szczegółowego uzasadnienia chyba nie potrzebuje, jeżeli się uwzględni, że liczba chorych, a z nią i praca w ostatnich kilku latach gwałtownie wzrosła, tak że lekarze pomocniczy nie mogą zajmować się praktyką prywatną, o którą zresztą bardzo trudno wobec znacznej liczby lekarzy w Krakowie. Temu przypisać należy, że z roku na rok młodzi lekarze, nie mogąc utrzymać się w Krakowie, wyjeżdżać muszą bezpośrednio po ukończeniu studyów na prowincyę, co ani dla szpitala, ani dla kraju nie jest pożądanem. Podpisani przeto wyrażają nadzieję, że Wydział krajowy raczy się do powyższych żądań przychylić, tem bardziej, że w razie niezałatwienia naszych postulatów do dnia 1 maja b. r., wszyscy lekarze pomocniczy byliby zmuszeni zaprzestać pracy w szpitalu. (*Podpisy*).

Wobec tego, że dawniejsze starania lekarzy pomocniczych szpitali krajowych o poprawę bytu nie odniosły skutku i że obecnie warunki ekonomiczne wogóle znacznie się pogorszyły, są finansowe żądania, wymienione w powyższem podaniu, zupełnie usprawiedliwione.

— Mór nie tylko nie przestaje szerzyć się coraz groźniej w istniejących już ogniskach, ale także ciągle pojawia się w coraz nowych. W Oporto wprawdzie już zupełnie wygasł, ale teraz dopiero rozchodzi się wiadomość, że istniało przez czas jakiś (listopad—grudzień r. z.) drugie ognisko w okolicach nam względnie bliskich, mianowicie w okręgu krasnojarskim gubernii astrachańskiej, gdzie zmarło 59 osób (kirgizów) i gdzie zaraza również już jest stłumioną. W Ameryce zdarzyły się przypadki moru w Brazylii (Rio de Janeiro, Santos, Sao Paolo), w Paragwaju (Asuncion) i w Argentynii, a 24 marca b. r. zmarło 3 chińczyków z moru w San Francisco. W Afryce były przypadki dżumy w końcu lutego w Adenie, natomiast zdaje się, że w Mozambiku i na Madagaskarze mór już wygasł. Niedawno wybuchł mór w Australii; dalej spostrzegano go w Nowej Kaledonii, w Honolulu i na Filipinach. W Azyi stwierdzono nowe ogniska w Yemenie (Turcyi azyatyckiej) i w Japonii. Najbardziej sroży się mór w swej ojczyźnie, w Indyach, gdzie nasilenie zarazy znów gwałtownie wzrasta. W Bombaju zachorowało w styczniu 2324, zmarło 1621, natomiast w lutym zachorowało 2944, zmarło 2437 osób; w Kalkucie w drugim tygodniu lutego zmarło 199, w trzecim 261, w czwartym 441 zadżumionych, w obwodzie Patna w tymsamym czasie 966, 1441 i 1382.

Zastósowanie przetworów chemicznych, w szczególności połączeń kwasu fluorowego do konserwowania środków spożywczych. (Orzeczenie najwyższej rady zdrowia wedle referatu prof. Dr. Grubera. *Das österreichische Sanitäts esen* 1900, Nr. 2, 4, 5).

Przy konserwowaniu środków spożywczych zapomocą przetworów chemicznych nietylko wykluczyć należy stosowanie przetworów, mogących już w małych dawkach działać szkoliwie, lecz uwzględnić należy, że takie środki spożywać mogą i to nieraz w większych ilościach, jakoteż dłuższy czas dzieci, względnie ludzie starzy, schorzali, na których ustrój zaprawienie środków tych przetworami chemicznymi, wprawdzie silnie nie działającymi, a nawet dla zdrowych dorosłych obojętnymi, — może przecież wywrzeć wpływ szkodliwy. Przypuściwszy wreszcie, że te przetwory chemiczne mogłyby być nawet w dużych dawkach używane bez szkody dla ustroju, to jednak zastósowanie ich do konserwowania środków spożywczych jest o tyle szkodliwe, że zmniejsza na rzecz ekonomicznych korzyści wytwórcy i kupca, udzieloną spożywcy ochronę przed niebezpieczeństwem narażenia swego zdrowia. Łatwo rozkładające się środki spożywcze powinny być otrzymywane i przechowywane z największą czystością i starannością, jeżeli bez dodania środków przeciwgnilnych mają pewien czas pozostać nierozłożone i zdatne do obrotu handlowego; skoro zaś raz zaczną się artykuły te psuć, to w zwyczajnych warunkach sprawa ta posuwa się tak szybko i dochodzi do tego stopnia, że spożywca lub kupiec już przez zmianę zewnętrznych własności dostrzedz może rozpoczynający się rozkład. Otóż środek konserwujący, zastósowany w początkowym okresie rozkładu, wstrzymuje dalszą sprawę rozkładową; wówczas zaś środek spożywczy utrzymuje się w stanie znośnym, nadając się na pozór do użytku, mimo iż istoty szkodliwe, trujące, wytworzyły się w nim w takiej ilości, że w rzeczywistości stał się on w wysokim stopniu dla ustroju szkodliwy i spożywanie jego powinno być zakazane.

Najwyższa rada zdrowia orzeka więc, iż dodawanie środków konserwujących, choćby tak niewinnych, jak kwas będźwinowy i jego sole, których zażywanie do 30 gramów dziennie nawet dłuższy czas ustrój bez widoczniejszej szkody znosi, powinno być wzbronione, gdyż przez taki dodatek z jednej strony unika niesumienny wytwórca lub kupiec czystości w przechowywaniu środków spożywczych, z drugiej zaś strony rozkładać się zaczynające, względnie zanieczyszczone środki spożywcze dają się utrzymać w stanie pozornie dobrym. Taksamo orzeka najwyższa rada zdrowia co do stosowania kwasu salicylowego, kwasu borowego, fluorowodu i jego soli. Rozpuszczalne sole kwasu fluorowego działają silnie przeciwgnilnie względem bakteryi, a w szczególności względem spraw fermentacyjnych. Tej własności, jakoteż okoliczności, iż sole te zupełnie prawie nie wpływają na drożdże wyskokowe, zawdzięczają sole kwasu fluorowego coraz większe zastósowanie w gorzelniach. Badania Tappeinera, Loewa Arthusa i Hubera wykazały, iż nawet słabe (bo 0·2%) rozczyny fluorków wpływają zabójczo nie tylko na niższe ustroje jak *algae*, *diatomaceae*, lecz działają także szkodliwie na wyższe zwierzęce ustroje. Przy zastosowaniu podskórnem wynosi dawka śmiertelna fluorku sodu 0·15 — 0·2 grama na kilogram zwierzęcia, — przy podawaniu wewnętrznem około 0·5 grama na kilogram. Przewlekłe zatrucie skutkiem dłuższego podawania małych dawek fluorków zdaje nie istnieje. Najwyższa rada zdrowia nietylko bezwarunkowo wzbrania używania fluorków jako środków konserwujących mięso, kiełbasy, mleko, masło, soki, owoce, marmolady, lecz sprzeciwia się także używaniu środka tego do konserwowania wina i octu; wyjątkowo tylko zezwoliłby można na przepłokiwanie beczek z dodatkiem fluorków, i to tylko po złożeniu odpowiedniej deklaracyi.

Już w r. 1894 wykazała najwyższa rada zdrowia, że także i formaldehyd nie jest odpowiednim do konserwowania środków spożywczych, gdyż pod wpływem formaldehydu mięso twardnieje, białko i żółtko jaj się zmienia, ziemniaki marszczą się i twardnieją, mleko zmienia smak i zapach, a jego istoty białkowate stają się w kwasach nierozpuszczalne.

Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych handlu i sprawiedliwości z d. 15 grudnia 1899 zezwala na sporządzanie konserw jarzynowych z zawartością najwyżej 55 miligramów miedzi w kilogramie konserw. *Dr. Bolesław Komorowski.*

* * *

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 19 kwietnia.

* Posiedzenie Tow. lek. krak., zapowiedziane na środę 18. b. m. nie odbyło się dla braku kompletu i zostało odłożone na następną środę 25. b. m.

— Otrzymujemy następujący list otwarty:

Szanowny Kolego Redaktorze! Na moje wyjaśnienie z Nr. 14. „Przeglądu“, jakiem powinno być zapatrywanie współczesnego lekarza na stosunek przepisów higienicznych do szerzenia się gruźlicy, odpowiada prof. Domański, że niepodobna ze mną polemizować, gdyż . . . opuściłem z jego zdania trzy wyrazy Ja sądzę, że niema tu poco polemizować. Bo kto powiedział, że „rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie

tyle w słowach i w przestrzeganiu przepisów higienicznych, ile w poprawie stosunków ekonomicznych" (przytaczam zdanie prof. Domańskiego podkreślając trzy opuszczone poprzednio wyrazy), ten bądź co bądź niedocenia rzeczy tak niezmiernie ważnej, jak wpływ zarazka; czyż lekarz, zajmujący dziś takie stanowisko, może polemizować w tej sprawie? Z poważaniem *O. Bujwid.*

* Redakcya Pamiętnika „Towarzystwa lekarskiego warszawskiego" odzywa się za naszem pośrednictwem do wszystkich autorów prac lekarskich, drukowanych czy to odrębnie, czy jako odbitki z czasopism, z usilną prośbą, aby zechcieli przesyłać po egzemplarzu swoich prac pod adresem Redaktora „Pamiętnika", kol. St. Kamieńskiego, Warszawa, Chmielna 35, w celu streszczenia ich w „Przeglądzie piśmiennictwa lek. polskiego", wydawanego corocznie przez „Pamiętnik".

Z naszej strony odezwę tę jaknajgoręcej popieramy, zwracając uwagę kolegów, pracujących na polu piśmiennictwa lekarskiego, że znakomicie redagowany „Przegląd piśmiennictwa", zawierający całoroczną sumę naszego dorobku naukowego, stał się obecnie nieodzowną pomocą dla wszystkich piszących, a nie lekceważących literatury swojskiej. Zaniedbując tak łatwej do wykonania rzeczy, jak wysłanie egzemplarza pracy swej Redakcyi „Pamiętnika", wyrządziłoby się szkodę przedewszystkiem gronu pracujących piórem, do którego przecież także się należy.

* Sejm galicyjski uchwalił utworzyć w r. 1900 dalszą seryę okręgów sanitarnych: w Chocimierzu, Chorostkowie, Cisnej, Knihyninie, Lipnicy murowanej, Łyścu, Majdanie, Mikulińcach, Mrzygłodzie, Niżankowicach, Osieku, Rajtarowicach, Ryglicach i Toustem.

Szpitalowi w Gorlicach uchwalono nadać charakter szpitala powszechnego i publicznego.

* Pracownie dla badań nad dżumą utworzono obecnie według wskazówek urzędu kanclerskiego niemieckiego nietylko w uniwersyteckich zakładach higienicznych (Bonn, Wrocław, Getynga, Gryfia, Halle, Kiel, Królewiec, Marburg) i w zakładzie dla chorób zakaźnych w Berlinie, ale także w samoistnym zakładzie higienicznym w Poznaniu.

* Prezydyum Namiestnictwa we Lwowie ogłasza konkurs na trzy posady lekarzy rządowych. Warunki konkursu podajemy w części inseratowej „Przeglądu".

* Wiadomość o konkursie na posady lekarza kwarantany i lekarza kobiety w Suezie, pomieszczoną w N. 10. „Przeglądu", uzupełnić należy następującymi jeszcze szczegółami. Do podań, skierowanych do „Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire" w Suezie, należy załączyć: 1) oryginał lub autoryzowaną kopię dyplomu doktorskiego, 2) świadectwo zdrowia, 3) zobowiązanie objęcia posady w ciągu jednego miesiąca po urzędowem zamianowaniu. Nadto do podania o posadę lekarza (mężczyzny) dołączyć należy świadectwo studyów bakteryologicznych i epidemiologicznych, w podaniach zaś wymienić należy wiek kandydata i języki, jakimi kandydat lub kandydatka władają. Wreszcie ostrzega Rada sanitarna, że posadę można porzucić tylko za trzechmiesięcznem wypowiedzeniem. Płaca wynosząca z początku 22 funty (= 572 franków), z biegiem czasu wzrasta do 28 f. (516 fr.) miesięcznie. Termin wnoszenia podań upływa 30 kwietnia b. r.

W sprawie tej otrzymujemy od kol. J. Batki z Suezu obszerny list z wyjaśnieniami dla tych, którzyby o posady te starać się zamierzali. Posada lekarza jest do objęcia nie w Suezie, ale przy źródłach Mojżesza (40 min. parowcem od Suezu) w charakterze dyrektora stacyi kwarantanowej, w której otrzymuje on mieszkanie (4 pokoje i kuchnia), a ma obowiązek dozorować osoby, poddane kwarantanie i odkażać przepływające okręty (obecnie w ciągu kwartału około 2000 osób). Lekarz ten za swe czynności jest odpowiedzialny przed Radą sanitarną. Żywność trzeba sprowadzać z Suezu. Upały w lecie dochodzą czasem do 44° C. Znajomość języka francuskiego (jako urzędowego) niezbędna, bez angielskiego również prawie obejść się nie można. Wogóle według kol. Batki, aby wytrzymać na tej posadzie, „trzeba umieć bakteryologię, znać dobrze francuzczyznę, mieć zdrowe nerwy i być miłośnikiem pustelniczego życia". Lekarz-kobieta ma zadanie badać kobiety na przepływających okrętach co do stanu ich zdrowia; posada ta jest zdaniem kol. Batki wcale nie złą. W końcu ostrzega kol. Batko przed podawaniem się o posadę w samym Suezie, na którą wkrótce rozpisany będzie konkurs, gdyż posada ta z góry przeznaczoną jest dla Anglika.

* Zarząd rządowych kolei rosyjskich zamierza zaprowadzić osobne wozy dla chorych, złożone z 3 odrębnych oddziałów: dla zwykłych chorych, dla zakaźnych i dla obłąkanych.

* Crothers, zajmując się zbieraniem statystyki alkoholizmu i morfinizmu, stwierdził, że wśród 3414 lekarzy w Stanach Zjednoczonych 6—10% jest morfinistami.

* D. Z. Moraczewska ordynować będzie w r. b. w Franzensbadzie.

Sprostowanie. W wyciągu z pracy J. Wolffa w No. 15. „Przeglądu" str. 212, łam lewy, należy czytać w w. 36, 39, 50 i 54 od góry rectotomia zamiast rectostomia.

Mianowani: Doc. F. Göppert nadzw. profesorem anatomii w Getyndze, Doc. R. Kimla tytul. profesorem anatomii patol. na czeskim wydziale lek. w Pradze, Doc. Nikolski z Kijowa nadzw. profesorem dermatologii w Warszawie, Dr. Franciszek Kijewski ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Wolskim w Warszawie.

Nekrologia. Ś. p. Dr. Ignacy Janowski, o którego śmierci doniósł „Przegląd" w Nrze 15, urodził się w r. 1841 w Petersburgu. Początkowo rozpoczął Wydział prawniczy; jednak rok 1863 przerwał te studya. Wzięty do niewoli został ś. p. Janowski zesłany na Sybir, skąd, jako francuski poddany został, ale dopiero po 5-ciu latach, uwolniony. Wróciwszy do kraju wstąpił na Wydział lekarski w Krakowie, po czem został asystentem kliniki okulistycznej Prof. Rydla. Wstąpiwszy w r. 1872 do służby rządowej, jako lekarz choleryczny w Podwołoczyskach, został później mianowany lekarzem powiatowym w Skałacie. W r. 1881 przeniesiony do Drohobycza, pracował tutaj wytrwale przez lat 18, szanowany powszechnie dla prawego charakteru, ukochany przez ludność dla swej bezinteresowności w niesieniu pomocy ubogim, a zawsze żywo odczuwający i popierający sprawy społeczne i narodowe. Cześć Jego pamięci! Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 15: F. Rabczewski: Trzy przypadki wbicia się na pal. J. Wygodski: Profilaktyka gorączki połogowej. J. Czajkowski: O patogenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. (dok.). *Medycyna* Nr. 15: Dr. L. E. Bregman: Ostre zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego i histerya. F. Arnstein: O leczeniu balneoterapeutycznem otyłości ze szczególnem uwzględnieniem leczenia otyłości w Ciechocinku. J. Majkowski: Wyniki badania nowych źródeł wody mineralnej Buskiej. *Nowiny lekarskie* Zesz. 8: Dr. J. Zanietowski: O nowszych metodach elektroterapeutycznych i elektrodyagnostycznych (c. d). *Kronika lekarska* Zesz. 7. K. Niedzielski: O znieczuleniu miejscowem według metody Schleicha.

Redakcya otrzymała. L. Dydyński: Wiąd rdzenia u dzieci Odb. z „Gazety lekarskiej" 1899. — W. Orłowski: K' woprosu o baktericidnich .... swojstwach urotropina. Rozprawa doktorska. Petersburg 1900. — D. J. Latkowski: Über den Einfluss des Marienbader Wassers auf die Thätigkeit des Magens. Odb z „Wiener kl. Wochs." 1899. — Dr. J. Latkowski: Przewodnik po Maryenbadzie i okolicy. Kraków 1900. — Dr. Fr. E. Fronczak: On the resuscitation of apparently dead newborn by Laborde's method. Odb. z „The Philadelphia med. Journ." 1900. — Annual Report of the Erie Country Penitentiary for 1899. Buffalo N. Y. 1900 (zawiera sprawozdanie lekarskie Dr. F. E. Fronczaka).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 25 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. St. Dobrowolski omówi „Trzy przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, wykonane w roku szkolnym bieżącym w krakowskiej klinice położniczej", a kol. M. Nartowski wygłosi wykład p. t. „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 28 Kwietnia 1900. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki chorób nerwowych radcy dworu prof. Krafft-Ebinga i z pracowni prof. Obersteinera w Wiedniu.**

Przyczynek do sprawy rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem (*Polyneuritis alcoholica* [1]).

Podał

Dr. Henryk Halban

asystent kliniki.

W ostatnich kilku latach miałem sposobność badać ośrodkowy układ nerwowy i nerwy obwodowe w 3, śmiercią zakończonych, przypadkach *Polyneuritis alcoholica* (zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokowego) z kliniki prof. Krafft-Ebinga. Z jednej strony niejednakowe wyniki dotychczasowych badań, z drugiej strony przekonanie, że każdy przypadek, acz niedużo, zawsze jednak choć trochę może przyczynić się do wyjaśnienia zawikłanych stosunków anatomicznych w *Polyneuritis alcoholica*, spowodowały mnie, aby ten przyczynek dorzucić do ogólnego zbioru prac, zwłaszcza, że w jednym z moich przypadków znalazłem ciekawe zmiany w sznurach tylnych, trudne do wytłómaczenia.

Spostrzeżenie I.

Kobieta lat 43. Od lat wielu pijaczka. Choroba zaczęła się w sierpniu 1898 r. zawrotami głowy i niedowładem kończyn dolnych. Stan obecny 13. VIII. 1898. Ogólne wychudzenie, siła ruchowa dolnych kończyn osłabiona coraz bardziej ku obwodowi, odruchy kolanowe zniesione. Psychoza Korsakowa. Śmierć 21. VIII. 1898. Wyraźne ale niezbyt rozległe zmiany w nerwach obwodowych, ujemny wynik badania w układzie nerwowym ośrodkowym.

Maryę W., 43 l., zarobnicę, przyprowadzono dnia 12. VIII. 1898 na klinikę chorób umysłowych. Policyjno-lekarski wywód oględzin, na mocy którego chorą przyjęto, podaje, że chora jest nałogową pijaczką od lat wielu i że od 8 dni leży. Według podania towarzyszki, mieszkającej z nią razem, bredzi, a mianowicie ma się jej zdawać, że widzi całe mnóstwo mężczyzn, odgrażających się jej, a choć sama nie przeczy, że to mógł być sen, jednak i na jawie jest podrażniona obawą powrotu tych mężczyzn. Dalsze wywiady podała chora sama, gdyż od czasu do czasu dawała jeszcze w szpitalu rozumne odpowiedzi. Otóż sama przyznaje się, że dużo piła w swojem życiu i to nietylko piwo i wino, ale także i wódkę w większej ilości, jako też herbatę z rumem Przed 2 laty miała silne bóle w obu nogach i rękach, wskutek czego z trudnością tylko chodziła, a każdy ruch był bolesny.

Stan obecny d. 13. VIII. 98. Chora średniego wzrostu, wątła, bardzo wychudzona. Czaszka krzywicza. Źrenice nieco zwężone, oddziaływują prawidłowo na światło i zbieżność. Dno oka prawidłowe. Lekkie drżenie języka i palców. Siła ruchowa górnych kończyn przy zginaniu i wyprostowaniu w łokciu i nadgarstku nie zmniejszona, taksamo, o ile można zbadać, przy ruchach w kolanie, jednak zgięcie stopy ku podudziu w stawie skokowym jest zniesione. Chora nie może się sama na nogach utrzymać, a podtrzymywana wlecze za sobą powoli nogi, które się często w kolanach uginają. Odruchów kolanowych nie można wywołać. Nerwy i mięśnie kończyn dolnych za uciskiem niezbyt bolesne. Czucie bez zmian, pobudliwość mięśni na prąd stały i przerywany osłabiona przy drażnieniu pośredniem i bezpośredniem. Odczynu zwyrodnienia niema. Ogólny stan narządów wewnętrznych prawidłowy. Ciepłota ciała prawidłowa. Stan umysłowy: Chora jest zupełnie apatyczna, twarz jej bez wyrazu; patrzy osłupiałym wzrokiem w dal lub leży z zamrużonemi oczyma. Zapytana podaje, że jest w szpitalu, do do którego sama przyszła bez opieki, dalej, że wczoraj była na przechadzce i wypiła w restauracyi 2 duże szklanki piwa. Podaje, że ma lat 40, ale zaraz się poprawia, że ma tylko 28. Przed paru tygodniami miała być na wsi i odbywać dalsze przechadzki (nieprawdziwie podane); teraz jest chora, a mianowicie na zimnicę. Po kilku minutach zapomina o swej chorobie i twierdzi, że się ubierze i pójdzie się przejść do parku. Od czasu do czasu znów daje rozumne odpowiedzi. Jej inteligencya zdaje się być ograniczona, niedołężne odpowiedzi nie odpowiadają nawet wiedzy szkół ludowych.

15. VIII. Chora podaje, iż wczoraj była w parku (Augarten) na przechadzce, dziś dopiero przyszła do szpitala. Zachowanie się jej niezmienione, leży apatyczna, najczęściej z zamkniętemi oczyma na wznak w łóżku. Nerwy i mięśnie kończyn dolnych za uciskiem nieznacznie bolesne. Rozpoczynająca się odleżyna na krzyżach. Zatrzymanie moczu.

20. VIII. Chora senna, jednak na zapytanie czasem odpowiada. Oddziaływa najbardziej na ucisk nerwu strzałkowego, udowego, szczególniej po stronie prawej. Tętno małe, 120, miękie. Liczba oddechów 24.; na klatce piersiowej nigdzie niema stłumień, w płucach rzężenia. Zatrzymanie moczu. Od 19. VIII. podwyższenie ciepłoty ciała.

21. VIII. rano. Chora bezprzytomna, tętno bardzo szybkie, oddechanie utrudnione, liczba oddechów 13. Lewa strona klatki piersiowej mniej się porusza przy oddechaniu, tamże odgłos wypukowy tępy, oddech oskrzelowy. Ciepłota 40·4. Popołudniu śmierć. Sekcya (18 godzin po śmierci) wykazuje: *Atrophia loborum front. cerebri, tuberculosis chronica apicis pulmonis sin., ulcera tbc. intestini tenuis, cor adiposum, marasmus in indiv. cum neuritide alcoholica.*

Wynik badania drobnowidowego.

Mózg. Korę mózgową badałem sposobem Marchiego i Nissla. Mimo, że wynik sekcyjny pozwalał przypuszczać zmiany w korze mózgowej, jednak nie znalazłem nic nieprawidłowego w częściach przednich i tylnych zwojów środkowych i w płacie czołowym. Na preparatach, sporządzonych sposobem Marchiego, nie można wykazać zaniku włókien stycznych (Tangentialfaserschwund). Wcale udałe zabarwienie komórek piramidalnych (Pyramidenzellen) według Nissla nie wykazuje żadnych zmian. W rdzeniu przedłużonym nie znalazłem również zmian.

Rdzeń badałem na preparatach, barwionych sposobem Marchiego, Nissla, Weigert-Pala, van Giesona, karminem. Ani w komórkach, ani w istocie białej, ani też w korzeniach przednich lub tylnych nie znalazłem nic nieprawidłowego.

Z nerwów badałem: n. udowy (*femoralis*), n. strzałkowy (*peroneus*) przy główce kości strzałkowej; n. strzałkowy skórny (*peroneus superf*), n. łokciowy (*ulnaris*), n. środkowy (*medianus*).

[1]) Praca ta wyjdzie po niemiecku w przyszłym zeszycie »Arbeiten aus dem Institut für Anatomie u. Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Obersteiner«.

Na preparatach skubanych (Zupfpräparate), barwionych kwasem osmowym, widać bardzo wyraźne, choć niezbyt silne zwyrodnienie pni nerwowych kończyn dolnych. N. strzałkowy górny był najbardziej dotknięty. N. łokciowy i środkowy okazują zwyrodnienie nielicznych włókien nerwowych. Preparaty według Marchiego na przekroju poprzecznym i podłużnym, jakoteż skubane, barwione kwasem osmowym i podbarwiane karminem, potwierdzają w zupełności wynik poprzedniego badania.

Klinicznie przedstawia chora obraz psychozy Korsakowa, która jednak różni się od właściwego obrazu tej choroby wybitnem obniżeniem inteligencyi, czego nie można było uważać za upośledzenie pamięci. Podnieść też należy to, że siła ruchowa dolnych kończyn nie bardzo była zmniejszona, a dopiero dzień przed śmiercią były pnie nerwowe bolesne przy ucisku.

Wywiady są jednak niedostateczne, gdyż pochodzą one częścią z wywodu oględzin policyjno-lekarskiego, częścią z urywanych wzmianek chorej, podawanych w stanie na pół przytomnym. Pewnem jest jednak, że chora zaniemogła ciężej conajwięcej na 8 dni przed przyjęciem do szpitala, że więc cały przebieg aż do śmierci nie trwał dłużej, niż 16 dni. Ujemny wynik badania układu nerwowego ośrodkowego odnieść należy w tym przypadku z jednej strony do krótkiego przebiegu choroby, z drugiej zaś do nieznacznych tylko porażeń, które potwierdziło badanie histologiczne nerwów

Spostrzeżenie II.

Mężczyzna lat 35. Od lat 10 nałogowy pijak, był 12 razy w szpitalu z powodu obłędu opilczego *(delirium alcoholicum). Polyneuritis* od r 1896. Od tego czasu kilka nawrotów. Stan obecny dnia 8. IV. 1899: Silna bolesność uciskowa mięśni kończyn dolnych, porażenie palców, stóp i ruchów w stawie skokowym, niedowład w stawie kolanowym i biodrowym; brak odruchów kolanowych. 18. IV objawy ze strony n. przeponowego. 26. IV rano nagły zapad, wieczór śmierć. Znaczne zwyrodnienie nerwów obwodowych kończyn dolnych, wyraźne zmiany w komórkach rogów przednich.

Fryderyk N., lat 35, urzędnik Tow. ubezpieczeń, przeniesiony dnia 7. IV. 99. z III. oddziału chorób wewnętrznych do kliniki chorób umysłowych. Chorego znaliśmy bardzo dobrze, gdyż dwunasty już raz powracał na klinikę z powodu obłędu opilczego. Według podania jego gospodyni miało być w jego rodzinie kilku pijaków. Chory od śmierci ojca, t. j. od 10 lat, wypijał codziennie 2—3 litr. wina i wiele herbaty z rumem, nadto prowadził życie hulaszcze. Pierwszy raz w r. 94. dostał napadu padaczkowego. Kiłę przebył w r. 97.

Pierwszy raz przyjęto go do kliniki w dn. 7. XII. 94. z powodu stanu popadaczkowego, który miał mieć po raz pierwszy. Wszystkie następne pobyty w szpitalu były wskutek obłędu opilczego. Za szóstym razem (kwiecień 96) spostrzeżono po raz pierwszy brak odruchów kolanowych i niedowład kończyn dolnych. Chory skarżył się też wtedy na rwące bóle w obu kolanach. Badanie elektryczne wykazało powolne skurcze w zakresie nn. strzałkowych i goleniowych (*peroneus i tibialis*) przy bezpośredniem drażnieniu.

Za 7mym razem (luty 97) stwierdziliśmy następujący stan: Źrenice równe, oddziaływujące prawidłowo na światło i zbieżność; niedowładu mięśni twarzy niema. Kończyny górne wybitnie słabe, ręce prawie bezsilne, zgięcie grzbietowe niezupełne i bezsilne. W górnych kończynach nie można wykazać żadnych bólów samoistnych, ani też przy ucisku na pnie nerwowe. Czucie na kończynach prawidłowe. Ruchy tułowia utrzymane, choć ociężałe; zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki odchodowej niema. Czucie na tułowiu prawidłowe. Odruchu brzusznego brak. Zdolność płciowa, jak chory twierdzi, utrzymana.

Kończyny dolne: Gdy chory leży, stopa prawa znajduje się w ustawieniu kopytowem. Chory leży przeważnie w łóżku; przy chodzeniu potrzebuje silnego podpierania, gdyż boi się upaść, przyczem zaznacza się wyraźnie chód stembnowy (Steppergang). Bez podtrzymywania chodzi szeroko chodem wyraźnie stembnowym t. j. przy wykroku silnie zgina nogę w stawie biodrowym, podczas gdy podudzie i stopa wiszą wolno. Ten chód jest wybitniejszy po stronie prawej, niż po lewej. Przy badaniu siły mięśni z osobna okazuje się, że wszystkie gromady mięśni są wybitnie osłabione, w ogóle jednak po stronie prawej znaczniej, niż po lewej. Szczególnie zgina chory nogę w kolanie bardzo słabo i prostuje ją również słabo, jednak silniej, niż zgina. Zginanie stopy podeszwowe (Plantarflexion) wykonywa z dość znaczną siłą, zgięcie zaś grzbietowe stopy prawie bez siły. Palce nóg zgina po prawej stronie słabo, po lewej silniej. Stężenia (rigor) nie ma. Piętę lewą do kolana prawego zbliża chory zupełnie dobrze, zaś prawą do lewego z małemi wahaniami tuż przy kolanie (niedowład). Również i przesuwanie palcami nóg po narysowanym krzyżu nie wykazuje bezładu (*ataxia*), tylko nieznaczne nieprawidłowości z powodu niedowładu. Objętość mięśni łydki, szczególniej prawej, badana dotykiem, okazuje się o wiele mniejszą, niż na pozór zapowiada obwód łydki o obfitej podściółce tłuszczowej. Napięcie mięśniowe wogóle małe.

Chory nie miewa obecnie bólów samoistnych. Za uciskiem są mięśnie obu ud bolesne, w jeszcze wyższym stopniu mięśnie lewej łydki, a najbardziej mięśnie łydki prawej. Pnie nerwowe nie są za uciskiem zbyt bolesne. Odruchów kolanowych i stopowych brak, odruch podeszwowy ledwo zaznaczony. Czucie skóry na dotyk, ukłucia igłą i ciepłotę (dmuchanie i chuchanie), dalej poczucie ruchów biernych na kończynach dolnych niezmienione.

Chory opuścił zakład z polepszeniem, tak samo jak przy następnych nawrotach, ale już w listopadzie 97. powrócił w jeszcze opłakańszym stanie. W r. 98. był znów 3 razy w zakładzie leczony. Porażenia już nie ustąpiły.

Dn. 7. IV. 99. przyniesiono go po raz 12. do zakładu, silnie majaczącego. Chory przez dzień następny był przytomny i podaje, że od chwili opuszczenia zakładu dalej oddawał się pijaństwu, że po opuszczeniu zakładu tj. dn. 30. XI. 98. czuł się zupełnie dobrze i dopiero z początkiem marca 99 r. zachorował na osłabienie i bóle w nogach tak że się wkrótce musiał do łóżka położyć; od czasu do czasu miał majaczyć.

Stan układu nerwowego 9. IV. Źrenice, nieco rozszerzone, leniwo oddziaływują na światło, szybko na zbieżność. W zakresie nerwów mózgowych nie ma żadnych zboczeń. Ruchy rąk i palców prawie zupełnie niemożliwe, a ruchy w stawie łokciowym i barkowym bardzo nieznaczne i bezsilne. W kończynach dolnych palce nóg i ruchy w stawach skokowych zupełnie porażone, bardzo zaś znacznie osłabione w stawach kolanowych i biodrowych. Odruchów kolanowych brak. Mięśnie kończyn dolnych wogóle bardzo wiotkie, bardzo czułe na ucisk. Zboczeń w czuciu nie ma.

Badanie prądem elektrycznym wykazuje:

	Prąd przerywany	Prąd stały
Nerw sprychowy	niepobudliwy	niepobudliwy
mięśnie wyprostne ręki przy drażnieniu	pobudliwość bardzo osłabiona.	po lewej bardzo powolny skurcz, ASZ wybitniejszy niż KaSZ; po prawej powolne skurcze bez odczynu zwyrodnienia.
n. środkowy i łokc.	pobudliwość prawidłowa	szybkie skurcze
zginacze ręki	prawidłowa	po obu stronach powolne skurcze bez odczynu zwyrodnienia.
n. strzałkowy	po obu stronach niepobudliwy.	obustronnie powolne skurcze; KaSZ. >
n. goleniowy	po lewej pobudliwy przy silnym prądzie, po prawej niepobudliwy nawet przy najsilniejszym, jaki chory znosi.	po obu stronach niezbyt szybkie skurcze, po prawej trudniej dające się wywołać, niż po lewej.

	Prąd przerywany	Prąd stały
grupa mięśni n. strzałkowego	po lewej trudno pobudliwe, po prawej przy najsilniejszym prądzie niepobudliw.	po obu stronach powolne skurcze, po prawej powolniejsze, niż po lewej, trudne do wywołania.
mięśnie łydki	po obu stronach pobudliwe bardzo silnymi prądami, po prawej mniej, niż po lewej.	po prawej znacznie trudniej pobudliwe, niż po lewej; po lewej niezbyt szybkie skurcze, po prawej wyraźnie powolniejsze. KaSZ >

Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa zmian. Tętno 120 miarowe, dość małe, ciepłota 39°. Na klatce piersiowej nie ma żadnego nieprawidłowego stłumienia, tylko wysłuchać można drobne rzężenia.

18. IV. Silna duszność, przy każdym wdechu zapadanie się brzucha. 21. IV. Chory znów bezprzytomny, majaczy, silna duszność, nieznaczna sinica, obfite poty, porażenie kończyn i zapadanie się dołka podsercowego przy wdechu, jak dawniej. 25. IV. Zwiększanie się objawów. 26. IV. Zwiększający się zapad, a w nocy śmierć.

Sekcya (10 godz. po śmierci) wykazuje: *Incrassatio meningum et hydrocephalus int. chronicus in potatore; tuberculosis chron. pulmonis utriusque granularis, pleuritis obsoleta dextra, bronchitis purulenta diffusa cum atelectasibus pulmonum, cor adiposum; steatosis hepatis in adipositate universali, degeneratio parenchymatosa viscerum, oedema lig. ary-epiglottici dextri. Polyneuritis alcoholica.*

Wyniki badania drobnowidowego.

Mózg. Preparaty, zrobione według poprzednio wymienionych sposobów, nie wykazały nic nieprawidłowego.

Rdzeń. Preparaty, barwione sposobem Marchiego, Weigert Pala i van Giesona nie wykazały zmian. Inaczej jednak rzecz się ma z preparatami, sporządzonymi sposobem Nissla. Chodziło tu głównie o komórki w rogach przednich. Zupełnie prawidłowe, nieliczne komórki można było znaleść we wszystkich wysokościach, najwięcej w rdzeniu piersiowym, najwybitniejsze jednak zmiany w komórkach były w rdzeniu lędźwiowym tj. w tym odcinku, któremu odpowiadają najbardziej zmienione nerwy obwodowe. Zmiany tyczyły się przeważnie ciałek Nissla i położenia jądra. Prócz tego wiele komórek było zaokrąglonych z zanikłemi wypustkami. Ciałka Nissla nie zachowują swego zwykłego ugrupowania, które zaledwie gdzieniegdzie jest zaznaczone, są małe, bardzo słabo zabarwione, występują bardzo słabo z otaczającego, bezbarwnego podłoża i robią wrażenie drobnoziarnistej masy, która nadaje komórce zabarwienie mętne, prawie jednolite, blado niebieskie. Najlepiej stosunkowo zachowane ciałka Nissla znajdują się naokoło jądra które po największej części nie leży w środku, lecz często na samym obwodzie, tak że jego granice zlewają się z granicami komórki. Uderzającem jest wreszcie silne nagromadzenie barwika w pierwoszczy komórek.

Z nerwów badałem: n. przeponowy w części przebiegającej między opłucną a osierdziem; n. strzałkowy koło główki kości strzałkowej; n. strzałkowy powierzchowny z grzbietu stopy; n. udowy; n. łokciowy w części przebiegającej nad stawem nadgarstkowym. N. strzałkowy powierzchowny uległ największym zmianom. Przeważna część włókien nerwowych była zupełnie zwyrodniała, co najłatwiej można było stwierdzić na przekroju poprzecznym, barwiąc sposobem Marchiego. Trochę mniej był zwyrodniały nerw strzałkowy przy kolanie i łokciowy; tylko niektóre włókna okazywały grudki rdzenne (Markschollen). N. przeponowy niezmieniony.

Wogóle i w tym przypadku odpowiadał kliniczny obraz zmianom w nerwach. Jedynym wyjątkiem był nerw przeponowy. Znaczna duszność, która wystąpiła tydzień przed śmiercią, kazała przypuszczać zmiany w tym nerwie; jednak oczekiwanie to zawiodło. Mimo długiego trwania choroby nie można było w rdzeniu wykazać żadnych zmian, prócz zmian w komórkach, które zaledwie sposobem Nissla wykryć się dały. Dlatego też nic dziwnego, że dawniejsze piśmiennictwo podaje liczne ujemne wyniki badania w rozsianem zapaleniu nerwów *(polyneuritis)*.

Tu należy jeszcze dodać, że w tym przypadku, jak i w pierwszym, mimo istniejącej psychozy nie można było wykazać zmian w mózgu. (c. d. n.)

• • •

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego (Petersburg).

Porównawcze badania nad wartością piperazyny (Schering), lizydyny, uricedyny, urotropiny i dwuwęglanu sodowego w skazie moczanowej.

Podał

Dr. Witold Orłowski

Ordynator kliniki.

Leczenie skazy moczanowej w obecnym stanie wiedzy powinno odpowiadać dwom zadaniom: pierwsze polega na ograniczeniu ilości tworzącego się w ustroju kwasu moczowego, drugie w zwiększeniu jego rozpuszczalności. Pierwsze osiągamy najskuteczniej za pomocą dyetetycznego sposobu leczenia w najszerszem znaczeniu tego wyrazu, drugi cel usiłujemy urzeczywistnić przy pomocy wielkiej liczby nowych leków, które mają własność rozpuszczania złogów kwasu moczowego i tem przyspieszają wydzielenie się jego z ustroju. Do liczby tych ostatnich należą piperazyna, lizydyna, uricedyna, dwuwęglan sodowy i w ostatnich czasach polecona przez Nicolaiera urotropina. Co się tyczy czterech pierwszych środków, to obecnie posiadamy już o nich obszerną literaturę, osobliwie o piperazynie; autorowie poddali badaniu nietylko ich własność rozpuszczania kwasu moczowego i jego złogów, lecz i wpływ tych leków na wymianę materyi wogóle i na ilość kwasu moczowego w moczu w szczególności. Ramy czasopisma tygodniowego nie pozwalają mi przytoczyć w całej rozciągłości wyników, otrzymanych przez różnych autorów i poddać ich szczegółowej krytyce, co zresztą czytelnik znajdzie w mojej obszernej pracy o klinicznem zastósowaniu urotropiny. Tu muszę jednak nadmienić, że wszyscy autorowie bez wyjątku przyznają wodnym roczczynom piperazyny, a osobliwie lizydyny, silne własności rozpuszczania kwasu moczowego; natomiast, co się tyczy tej własności roztczynów tych przetworów w moczu, to zdania są podzielone: jedni z Mendelsohnem na czele twierdzą, że przy obecności nawet niewielkiej ilości moczu lub nieorganicznej soli (NaCl etc.) piperazyna, również i lizydyna, zupełnie tracą na swej własności; drudzy utrzymują, że, jakkolwiek ta własność zmniejsza się, zawsze jednak jest dość znaczną (Gordon etc.). Co się tyczy uricedyny, to wszyscy autorowie jednomyślnie twierdzą, że sama przez się nie jest zdolną rozpuszczać kwas moczowy, lecz po przejściu przez ustrój, według Mendelsohna, Krakauera, Spinedego, nabiera tej własności wskutek tego, że cytrynianowe jej połączenia alkaliczne przechodzą w ustroju w węglany i tem zwiększają zasadowość surowicy krwi i moczu. Nakoniec, co się tyczy urotropiny, to ta według zdania jednych autorów jest bezskuteczną i zaczyna rozpuszczać kwas moczowy tylko po przejściu przez ustrój (Löbisch); inni zaś utrzymują, że ona posiada tę własność tak sama przez się, jak przy dodaniu do moczu, osobliwie zaś w surowicy (Tunnicliffe i Rosenheim). Jednocześnie autorowie przytaczają do opisu każdego z tych

przetworów spostrzeżenia dodatniego ich wpływu w przypadkach skazy moczanowej.

Jak więc widzimy, w sprawie działania wszystkich tych przetworów w dnie panuje zupełna niezgodność zapatrywań. To się tłómaczy po pierwsze tem, że autorowie często nie odróżniają wpływu tych przetworów przy złogach kwasu moczowego w drogach moczowych od wartości ich w tychże złogach, lecz złożonych gdzieindziej w ustroju, naprz. w stawach. W samej rzeczy, już Mendelsohn wyjaśnił, że wszystkie środki proponowane, jako rozpuszczające kwas moczowy, tracą tę własność w obec moczu. Nie mówiąc już o tem, że niektóre z nich, naprz. piperazyna, rozkładają się częściowo w ustroju; fakt ten, mojem zdaniem, zależy od tego, że każdy z tych środków, przechodząc do moczu, znajduje w nim sporą ilość kwasu i jako zasada, podlega tu przedewszystkiem prawu Berthollетta, a więc najpierw wstępuje w związki chemiczne z chlorkiem, kwasem siarkowym i fosforowym, a następnie z kwasem moczowym; wskutek tego tylko bardzo nieznaczna ilość jego wytwarza łatwo rozpuszczalną sól kwasu moczowego. Będąc więc bezskutecznym w złogach kwasu moczowego w narządzie moczowym, środek ten jednak może mieć dodatnie działanie w tych złogach, gdy się znajdują np. w stawach lub innych narządach ustroju. Powtóre przeważna liczba autorów nie prowadziła porównawczych badań nad wymienionymi lekami, lecz o względnej ich wartości sądzi z doświadczeń innych autorów; podobna ocena jest mylną, jeśli sobie uprzytomnimy, że mniejsza lub większa zawartość w moczu kwasów i soli wpływa niewątpliwie na rozpuszczające kwas moczowy w moczu własności leku. To też przeprowadzenie podobnych badań na zupełnie jednorodnym materyale wydaje mi się bardzo pożądanem dla wyjaśnienia skuteczności wymienionych przetworów w skazie moczanowej.

Badania swoje prowadziłem przy t° 37,5° C z 0,5% rozczynami w wodzie i w moczu, pochodzącym od zupełnie zdrowych osobników. Okazało się, że z 0,5 grm. czystego kwasu moczowego, dodanego do 100 sz. ctm. 0,5% wodnego rozczynu środków badanych, po upływie 5 godzin przy 37,5° C do rozczynu przechodzi w uricedynie przeciętnie 0,025, w urotropinie 0,088, w sodzie 0,294, w piperazynie 0,405, w lizydynie (dodano 1 grm. kwasu moczowego) 0,9076 grm. kwasu moczowego wtenczas, gdy w 100 ctm. wody przekroplonej tylko 0,0078; po upływie zaś doby w uricedynie 0,0266, w urotropinie 0,09, w sodzie 0,295, w piperazynie 0,4934, w lizydynie 0,978, w wodzie 0,008 grm. Przy doświadczenisch z 0,5% rozczynami środków w moczu okazało się, że po 5 godzinach przy 37,5° C w 100 sz. ctm. lizydyny rozpuszcza się z 0,5 grm. kwasu moczowego przeciętnie 0,101, w piperazynie 0,043 grm. kwasu moczowego; w sodzie, uricedynie i urotropinie kwas moczowy nie tylko nie rozpuszczał się, lecz owszem — strącał się z moczu, w sodzie osad kwasu moczowego zwiększał się o 0,0095, w uricedynie o 0,031 grm., w 100 sz. ctm. czystego moczu o 0,042. Ztąd widzimy, że badane środki można ustawić w następującym porządku, zaczynając od silniej działających: lizydyna, piperazyna, soda, urotropina i uricedyna. Lecz ten porządek ma znaczenie naturalnie tylko dla zupełnie analogicznych rozczynów i zewnątrz ustroju, ponieważ niektóre z badanych środków podlegają w ustroju zmianom; naprz. po zażyciu 2 grm. piperazyny tylko 0,3 grm. jej wydziela się w stanie niezmienionym w moczu, więc tylko te 0,3 grm. mogą wstępować w związki z kwasem moczowym.

Po tych doświadczeniach przeszedłem do badań nad wartością tych przetworów w samym ustroju. Tu postępowałem w ten sposób, że u zupełnie zdrowych osobników zbierałem dobową ilość moczu i określałem, ile w 100 sz. ctm. przy 37,5° C rozpuści się w ciągu 5 godzin kwasu moczowego, sztucznie dodanego do moczu w ilości 0,5 grm.; potem zadawałem 1,5 grm. tego lub innego środka i znów powtarzałem poprzednie manipulacye. Przytoczę najpierw kilka doświadczeń z urotropiną:

Tablica 1.

NN. doświadczeń	Trwanie doświadczenia	W 100 sz. cm. moczu, wziętego z dobowej ilości, dodano 0·5 grm. czystego kwasu moczowego; po ukończeniu doświadczenia przy 37, 5 °C.	Ilość kwasu moczowego w moczu na dobę; (określono sposobem Hopkinsa).	Uwagi szczególne.
I	5 godz.	+ 0,035 grm.	1,08 grm.	Bez lekarstw: kontrolne doświadczenie.
	„	— 0,171 „	1,11 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
II	5 godz.	+ 0,032 grm.	1,2 grm.	Kontrolne doświadczenie.
	„	— 0,104 „	1,048 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
III	5 godz.	+ 0,027 grm.	1,115 grm.	Kontrolne doświadczenie.
	„	— 0,168 „	1,12 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
IV	5 godz.	+ 0,018 grm.	0,988 grm.	Kontrolne doświadczeuie.
	24 „	— 0,169 „	0,983 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.

+ i następująca liczba oznaczają, ile kwasu moczowego strąciło się z moczu; — ile kwasu moczowego z dodanej jego ilości 0,5 grm. rozpuściło się.

Dalsze doświadczenia wykazały, że urotropina po przejściu przez ustrój znacznie wzmaga się w swej własności rozpuszczania kwasu moczowego w moczu.

Po tych spostrzeżeniach postanowiłem zbadać, jaki wpływ wywiera urotropina na ilość wolnego kwasu moczowego. Jak wiadomo, E. Pfeiffer pierwszy wykazał, że przy przesączaniu moczu przez sączek, poprószony kwasem moczowym, kwas ten strąca się z moczu, wskutek czego waga sączka zwiększa się; u osobników zdrowych ilość wydzielającego się tak zwanego wolnego kwasu moczowego nie przewyższa 35% ilości jego, określonej sposobem Heintza, przy skazie zaś moczanowej może osiadać nawet wszystek kwas moczowy. Ten sam stosunek Pfeiffer przypuszcza u dnawych i we krwi. Naturalnie te leki, które zmniejszają ilość wolnego kwasu moczowego, będą pożyteczne przy skazie moczanowej, jako utrzymujące większą ilość kwasu moczowego w rozczynie. Rzeczywiście alkaliczne wody mineralne, które cieszą się ogólnem uznaniem w dnie (artrytyzmie), według badań Posnera i Goldenberga nie tylko sprowadzają do zera ilość wolnego kwasu moczowego, lecz nawet jeszcze rozpuszczają kwas moczowy z sączka. Toż samo ja otrzymałem w swych doświadczeniach z urotropiną; niestety, badania te były przeprowadzone tylko na zdrowych osobnikach (wskutek braku odpowiednich chorych). Przytoczę dwa z tych doświadczeń:

Tablica II.

NN. doświadczeń.	Przy przesączaniu 100 sz. ctm. moczu z dobowej jego ilości przez 0,5 grm. czystego kwasu moczowego przy 37, 5°C	To samo przez 0,2 grm. kwasu moczowego	Ilość kwasu moczowego w moczu na dobę; (określono sposobem Hopkinsa).	Uwagi szczególne
I	+ 0,02 grm.	+ 0,018	0,995 grm.	Bez lekarstw: kontrolne doświadczenie
	— 0,138 „	— 0,1174	0,993 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
II	+ 0,0305 grm	+ 0,028	1,098 „	Kontrolne doświadczenie.
	- 0,102 grm.	— 0,099	1,072 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.

Widzimy więc, że rozpuszczające kwas moczowy własności urotropiny po zażyciu jej zwiększają się, ilość wolnego kwasu moczowego nie tylko zmniejsza się, lecz nawet następuje rozpuszczanie się kwasu moczowego z sączka.

Ponieważ, jak widzieliśmy, urotropina sama przez się posiada bardzo niewielkie własności rozpuszczające względem kwasu moczowego, tracąc przytem znacznie na swej sile wobec moczu, więc przytoczone wyżej fakta mogą być wytłómaczone tylko z punktu widzenia zmian urotropiny w ustroju. Na innem miejscu już dowiodłem, że urotropina w ustroju częściowo rozkłada się i daje aldehyd kwasu mrówkowego, który, jak wykazał Löbisch i Pott, Weber i Tollens tworzy z kwasem moczowym bardzo łatwo rozpuszczalne związki; te związki są bardzo niestałe, jak twierdzą Weber i Tollens, co i sam spostrzegłem przy swych doświadczeniach. Tem właśnie odszczepianiem się formaldehydu należy tłómaczyć mojem zdaniem znaczne wzmocnienie, kwas moczowy rozpuszczających własności urotropiny po przejściu przez ustrój.

Co się tyczy reszty badanych przezemnie przetworów, to moje doświadczenia, aczkolwiek nieliczne, wykazały, że wpływ ich w dawce 1,5 grm., a uricedyny nawet 4,5 grm., sody 5 grm., na ilość wolnego kwasu moczowego i rozpuszczalność jego w moczu po zażyciu tych środków, jest tak słaby, że niemoże być brany pod uwagę przy tłómaczeniu dodatniego ich wpływu przy złogach kwasu moczowego w narządzie moczowym; dla zrozumienia sposobu ich działania w tych przypadkach należy szukać innego objaśnienia. Na dowód tego przytoczę jedno z moich doświadczeń:

Tablica III.

Uwagi szczególne	W 100 sz. ctm. moczu wziętego z dobowej ilości dodano 0,5 grm. czystego kwasu moczowego; po 5 godz. przy 37,5° C	Przy przesączaniu 100 sz. ctm. moczu z dobowej jego ilości, przy 37, 5° C. przez 0,5 grm. czystego kwasu moczowego.	To samo przez 0,2 grm. kwasu moczowego.	Ilość kwasu moczowego w moczu za dobę; określono sposobem Hopkinsa.
Kontrolne doświadczenie.	+ 0,035 grm.	+ 0,037	+ 0,0382	1,22 grm.
Po zażyciu 4,5 grm. uricedyny	+ 0,027 „	+ 0,031	+ 0,026	0,997 „
Po zażyciu 5 grm. natr. bic.	+ 0,024 „	+ 0,035	+ 0,032	0,898 „
Po zażyciu 1,5 grm. piperaz.	+ 0,0344 „	+ 0,034	+ 0,0356	0,984 „
Po zażyciu 1,5 grm. lizydyny.	— 0,0188 „	— 0,0193	— 0,0212	0,987 „

Nie mając sposobności zbadania działania wzmiankowanych leków u dnawych (artrytyków), postanowiłem doświadczeniami na zwierzętach rozstrzygnąć, czy są w stanie te przetwory rozpuścić w ustroju sztucznie wywołane złogi kwasu moczowego, a także przeszkodzić ich powstawaniu. Wszystkie te doświadczenia przeprowadziłem na gołębiach; używałem sposobu Ebsteina, tj. wstrzykiwaniami podskórnemi chromku potasowego w dawce 0,005 dziennie wywoływałem u nich ostre zapalenie nerek miąższowe (nephritis parenchymatosa acuta), wskutek czego kwas moczowy przeładowywał krew i wszystkie soki w ustroju i potem odkładał się na surowiczych błonach w postaci moczanu sodowego. Gołębie zwykle ginęły na 4—5 dzień. Jednocześnie z podskórnymi zastrzykiwaniami zadawałem innym gołębiom ten lub inny środek w dawce 0,25—0,5 codzień *per os* lub pod skórę; tylko uricedynę zadawałem w dawce 1 grm. Po śmierci gołębi robiłem sekcyę i jeżeli przytem nie dostrzegłem gołem okiem złogów moczanu sodowego, przygotowywałem w odpowiedni sposób preparaty z serca, wątroby i innych narządów i szukałem kwasu moczowego pod drobnowidem za pomocą próby mureksydowej. Wszystkich doświadczeń wykonałem 31. Okazało się, że żaden z tych środków nie jest w stanie ani przeszkodzić powstaniu, ani rozpuścić już wytworzonych przedtem złogów kwasu moczowego; tylko piperazyna okazała się skuteczną, lecz i przy jej stosowaniu znajdowałem zawsze złogi w drogach moczowych. Co prawda, ujemne wyniki otrzymane z uricedyną i urotropiną jeszcze nie mają decydującego znaczenia, ponieważ mogą zależeć od tego, że obydwa te środki nie zdołają przejść w chorym ustroju, jaki przedstawiały moje gołębie, swych zwykłych przemian, dzięki którym zyskują własność rozpuszczania kwasu moczowego.

Nie mam zamiaru utożsamiać zjawisk, które spostrzegałem u gołębi, ze skazą moczanową, lecz doświadczenia moje mają zdaniem mojem znaczenie, wskazując, że niektóre środki (piperazyna) mogą posiadać własność rozpuszczania kwasu moczowego nietylko w próbówce, lecz i w ustroju, zatem w daleko zawilszych warunkach. Bardzo możebne, że tej własności nie tracą one i w ustroju ludzkim względem złogów kwasu moczowego, znajdujących się nie w narządzie moczowym, ale w stawach i gdzieindziej. Z tego punktu widzenia byłyby zrozumiałymi liczne przypadki znacznego polepszenia w przebiegu miejscowych dnawych zjawisk, które spostrzegano po wpływem piperazyny.

Na podstawie wszystkich moich doświadczeń dochodzę do następujących wniosków:

1) Urotropina w rozczynach wodnych i sztucznie dodana do moczu przy 37,5°C. ma tylko nieznaczną zdolność rozpuszczania kwasu moczowego.

3) Urotropina, zażyta wewnątrz, zwiększa własność moczu rozpuszczania kwasu moczowego.

4) Działanie to zawdzięcza urotropina odszczepianiu się od niej w ustroju formaldehydu.

5) Związki formaldehydu z kwasem moczowym łatwo rozkładają się przy różnych manipulacyach.

6) W wodnych rozczynach przy 37,5°C. najsilniejszą własność rozpuszczania kwasu moczowego okazuje lizydyna, potem piperazyna, dwuwęglan sody, urotropina i uricedyna.

7) Piperazyna, dwuwęglan sody, uricedyna, również jak i urotropina, sztucznie dodane do moczu, nie wpływają na rozpuszczalność w nim kwasu moczowego.

8) Lizydyna, piperazyna, dwuwęglan sody i uricedyna, zadawane wewnętrznie, nie zwiększają rozpuszczalności kwasu moczowego w moczu i nie zmniejszają w moczu ilości wolnego kwasu moczowego.

9) Piperazyna przeszkadza powstaniu w ustroju ptaków złogów kwasu moczowego i rozpuszcza już przedtem wytworzone, nie wpływając zresztą na złogi w drogach moczowych.

10) Lizydyna, dwuwęglan sody, uricedyna i urotropina są pod tym względem zupełnie bezskuteczne.

Literatura.

1) Nicolaier. Ueber die therap. Verwendung des Hexamethylentetramin. Centralbl. f. die med. Wiss. 1894. N. 51. — 2) Nicolaier. Ueber die therap. Verwend. d. Urotropins. D. m. W. 1895. N. 36. — 3) Mendelsohn. Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösung bei gicht. Ablager. u. bei Concret. in den Harnwegen. Deut. med. Woch. 1895. N. 18. — 4) Gordon. A contribution to the study of piperazine. The Brit. Med. Journal. 1894. 16/VI. — 5) Mendelsohn. Zur Therapie der harnsauren Diathese. 1895. — 6) Krakauer. Die Gicht in ihren verschiedenen Formen etc. 1899. 2. Auflage. — 7) Spinedi. Die harnsaure Diathese und das Uricedin Stroschein. 1899. — 8) Löbisch. Bericht d. wissenschaftl. Aerztetages. in Innsbruck. Wien. kl. Woch. 1898. N. 12. — 9) Tunnicliffe und Rosenheim. Piperidin asa uric-acid solvant. The Lancet. 1898. 28/VII. — 10) E. Pfeiffer. Ueber Harnsäure und Gicht. Berl. kl. Wochenschr. 1892. — 11) Posner und Goldenberg. Zur Auflösung harnsaurer Concretionen. Zeits. f. kl. Medicin. 1888. B. XIII. Heft. — 12) Weber, Pott und Tollens. Ueber Verbindungen von Formaldehyd und Harnsäure. Bericht d. deut. chem. Gesellsch. 1897. Bd. XXX. S. 2514. — 13) Weber und Tollens. Ueber die Einwirkung von Formaldehyd auf Harnsäure. Liebigs Annal. d. Chem. 1898 Bd. 299. S. 340—346.

Wykaz całej odnośnej literatury znajdzie czytelnik w mojej rozprawie doktoryzacyjnej: »O bakteryobójczych i rozpuszczających kwas moczowy własnościach urotropiny i jej leczniczem zastosowaniu w nieżytach pęcherza moczowego.« (Petersburg 1900 r., po rossyjsku).

III. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

VI—VII. Dwa przypadki powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo?

(Dokończenie).

VII. Dnia 10 IV. 1897 zawezwał Józef Stec, lat 60 liczący, zagrodnik w Woli kosmowej, Macieja Tomaszka, orzącego opodal do siebie. Wszedłszy następnie razem z nim do swej chaty, wskazał mu na ciepłe jeszcze zwłoki swej żony Katarzyny, liczącej lat 70, leżące na łóżku. Na stosowne zapytania Tomaszka opowiedział mu Stec, iż żona jego czuła się zrana słabą i prosiła go, aby on w przyległej kuchni ugotował śniadanie. Stosownie do jej życzenia miał się Stec oddalić z izby sypialnej, zostawiając żonę w łóżku. W pół godziny potem wrócił Stec napowrót do izby, niosąc śniadanie dla żony i oto oczom jego miał się przedstawić następujący widok: U żerdzi, zwisającej wzdłuż łóżka na 140 ctm. ponad posłaniem, przeznaczonej do zawieszania odzieży, była w części żerdzi, odpowiadającej nogom człowieka leżącego w łóżku, zawieszoną chustka perkalowa, używana do owiązywania głowy; dwa końce tej chustki miały obejmować żerdkę i miały być tuż ponad nią związane podwójnym węzłem babskim. Zwisająca część chustki, formująca rodzaj pętli, miała być szeroko rozpostartą, a w niej miała spoczywać szyja powieszonej Katarzyny, której nogi miały się częściowo opierać o posłanie. Ułożenie wiszących zwłok miało być półklęczące. Na wiadomość o nagłej śmierci Stecowej zeszli się w chacie Steca córki i zięciowie zmarłej z jej pierwszego małżeństwa i tu wyrazili swe przypuszczenia, iż zapewne ojczym matkę ich udusił, a to ze złości, iż przed sąsiadami wydała jego ostatnią kradzież. Z tego powodu przyszło nawet między Stecem a jednym z zięciów denatki do utarczki, w czasie której Stec, nie okazujący do tej chwili żadnych obrażeń, doznał dość licznych lekkich uszkodzeń ciała, między innemi niepowikłanego złamania dwóch żeber. Stec wypierał się tak przed świadkami, jak i przed żandarmem wszelkiej winy, zeznał natomiast, iż poprzedniego dnia pobił żonę pięścią i wypchnął ją z domu. — Śledztwo sądowe wykazało, że Stec bywał dla swej żony rubasznym i nieraz z nią się sprzeczał. Stecowa zaś była chorą, miała bowiem w okolicy lewej pachwiny przetokę kałową, a to od czasu, gdy ją przed laty miał własny jej mąż w to miejsce ugodzić rynką żelazną. Ani w przeddzień swej śmierci, ani przedtem, nie objawiała Stecowa przed córkami i zięciami myśli samobójczych. Córki denatki wyraziły swe przypuszczenia, iż matkę pozbawił życia własny jej mąż, opierając się z jednej strony na poprzednio wspomnianym fakcie, iż matka ich nigdy zamiarów samobójczych nie wyjawiała, z drugiej strony na tem, że nikt z świadków nie widział wiszących zwłok, albowiem Stec miał je zdjąć i położyć na łóżku jeszcze przed wezwaniem Tomaszka do chaty. Zdaniem córek i zięciów Stec udusił ich matkę na łóżku, za czem zdaniem ich przemawiała stwierdzona przez nich obecność ludzkiego kału na łóżku z boku zwłok, a nie między ich nogami. Dnia 16 IV. 1897 wykonano oględziny i sekcyę zwłok Katarzyny Stecowej, a protokół odnośny opiewa:

Zewnętrznie: 1) Zwłoki kobiety lat około 70 mieć mogącej, 1 m. 75 ctm. wysokie, miernie odżywione, wychudzone, odległość od szyi do kolan wynosi 94 ctm. 2) Na czole w okolicy gładyszki widać starcie przyskórka wielkości ziarna maku, na policzku lewym starcie przyskórka wielkości ziarna soczewicy strupem pokryte; przy przegrodzie nosowej po stronie lewej starcie przyskórka wielkości ziarna prosa strupem pokryte, na skrzydle nosowem lewem starcie przyskórka $1^1/_2$ ctm. długie, $^1/_3$ ctm. szerokie; na brodzie plamka czerwona wielkości ziarna soczewicy, powierzchowna. 3) Na skórze szyi od przodu z boków i na karku jednostajna plama sinoróżowa; takie same plamy są na plecach, na odnogach dolnych, jako objawy pośmiertne. 4) Na przedramieniu lewem podbiegnięcie krwi w skórze 2 ctm. długie, $^1/_2$ ctm. szerokie. 5) Na grzbiecie ręki lewej w pobliżu palca średniego widać zadraśnięcie 1 ctm. długie, w postaci rysy; na grzbiecie ręki prawej widać na przestrzeni 2 ctm. długiej 4 punktowate zadraśnięcia skóry zastrupione, wielkości ziarn prosa; na plecach po stronie prawej są 2 sińce krwią podbiegnięte, jeden wielkości ziarna soczewicy, drugi wielkości półcentówki. 6) Brzuch wydęty, pokryty plamą zieloną, pośmiertną. 7) W okolicy pachwinowej lewej widać tuż niedaleko kości łonowej wrzód jątrzący, podminowany. 8) Zewnętrznie na szyi od przodu nie widać żadnych starć.

Wewnętrznie: 9) Po rozcięciu skóry na głowie widać przekrwienie w ogłowiu. 10) Po odpiłowaniu czaszki, takowa jest gruba i nigdzie nie pęknięta. 11) Jamy mózgowe przekrwione, z zatok żylnych mózgowych wypływa obfita ilość krwi płynnej, ciemno-wiśniowej. 12) Mózg różowo zabarwiony, na przekroju okazuje liczne krople krwawe przekrwienia żylnego. 13) Po rozcięciu skóry na szyi nie widać nigdzie żadnych wybroczyn krwawych; gruczoły tarczykowe (!?) po obu stronach przerosłe, jako wole wielkości średnich jabłek. 14) Po rozcięciu krtani i tchawicy widać na błonie śluzowej tejże miazgę białawą, po zeskrobaniu której okazuje się błona śluzowa tchawicy mocno przekrwiona. 15) Po zdjęciu mostka widać w okolicy czwar-

tego żebra lewego silne przekrwienie i podbiegnięcie krwawe, przebiegające pod opłucną wzdłuż czwartego i piątego żebra lewego ku tyłowi. 16) Żebro czwarte lewe jest w odległości 1 ctm. od chrząstki żebrowej na zewnątrz złamane. 17) Płuca po otwarciu klatki piersiowej się nie zapadają, są na brzegach płatów wydęte, w tylnej stronie klatki piersiowej poprzyrastane do żeber; płuca na przekroju dość blade, wydzielają płyn pienisty, w tylnych częściach zaś są przekrwione silnie. 18) W lewej komórce serca znajduje się nieco krwi płynnej, ciemno-wiśniowej, komórka prawa jest próżna. 19) W żołądku znajduje się nieco śladów pokarmowych białych, takich samych, jak w krtani znaleźliśmy. 20) Kiszki cienkie i grube są pomiędzy sobą w wielu miejscach pozrastane wskutek dawno przebytego zapalenia otrzewnej. 21) Pętla jelita cienkiego jest w okolicy pachwinowej lewej w miejscu, gdzie zewnętrznie znaleźliśmy wrzód jątrzący, pod 7 opisany, — przyrośnięta do ściany brzusznej i komunikuje na zewnątrz z tym wrzodem zapomocą otworu, przez który wydobywa się treść kałowa z jelita. 22) Wątroba jest muszkatołowa na przekroju. 23) Śledziona i nerki prawidłowe. 24) Pęcherz moczowy próżny.

Orzeczenie.

Najbliższą przyczyną śmierci Katarzyny jest nagłe przerwanie przystępu powietrza do płuc, które nastąpiło wskutek silnego ugniecenia klatki piersiowej przez osobę drugą, przyczem i żebro złamane zostało; śmierć denatki nastąpiła więc z uduszenia, za czem przemawia krew płynna, ciemno-wiśniowa i balonowate wydęcie płuc, oraz przekrwienie błony śluzowej tchawicy i mózgu.

Wielkie jest prawdopodobieństwo, że śmierć nastąpiła wskutek gniecenia klatki piersiowej, nie zaś wskutek powieszenia, dlatego też możebnem jest, że denatka była już po śmierci powieszoną za szyję.

Ślady starć i sińców znalezione na ciele świadczą, że przed śmiercią denatka szamotała się z osobą drugą.

Ślady zapalenia otrzewnej, jakoteż i nienaturalny otwór ujściowy kiszki cienkiej, są objawem dawnego cierpienia, które przyczyniło się do ogólnego osłabienia denatki, a w pewnej części także do łatwiejszego sprowadzenia jej śmierci.

Ze względu na ważność przypadku sąd odniósł się do Wydziału lekarskiego o zdanie.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1) Obecność w ustroju denatki ciemnej, płynnej krwi dowodzi, iż Katarzyna Stecowa zmarła śmiercią nagłą, z uwagi zaś, że sekcya nie wykazała żadnych zmian takich, do których możnaby odnieść przyczynę tej nagłej śmierci, oraz z uwagi, że obok obecności ciemnej i płynnej krwi znaleziono narządy wewnętrzne, w szczególności mózg i jego opony w krew nader zasobne, należy przyjąć, iż Stecowa zmarła śmiercią nagłą z uduszenia.

2) Co do sposobu uduszenia, to ze stanowiska sądowo-lekarskiego nie przemawia nic przeciwko podaniu obwinionego, iż uduszenie to było wywołane powieszeniem. Wprawdzie nie znaleziono przy sekcyi na szyi denatki śladu powieszenia, tj. tak zwanej brózdy wisielczej, jednak jest wiadomem, iż brózda taka nie wytwarza się wcale na powłokach szyi, jeżeli pętla wisielcza, jak to w danym przypadku miało mieć miejsce, jest sporządzona z miękiej i szeroko rozpostartej chustki, zwłaszcza jeżeli zwłoki wcześnie z pętli zostaną zdjęte.

Niema podstawy do przypuszczenia, iż denatkę powiesił jej mąż, gdyż doświadczenie lekarskie poucza, iż morderstwo przez powieszenie możliwem jest tylko w wyjątkowych okolicznościach, a w każdym razie wywołaćby musiało szereg obrażeń tak na zamordowanej osobie, jako też i na sprawcy, jako ślady walki i obrony. Zeznania zaś świadków wykazują, iż obwiniony między chwilą śmierci żony a jego pobiciem przez zięcia denatki nie okazywał żadnych obrażeń. Co się zaś tyczy obrażeń, stwierdzonych na ciele denatki, to są one tego rodzaju, iż obecność ich nie dowodzi wcale powieszenia denatki ręką zbrodniczą.

4) Z zupełną stanowczością można wykluczyć śmierć z uduszenia przez ugniecenie klatki piersiowej, gdyż ugniecenie takie, aby śmierć przez uduszenie sprowadzić mogło, musiałoby wywołać u osoby w podeszłym wieku z kruchemi i łatwo łamliwemi kośćmi złamanie całego szeregu żeber, a nie złamanie niepowikłane tylko jednego żebra.

5) Wogóle nie przemawia nic przeciw przypuszczeniu, iż obrażenia znalezione na ciele denatki powstały na krótki czas przed jej śmiercią, być może wśród bójki z mężem, o której tenże wspominał. Obrażenia te każde z osobna, oraz łącznie wzięte, stanowią lekkie uszkodzenie ciała z 2 tygodnie trwającem naruszeniem zdrowia.

6) Co się tyczy pytania, jakie znaczenie ma znalezienie kału ludzkiego na łóżku, Wydział zaznacza, że nie przedstawia ono nic charakterystycznego dla żadnego rodzaju śmierci, gdyż w agonii niejednokrotnie można zauważyć mimowolne oddanie kału, w danym zaś przypadku tem łatwiej, ile że denatka była dotknięta przetoką kałową, z której kał mógł się każdej chwili swobodnie wydobywać.

Sumiennie przeprowadzoną sekcyę zwłok w pierwszym przypadku, bardzo dokładny i ściśle przedmiotowy wywód oględzin uwieńczyło trafne i zgodne z stanem nauki orzeczenie obducentów, które też Wydział lekarski w zdaniu swem potwierdził w całej osnowie. A nie był to przypadek zbyt łatwy do oceny, ile że nie brakło ubocznych okoliczności, które zdolne były mniej wprawnych znawców skłonić do innego, mniej usprawiedliwionego a dla obwinionego niekorzystnego orzeczenia. Jeżeli bowiem prokuratorya państwa dopatrywała się w dwóch tych szczegółach, jak 1) braku igliwia na ubraniu denatki i 2) braku zwalania podeszew jej pończoch, dowodów popełnionej zbrodni, to szczegóły te mogły tak owładnąć umysłem znawców, iż mogli się oświadczyć za przypuszczeniem zbrodni. Obducenci jednak nie zadowolnili się i nie poprzestali tylko na tych szczegółach przy ocenie przypadku, lecz wzięli pod rozwagę równocześnie wynik dokładnych swych poszukiwań przy sekcyi oraz doświadczenie naukowe. W ten sposób pojmując swe zadanie, doszli do jedynie trafnego w danym przypadku rozpoznania, a zarazem złożyli dowód, iż są znawcami sumiennymi w badaniu, krytycznymi i biegłymi w sądach.

Z wielkiem uznaniem podnieść wypada wstrzemięźliwość w rozpoznaniu powieszenia, o którem wyrażają się znawcy tylko z wszelkiem prawdopodobieństwem, jako o przyczynie śmierci. Pod tym względem nie dali się oni uwieść szczegółom stwierdzonym przy sekcyi, jak siatkowatemu nastrzykaniu naczyń w powierzchownych warstwach skóry szyi w miejscu bruzdy (które zdaniem Schulza[1]) przemawia za powstaniem bruzdy za życia, jeżli się znajdzie w bladych zresztą i nie przekrwionych opadowo powłokach), lub też wynaczynionkom w bruździe i na tylnej powierzchni gruczołu tarczykowego, gdyż zmiany te w istocie nie stanowią jeszcze dowodu uciśnięcia szyi, wywartego pętlą za życia, tem samem dowodu powieszenia człowieka za życia. Brak wreszcie wykazalnych śladów jakiegokolwiekbądź gwałtu,

---

[1]) *Vierteljahrschr. f. gericht. Med.* 1896. Tom XI i XII.

zadanego ręką drugiej osoby, podyktował znawcom całkiem słusznie oświadczenie się za samobójstwem.

Mniej szczęśliwymi, a raczej mniej krytycznymi, byli rzeczoznawcy obducenci w drugim powyżej podanym przypadku powieszenia. Brak bruzdy na szyi denatki wstrzymuje ich od przypuszczenia powieszenia za życia, złamanie zaś jednego żebra u podeszłej wiekiem osoby skłania ich do oświadczenia się za uduszeniem zbrodniczem przez uciśnięcie klatki piersiowej. Temu niefortunnemu tłómaczeniu przyczyny śmierci słuszną daje odprawę orzeczenie Wydziału lekarskiego. Jeżeli bowiem przeciw przypuszczeniu powieszenia zdawał się przemawiać brak bruzdy wisielczej na szyi denatki, to tylko pozornie, gdyż wiadomo, że bruzda może być niedostrzegalną i nie istnieć wcale, jeźli pętla wisielcza była z materyału miękiego, była szeroka, jeźli zwłoki nie zwisały całym, lecz tylko częścią swego ciężaru, wskutek częściowego podparcia nóg, kolan itd. i wreszcie, jeźli zwłoki wisiały tylko przez krótki przeciąg czasu. Gdy w rzeczonym przypadku wszystkie te okoliczności miały mieć miejsce, zwłoki denatki bowiem miały wisieć na szeroko na szyi rozpostartej miękiej chustce i miały stopami dotykać posłania łóżka, wreszcie miały wisieć conajwyżej przez pół godziny, przeto nie można było spodziewać się istnienia bruzdy na szyi, a choć w braku bruzdy nie było żadnych innych danych do przypuszczenia powieszenia, to jednak z drugiej strony nie były żadnych danych do zaprzeczenia podaniom obwinionego, iż denatkę znalazł wiszącą nad łóżkiem. Przypuszczenie powieszenia łączyło się w dalszym ciągu z przypuszczeniem samobójstwa, albowiem brak obrażeń na ciele denatki i obwinionego, któreby przemawiały za gwałtem i stawianym mu oporem, nie dawał podstawy do przyjęcia zbrodni. Stwierdzone zaś przy sekcyi złamanie jednego żebra nie wystarczało przez wzgląd na podeszły wiek denatki a wskutek tego i na istniejącą w tych razach kruchość kości wogóle, tem samem i żeber, do przypuszczenia kolankowania i śmierci z ugniecenia, t. j. unieruchomienia klatki piersiowej.

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.

O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał
Dr. Stanisław Dobrowolski, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.).

(Ciąg dalszy).

Krwawienia szyjki, jak już zaznaczyłem, nieodpowiednio leczone, mogą być źródłem znacznych krwotoków, a zależnie od wysokości pęknięcia szyi będą to krwotoki albo wyłącznie zewnętrzne, albo też zewnętrzne i wewnętrzne. Jeżeli pęknie tylko dolny odcinek szyi, natenczas krew musi spływać ku dołowi. Jeżeli zaś w pęknięciu bierze udział i odcinek szyjki powyżej sklepień umieszczony, wtedy prócz krwotoku zewnętrznego nastąpi wylew krwi także w tkankę omaciczną i da powód do wytworzenia się krwiaka międzyblaszkowego. Przeoczone pęknięcie szyjki może dać również powód do krwotoków poporodowych późnych, a to w ten sposób, że zaraz po porodzie skrzepy mogą zatkać światło przedartych naczyń, skrzepy te jednak łatwo mogą się usunąć i wtedy musi z otwartych naczyń powstać krwotok w późniejszych okresach połogu. Przed kilku miesiącami spostrzegałem w klinice krwotok, powstały w godzinę po porodzie, a miał on swe źródło jedynie w pęknięciu szyjki.

Nie przy każdem jednak pęknięciu szyjki, a nawet nie przy każdem jej przecięciu musi być znaczniejsze krwawienie, a zależeć to będzie od tego, ile i jakie gałązki naczyniowe będą naruszone. Na dowód przytoczyć mogę przypadek, który spostrzegałem w klinice jeszcze jako student w roku 1895/6. Odnosi się on do przypadku drgawek porodowych u wieloródki J. K. l. 27 liczącej. l. p. k. 240. U tej chorej dla ukończenia porodu kleszczami wysokiemi rozcięto wysoko szyjkę według Dührssena; bezpośrednio po rozcięciu szyjki założono kleszcze i urodzono płód. Krwawienia, mimo tak wysokich zranień szyjki, nie było żadnego.

Przy rozległych nawet zranieniach szyi może nie być również znaczniejszego krwotoku, a to tylko z tego powodu, że w pochwie tworzą się duże skrzepy, które na sposób tamponów ugniatają zranienie szyjki i w ten sposób wstrzymują dalsze krwawienie.

Pęknięcia szyjki, jak z powyższego zestawienia statystycznego wynika, częściej przydarzają się u wieloródek, rzadziej u pierwiastek. Objaw ten odnieść należy do tego, że u wieloródek częściej w ogóle dokonywa się zabiegów operacyjnych przy porodach, zwłaszcza obrotów, prócz tego wręby i blizny po naddarciach z poprzednich porodów usposabiają do wysokich pęknięć szyi.

Dalsze krwotoki, zależne od urazu porodowego, będą to krwotoki z pochwy. Zdarzają się one dosyć często, zwykle jednak nie dają powodu do zbyt obfitych, a zwłaszcza zbyt gwałtownych krwotoków. Krew, wylewająca się z pęknięć pochwy, może albo dostawać się na zewnątrz, albo dostaje się między tkanki i daje powód do powstania krwiaków pochwowych *(thrombus vaginae).* W jakich warunkach i jak często się one przydarzają, to najlepiej powie zestawienie VI.

Tablica VI.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
Rok 1893/4.				
9	17	I	kleszcze nizkie	
57	21	I	pomoc ręczna	
Rok 1894/5.				
33	32	I	obrót	
57	32	I	kleszcze wysokie	
125	27	I	kleszcze nizkie	
133	28	II	pomoc ręczna	
Rok 1895/6.				
12	21	I	kleszcze nizkie	
40	17	I		
72	27	I	kleszcze nizkie	
82	18	I		
84	21	I		
120	30	I	kleszcze wysokie wymóżdżenie	
199	20	I		

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
38	21	I	kleszcze nizkie	
287	30	I	kleszcze wysokie	
339	28	I		
346	22	I		
			Rok 1896/7.	
5	19	I		
65	23	I	wymóżdżenie	
162	20	I	kleszcze nizkie	
169	21	I		
190	22	I		
191	23	II		
197	25	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
198	23	I		
212	32	I		
246	24	VI		żylaki w pochwie
285	29	I		
			Rok 1897/8.	
20	23	I	kleszcze nizkie	
42	22	I		
53	23	I	obrót	
129	28	I	kleszcze nizkie	
135	26	I	wymóżdżenie	
235	39	VII	kleszcze wysokie	
			Rok 1898/9.	
133	24	VI		
140	32	I		
183	30	I		
199	35	III	wymóżdżenie	
237	27	I		
241	31	II	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
			Rok 1899.	
11	29	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	

W zestawieniu tem przedewszystkiem uderza to, że przedarcie pochwy najczęściej przydarza się u pierwiastek, gdzie pochwa jest wązka, a zwłaszcza u pierwiastek starszych, gdzie prócz wązkości pochwy istnieje również znaczna jej niepodatność. Porody operacyjne u pierwiastek usposabiają także do pęknięć pochwy, to zupełnie jest jasnem, gdyż i poród operacyjny nie może postępować tak wolno i tak łagodnie, jak poród fizyologiczny; ściany pochwy nie mają więc ani czasu, ani sposobności przystósować się odpowiednio do warunków. Jako dosyć ciekawy czynnik przyczynowy pęknięcia pochwy przytoczę przypadek, który wydarzył się przed kilku dniami w klinice. Odnosi się on do chorej l. p. k. (27) 84 z r. 1900, u której nowotwór trąbki wyłuszczano drogą jamy brzusznej. Ponieważ guz trąbkowy był wklinowany do miednicy małej obok macicy w 3. miesiącu ciąży, postanowiono unieść treść miednicy małej przez założenie balona do pochwy. Założono też z uwagi, że była to kobieta, która już trzy razy rodziła, a obecnie była również w ciąży, kolpeurynter o pojemności 600 grm., nie przypuszczając, by dla kolpeuryntera wypełnionego rozpulchniona ciążą pochwa odpowiednio nie rozciągnęła się. Skoro po operacyi usunięto kolpeurynter, zauważono dosyć silne krwawienie z części rodnych. Badaniem stwierdzono, że pochodzi ono ze znacznego naddarcia bocznej ściany pochwy, zajmującego całą jej długość.

Najczęściej pęknięcia pochwy przydarzają się po kleszczach i to tak nizkich, w statystyce klinicznej 8 razy, jak i wysokich — 7 razy; z kolei idzie wymóżdżenie — 4 razy, obroty i wydobycie płodu — 4 razy. Po porodach fizyologicznych notowano pęknięcie pochwy w statystyce klinicznej 19 razy.

Jako źródło krwawień przedstawię w dwóch zestawieniach VII. i VIII. krwawienia, powstałe wskutek pęknięcia żylaków sromu i przedsionka, jakoteż krwawienia z okolicy łechtaczki i okolicy ujścia cewki moczowej. Tablica VII przedstawia krwawienia z żylaków, tablica zaś VIII z reszty wymienionych miejsc. Obie te gromady zwykle łatwe są do rozpoznania i leczenia, gdyż dostęp do nich jest bardzo łatwy; chodzi tylko o to, aby o nich zawsze pamiętać, a wtedy rozchylenie warg i oczyszczenie sromu wystarczy do odnalezienia źródła krwotoku.

Tablica VII.

Rok 1893/4.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
			Rok 1894/5.	
35	22	I		
107	22	I		
			Rok 1895/6.	
117	22	I		
190	33	II		
210	18	I		
			Rok 1896/7.	
134	34	V	obrót	
152	24	I	obrót	
			Rok 1897/8.	
			Rok 1898/9.	
37	36	IX	obrót	
150	25	II		
159	21	I		

Tablica VIII.

Rok 1893/4.

208	23	I	kleszcze wysokie	
			Rok 1894/5.	
17	21	I	pomoc ręczna	
63	45	VI	obrót	
347	25	I		

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
Rok 1895/6.				
115	25	I	kleszcze nizkie	
120	30	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
281	20	I		
Rok 1896/7.				
98	33	VII	obrót	
169	21	I		
232	28	I		
257	32	II		
289	26	II		
Rok 1897/8.				
28	37	I	kleszcze nizkie	
140	35	I	kleszcze wysokie	
Rok 1898/9.				

Z zestawień powyższych wynika, że krwawienia te pojawiają się u pierwiastek dosyć często przy porodach prawidłowych, u wieloródek zaś prawie wyłącznie tylko po porodach operacyjnych.

Skoro zestawiłem już, skąd krwotoki w trzecim okresie porodowym pochodzić mogą, skoro wykazałem, jak często i w jakich warunkach się przydarzają, przedstawię obecnie ich leczenie, opierając się znowu na statystyce klinicznej. Naturalnie, zanim pomyślimy o jakiemkolwiek leczeniu, musimy sobie dokładnie zdać sprawę, skąd krwotok pochodzi, gdyż każdy ze wspomnianych rodzajów krwotoku wymaga swoistego leczenia.

Najpierw odpowiem na pytanie, jak leczymy krwotoki, spowodowane częściowem tylko odklejeniem się łożyska. Czy im w ogóle można zapobiedz? Niema wprawdzie sposobu, aby zupełnie zapobiedz można tym krwawieniom, ale z wszelką pewnością przydarzają się one tem rzadziej, im bardziej wyczekująco zachowywać się będziemy w przebiegu trzeciego okresu porodu. Bardzo często niepotrzebne ciągłe gniecenie macicy, zwłaszcza podczas jej rozkurczu, przyczyni się, a nawet wywoła wprost krwawienie w tym okresie.

Ponieważ odklejanie się łożyska zależy tylko od skurczów macicy, przeto skoro powstanie krwotok, całem naszem staraniem powinno być czuwanie nad skurczami macicy. Do skurczu pobudzają macicę mięsienie jej, lub okłady lodowe. Dopiero gdy skurczów dobrych, wystarczających do odklejenia łożyska, w ten sposób sprowadzić się nie uda, a obfity krwotok utrzymuje się, zniewoleni jesteśmy uciec się do wygniecenia łożyska według sposobu Crédégo; a gdy i to nie doprowadzi do celu — do wyjęcia łożyska ręką. Przed zabiegiem Crédégo należy zawsze pamiętać o pęcherzu moczowym i wypróżnić go przed zabiegiem.

Sporyszu przed odejściem łożyska nie należy jeszcze podawać, gdyż może on sprowadzić skurcz ujścia wewnętrznego, a przez to uniemożliwić wydalenie na zewnątrz łożyska już odklejonego. Naturalnie, że tak działając nie usunie się krwawienia, ale się je jeszcze zwiększy, gdyż macica nie może się swej treści pozbyć, a przez to i odpowiednio skurczyć.

Statystyka kliniczna wykazuje, że tak zabieg Crédégo, jak i wyjęcie łożyska, nie najrzadziej robiono. Nie we wszystkich jednakże przypadkach jedynym bodźcem do tych zabiegów był krwotok z powodu częściowego odklejenia się łożyska w okresie trzecim, bo albo trudno było określić, skąd w ogóle krwotok pochodzi, a przeto trzeba było łożysko wydalić, by rozpoznać miejsce krwawienia, albo też zabiegi te wykonywano wyłącznie prawie w tym celu, by macicę jak najprędzej opróżnić po bardzo ciężkich porodach operacyjnych, gdzie istniała obawa zakażenia lub też tam, gdzie zakażenie już stwierdzono. W tych przypadkach opróżniano macicę, by jej wnętrze jak najprędzej odkazić.

Jak działano w klinice w trzecim okresie, wykaże następujące zestawienie IX.

Tablica IX.

Rok	Mięsienie	Zabieg Crédégo	Wydobycie ręczne
1893/4	1	—	6
1894/5	—	1	6
1895/6	—	7	10
1896/7	3	10	3
1897/8	2	5	1
1898/9	2	5	1
1899	—	—	—

Z zestawienia powyższego wynika, że wyjęcie ręczne łożyska robiono w ogóle w ciągu 6 lat 27 razy, a z pewnością w połowie z tych przypadków nie tylko samo krwawienie było powodem, że się do tego zabiegu uciekano. Uderza również mała cyfra wykazanych zabiegów Crédégo; wynika to z wszelką pewnością z tego, że zabieg ten, jako drobny, nie we wszystkich przypadkach notowano tam, gdzie był użyty.

Z kolei postawię sobie pytanie, jak należy się zachować wobec krwotoku atonicznego po skończonym III okresie porodu? Przedewszystkiem, zanim pomyślimy o leczeniu jakiemkolwiek, należy wziąść pod uwagę, czy nie można też w pewnych przypadkach zapobiedz powstaniu krwotoków atonicznych, a w każdym razie, czy możebną jest rzeczą do ich powstania się nie przyczynić.

Otóż rzeczywiście można przynajmniej starać się ich uniknąć, a to przez odpowiednie postępowanie w okresie trzecim i przez odpowiednie leczenie przypadków tych porodów, gdzie krwotoków atonicznych można się obawiać.

W naszej klinice postępowanie z łożyskiem jest w całej pełni wyczekujące; w pierwszym rzędzie wykluczamy wszelkie niepotrzebne nacieranie macicy, a ręka, położona od czasu do czasu na macicę, bada tylko, jaki jest jej stan. Nie można przecież żądać, by macica była w ciągłym skurczu; jest ona mięśniem, przeto raz się kurczy, za chwilę zaś musi się rozkurczyć. Na odejście łożyska w klinice czekamy do dwóch godzin, dopiero po upływie tego czasu łożysko usuwa się albo metodą Crédègo, albo też ręcznie.

Jeżeli krwotok atoniczny mimo wszelkich ostrożności się pojawi, to przedewszystkiem starać się należy macicę pobudzić do skurczu przez jej mięsienie. Skoro przy zastosowaniu mięsienia macica poczyna się kurczyć, wtedy należy

ją chwycić ręką podobnie, jak przy wygniataniu łożyska sposobem Crédégo, by wydalić nagromadzone w jamie macicy skrzepy. Jest to koniecznem, gdyż jak długo treść obca jest w jamie macicy, tak długo dobry skurcz macicy jest niemożliwym. Równocześnie z użyciem mięsienia macicy podaje się chorej większą dawkę sporyszu, 2—3 grm., wewnętrznie, albo też ergotynę podskórnie, w ilości 1—2 grm. Zanim naturalnie przystępuje się do leczenia niedowładu macicy, trzeba mieć tę pewność, że w jamie macicy nie pozostało nic z utkania łożyskowego, ani też łożysko dodatkowe. Jeżeliby zaś miały uniemożliwiać dobry skurcz macicy nagromadzone w jamie skrzepy, to należy je przedewszystkiem ręcznie usunąć, jeżeli się nie dały z macicy wygnieść zabiegiem zewnętrznym.

Silniej od mięsienia zewnętrznego działa tak zwane mięsienie skombinowane. Sposobu tego dokonywa się w ten sposób, że jedną rękę, należycie odkażoną, wprowadza się do tylnego sklepienia, drugą kładzie się od zewnątrz na macicę i w ten sposób mięsi się macicę między obiema rękami.

Bardzo dobrze i pewnie wstrzymuje krwotoki schwycenie brzegów ujścia zewnętrznego kleszczykami Museuxa i silne ściągnięcie macicy ku dołowi. Sposobu tego można użyć przy każdem krwawieniu z macicy, choćby tylko w ten sposób chciało się zyskać na czasie dla przygotowania odpowiednich narzędzi i przyborów, jak to kilkakrotnie w klinice robiono przy pęknięciach szyjki, zanim zdołano przygotować wszystko do jej zeszycia. Przez silne ściągnięcie macicy ku dołowi naczynia, doprowadzające krew do macicy, ulegają znacznemu zagięciu, a przez to dopływ krwi znacznie bywa zmniejszonym.

W klinice spostrzegano to wybitne działanie ściągnięcia macicy w dwóch przypadkach: jeden przypadek dotyczył chorej, otrutej fosforem (l. p. k. 86 (181) z 1896), u której wszelkie środki, a więc i tamponada, użyte dla wstrzymania krwotoku atonicznego po porodzie, okazały się bezskutecznemi i gdzie z tego powodu musiano wyłuszczyć macicę. Skoro tylko dla dokonania pierwszego aktu ekstyrpacyi ściągnięto macicę, natychmiast krwotok ustał.

Drugi raz spostrzegałem, jak mały był krwotok w przypadku wyłuszczenia macicy rakowatej, bezpośrednio po cięciu cesarskiem pochwowem (l. p. k. 15 (219) z r. 1898), dzięki jedynie tylko silnemu ściągnięciu macicy ku dołowi.

Często krwotoki z niedowładu macicy bywają wprawdzie niezbyt obfite, ale natomiast bardzo uporczywe. Nieraz trzeba kilka godzin z rzędu kontrolować ręką od zewnątrz stan macicy, gdyż z każdym rozkurczem występuje mierne krwawienie. Krwawienie takie z łatwością wstrzymuje mięsienie macicy. W tych przypadkach dobrze macicę pobudza do skurczów lód, ułożony na powłokach brzusznych.

Jeżeli mięsienie macicy nie prowadzi do celu, natenczas można zastósować drażnienie macicy od wnętrza, a to przez wystrzykiwanie jej jakimś słabym rozczynem płynów antyseptycznych, z wyłączeniem sublimatu. Wystrzykiwania te robi się albo rozczynami o nizkiej ciepłocie (kilku stopni), albo też płynami o wysokiej ciepłocie, do 40° R. Przestrzykiwania te działają najlepiej, jeżeli ciepłota rozczynu, którym się przestrzykuje, szybko się zmienia, to znaczy, gdy się przestrzykuje raz rozczynem o ciepłocie kilku stopni, za chwilę znowu o ciepłocie 35—40° R.

Zdarzają się przypadki, gdzie mimo zastósowania wymienionych środków skurczu dobrego macicy osiągnąć się nie uda. W takich przypadkach można drażnić macicę w ten sposób, że jedną rękę wprowadza się do jamy, drugą zaś mięsi na niej rozpięty mięsień maciczny. Drażnienie takie macicy jest bardzo silne.

W rzadkich przypadkach wszystkie te środki zawodzą, — niedowład trwa; w takich razach trzeba się uciec do szczelnej tamponady jamy macicznej dobrze wypraną gazą jodoformową. Jakkolwiek w rzeczywistości rzadko kiedy potrzebne jest tamponowanie macicy przy jej niedowładzie, mimo to ten właśnie sposób leczenia często znajduje zastósowanie w praktyce. Tłómaczyć sobie to należy tem, że albo lekarz nieoswojony ze znacznymi krwotokami natychmiast chwyta się środków najenergiczniejszych, albo też nie jest w możności z powodu niekorzystnych warunków zachować się bardziej wyczekująco. Nie jest to jednak zupełnie właściwem.

Tamponady macicy połogowej należy wprost unikać, bo po pierwsze, może się ona łatwo przyczynić do zakażenia, po drugie, przeciwdziała dobremu kurczeniu się macicy, jako ciało obce. Po wydobyciu tamponów może ponownie powstać krwotok atoniczny, a w podobnym przypadku staniemy po odtamponowaniu na tem samem miejscu, na którem byliśmy, rozpoczynając leczyć krwotok atoniczny.

Na tem miejscu wspomnę o krwotokach, gdzie nawet tamponada macicy zupełnie nie prowadzi do celu; są to przypadki krwawiączki (*haemophilia*) i otruć fosforem. Przy tych schorzeniach życie rodzącej uratować można jedynie przez doszczętne wyjęcie macicy drogą pochwy.

Przytoczę obecnie zestawienie X, świadczące, jak w klinice postępowano przy krwotokach z niedowładu macicy.

Tablica X.

Rok	Mięsienie	Sporysz	Przestrzykiwanie zimne i gorące	Tamponada macicy
1893/4	6	6	4	4
1894/5	6	10	4	3
1895/6	10	12	7	2
1896/7	10	13	6	5
1897/8	5	6	3	—
1898/9	8	11	7	2
1899	—	—	2	—

Na ogólną liczbę 70 krwotoków atonicznych użyto tamponady macicy 16 razy, a i w tych 16 przypadkach cztery razy prócz niedowładu macicy notowano pęknięcie szyjki; zachodzi przeto pytanie, czy w tych ostatnich przypadkach nie tamponowano raczej z powodu wysokiego pęknięcia szyi, niż dla niedowładu macicy? (dok. n.)

V. Wyciągi.

Ph. F. Becker. **Przypadek drżączki neurastenicznej po urazie.** (*Münch. med. Wochenschft* Nr. 10. 1900). U osobnika od dzieciństwa nerwowego wystąpiła po urazie ogólna prawie drżączka, zmniejszająca się lub zwiększająca zależnie od jakiegokolwiek wzruszenia. Typ drżenia stały, przyspieszający się do pewnego *maximum*, to znów równomiernie zwalniający, przyczem długość pojedynczych wychyleń z czasem ich trwania mijała się. Obok drżenia języka, częste skurcze mięśni twarzy; odruchy kolanowe silnie

wzmożone, stopowy lewy zaznaczony; chód niepewny, potykający się; na prawej nodze ustać chory nie może; mowa monotonna, zacinająca się. W pierwszej chwili drżenie głowy i kończyn górnych przy skrzywionej nieco postawie przypominało drżączkę poraźną, gdy tymczasem chód chorego, mowa, drżenie języka, wzmożenie odruchów kolanowych, odruch stopowy, zwiększanie się drżenia przy ruchach, czyniły obraz choroby podobnym do stwardnienia rozsianego. Rozpoznanie różniczkowe musiało objąć i histeryę, do której rozpoznania brakło jednak zaburzeń w czuciu, zwężenia pola widzenia, a wreszcie przerwy jakiejś między urazem, a pojawieniem się drżenia, które wystąpiło tu zupełnie bezpośrednio. Drżączkę poraźną, której, jak wiadomo, może także uraz dać początek, musiano wykluczyć z powodu braku napięcia mięśniowego, braku znamiennego ruchu palcami, naśladującego kręcenie pigułek, zwiększania się drżenia przy ruchach, jak również braku ruchów retro- i propulsyjnych. Przeciw stwardnieniu rozsianemu zaś po bliższem badaniu przemawiał chód, (w stwardnieniu roz. pewny, choć bezładny), brak sztywności z napięcia mięśniowego, brak właściwego skandowania w mowie, a wreszcie i różnica w zachowaniu się samego drżenia, które pojawiając się w stwardnieniu rozsianem dopiero przy ruchach, (ztąd drżenie zamierzone) tutaj utrzymywało się choć w znacznie mniejszym stopniu i przy zupełnym spokoju. *Dr. St. B. K.*

Esser. *Sclerema neonatorum oedematosum* **w związku z rozległemi wybroczynami w płucach.** (*Münch. med. Wochs.* 1900. Nr. 11). Należy ściśle rozdzielić *sclerema neonatorum adiposum* od *sclerema oedematosum*, które klinicznie mają to tylko wspólnego, że wśród znacznego obniżenia ciepłoty ciała i ogólnego osłabienia rozwija się twardość i napięcie skóry. *Sclerema oedematosum* polega na obrzęku surowiczym tkanki. W jednym takim przypadku znalazł E. bardzo rozległe wybroczyny w płucach, które uważa za przyczynę zaburzeń w krążeniu, wywołujących w tym przypadku *sclerooedema*. *C.*

Rommel. **W sprawie pielęgnowania dzieci niedonoszonych** (*Münch. med. Woch.* 11. 1900). Autor pielęgnował niedonoszone noworodki w cieplarkach, ogrzewanych gazem, tlenu nie doprowadzając a starając się tylko o odpowiednie przewietrzanie i odpowiednią wilgotność; dzieci owijano tylko w pieluszki dla ułatwienia ruchów mięśniowych, karmiono wyłącznie piersią mamek, lub też je dokarmiano. Karmienie odbywało się co dwie godziny, jedno danie dla dzieci poniżej 1800 gr. wagi wynosiło zaledwie 20—30 gr. W ten sposób pielęgnował autor 20 noworodków, z których najmniejszy ważył zaledwie 1300 gr; wszystkie te noworodki miały początkowo ciepłotę ciała niższą, niż prawidłowa, a niektóre objawy *sclerema*. Mimo to przy tem postępowaniu stracił autor tylko 4 dzieci; a i to trzy z powodu drgawek, a jedno z powodu gruźlicy; wszystkie inne bardzo dobrze się rozwijały i przybierały codziennie na wadze przeciętnie 15, 59 gr. *St. D.*

O. Rosenbach: **W sprawie patogenezy i leczenia t. zw. przeczosu odbytu.** (*Berl. klin. Woch.* Nr. 10, 11. 1900). Zapatrywania R. na patogenezę przeczosu odbytu różnią się wybitnie od innych obecnie ogólnie przyjętych wyjaśnień tego cierpienia. Za główną i pierwotną sprawę w całym obrazie chorobowym uważa autor skurcz odbytnicy, wywołany częścią zmienionymi warunkami krążenia w jamie brzusznej lub przewlekłemi sprawami w narządach rodnych, częścią wygórowaną pobudliwością układu nerwowego. Często występujące parcie na stolec, któremu towarzyszy silne miejscowe przekrwienie, może dać powód do krwotoków z powstałych nieznacznych nieraz pęknięć błony śluzowej. Dolegliwości, towarzyszące tej sprawie, mają swe źródło w przeczulicy okolicy odbytu, a natężenie ich nie pozostaje wcale w prostym stosunku do rozległości owrzodzenia. Ponieważ autor za sprawę pierwotną uważa stan podrażnienia układu nerwowego, przeto leczeniem swem zmierza przedewszystkiem do usunięcia tego stanu. Zabiegi chirurgiczne uważa za usprawiedliwione jedynie jako *ultimum refugium*. Leczenie przez autora polecone i przyczynowem nazwane, polega przedewszystkiem na wpływaniu na wolę chorego przez wyjaśnienie mu istoty jego cierpienia. W dalszym ciągu należy skłaniać chorych do tego, aby bez obawy dotykali się miejsc bolesnych i wreszcie zdołali sobie sami wprowadzić palec do odbytu. Skoro chorzy w rękoczynie tym nabrali pewnej wprawy, należy im polecić wprowadzanie świeczki odbytnicowej o coraz większej średnicy. Zabieg ten należy zrazu wykonywać 5—6 razy dziennie, przyczem palec lub świeczka ma pozostawać w odbytnicy przez kilka minut. Równocześnie należy podawaniem środków wewnętrznych regulować stolec. W chwili zjawienia się parcia na stolec winien chory wprowadzeniem palca przekonać się o tem, czy parcie jest rzeczywiste, czy też tylko wrzekome, spowodowane miejscową przeczulicą. Na leczenie samego owrzodzenia nie zwraca R. zupełnie uwagi, gdyż ono może dopiero nastąpić po usunięciu skurczu. Pod wpływem tego rodzaju leczenia miała nawet już po kilku dniach następować poprawa ogólnego i miejscowego stanu. *Urbanik.*

Scheele: **O zmianach w policzkach u robotników zajętych dęciem szkła** (*Glasbläsermund*) (*Berl. klin. Woch.* Nr. 10, 11. 1900). U 31 letniego robotnika z fabryki szkła zauważył autor na obu policzkach obecność postronkowatych wyniosłości, przebiegających na 1 ctm. poniżej i równolegle do łuku jarzmowego od okolicy przyusznej ku kącikowi ust. Przy dotykaniu tych wyniosłości wyczuć się daje trzeszczenie, podobnie jak przy odmie podskórnej, przyczem za silniejszym uciskiem wyniosłości te znikają. Badanie jamy ust wykazuje rozszerzenie ujścia przewodu Stenona. Za uciskiem, wywartym na policzek, wydobywa się z ujścia przewodu znaczna ilość śliny pienistej; błona śluzowa w okolicy tegoż ujścia okazuje zmiany, przypominające żywo *leukoplakia buccalis*. W mięśniach policzków wykazać się daje wyraźny rozstęp. Obok tych zmian wykazano u chorego zajęcie błędnika. Cały obraz wytłomaczyć się daje dostawaniem się powietrza do przewodu Stenona podczas wydymania szkła. Wobec niezbyt wielkiej częstości podobnych zmian należy przypuszczać, że przyczyną jest jakaś wadliwość w samej technice wydymania. Zmiany na błonie śluzowej ust (*plaques opalines*) zdarzają się u robotników, zajętych dęciem szkła, dosyć często. Guinaud zwraca uwagę na ważność odróżnienia zmian tych od kiłowych *plaques muqueses*. Zmiany, występujące u tych robotników na palcach, również nie są zbyt rzadkie i stoją w ścisłym związku z ich zajęciem. W dołączeniu znajduje się opis przyrządów, mających zapobiegać powstawaniu powyżej opisanych schorzeń zawodowych. *Urbanik.*

Zepler. **Przyczynek do leczenia ortopedycznego zmian położenia macicy.** (*Deutsche med. Woch.* 1900. 10 i 11). Autor zauważył, że w wielu przypadkach stosowanie dotychczas używanych krążków nie doprowadza do celu. Badania nad tem, co właściwie utrzymuje macicę w prawidłowem położeniu doprowadziły autora do wniosku, że właściwie sprawiają to parametria i podstawa więzów szerokich. Dla podtrzymania właśnie tych tkanek użył autor krążków poprzecznych z drutów miedzianych, obwiedzionych rurką kauczukową z bardzo dobrym wynikiem nawet tam, gdzie wszystkie inne krążki zawodziły. *St. D.*

Jolly. **Przypadek obustronnego porażenia n. twarzowego.** (*Deutsche med. Wochenschft.* Nr. 11. 1900). Wskutek upadku na twarz wystąpiło całkowite obustronne porażenie n. twarzowego (*Diplegia facialis*) tak, że chory nie mógł poruszyć żadnym mięśniem, a twarz bez wyrazu stała się podobną do maski. Jedynym ruchem było podnoszenie i opuszczanie szczęki dolnej. Pobudliwość elektryczna po części zniesiona, po części znacznie upośledzona. Wskutek niemożności zamknięcia powiek wystąpił objaw Bella; z powodu niemożności zamknięcia ust i warg, upośledzenie mowy. Przy piciu, aby sobie ułatwić domknięcie wargi dolnej, podnosił ją chory ku górze zapomocą *m. levator menti*, gdy to nie wystarczyło, palcami ją podtrzymywał. Drugim pomocniczym ruchem mięśniowym, który J., jak podaje, pierwszy raz przy porażeniu n. twarzowego spostrzegał, było podnoszenie (jak tutaj) lewego kąta ust ku górze i trochę na zewnątrz, — zapomocą po części skurczu m. jarzmowego (*zygomaticus*), po części m. unoszącego wargę górną (*m. levator labii sup.*). Skurcz tych mięśni występował jednak tylko przy skurczu mm. żwaczy Był to więc objaw współdziałania n. twarzowego przy dowolnym ruchu w zakresie ruchowym n. trójdzielnego. Gałązki podniebienne n. twarzowego nie porażone, natomiast porażone gałązki smakowe, tak, że $^2/_3$ języka po obu stronach całkowicie pozbawione były smaku. Wydzielanie śliny upośledzone; chory stale skarżył się na suchość w ustach. Po lewej stronie zajęte także I. i II. gałązka n. trójdzielnego, ztąd upośledzenie czucia w ich zakresie, wskutek tego rogówka oka lewego, przy upadku poprzednio zraniona, popadła w ogólne zapalenie.

Jak z tego obrazu widać, porażenie n. twarzowego nastąpiło poniżej odejścia gałązek podniebiennych, a więc poniżej *ganglion geniculi*, a powyżej odejścia struny bębenkowej (*Chorda tympani*), gdyż słuch nie był upośledzony. Lewy n. trójdzielny został zaś uszkodzony gdzieś na podstawie czaszki, albo przez bezpośredni krwotok, albo rozdarcie, przyczem ucierpiały głównie dwie pierwsze gałązki nerwu. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Albu. **Dyetetyczne leczenie rozstrzeni żołądka** (*Deutsche m. Wochft.* Nr. 11. 1900). W przeciwieństwie do utrzymującej się jeszcze zasady leczenia niedomogi mechanicznej i rozstrzeni żołądka zapomocą dyety suchej, którą jeszcze w ostatnich swoich pracach poleca Ewald, Fleischer, Boas, poczęści i Wegele, radzi A. stanowczo opierając się na doświadczeniach Meringa i Moritza, używać w leczeniu tak niedomogi mechanicznej, jak i rozstrzeni żołądka, dyety wyłącznie płynnej. A. wychodzi z zasady, że płynna czy nawet papkowata dyeta o wiele łatwiej i szybciej z żołądka usuwając się do

jelit, króciej w nim zalega i mniej go drażni. Płyny powinny być podawane tylko jaknajpożywniejsze, (w pierwszym rzędzie mleko, w najrozmaitszych postaciach), często, a w małej ilości. Woda, herbatki i tp. płyny stanowczo są wykluczone. W wyższych stopniach rozstrzeni żołądkowej i niedomogi — mięsienie żołądka, odpowiednie zabiegi wodolecznicze, przy ogólnem zaś podupadłem odżywieniu bezwzględny spokój (łóżko). *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Eisenmenger. **O takzwanej rzekomej marskości wątroby pochodzenia osierdziowego** (*pericarditische Pseudolebercirrhose*-Fr. Pick) (*Wiener klinische Wochs.* 1900. Nr. 11). W r. 1896 usiłował Friedel Pick stworzyć nową jednostkę chorobową pod nazwą „pericarditische Pseudolebercirrhose“. Choroba ta miała się znamienować klinicznie niejakiem podobieństwem do marskości wątroby, mianowicie znaczną puchliną brzuszną bez obrzęków na nogach, a jej tłem anatomicznem miały być przewlekłe zmiany w osierdziu, względnie zrosty osierdziowe. Stworzone przez Picka pojęcie chorobowe wywołało już całą literaturę, przeważnie kazuistyczną, wobec czego postanowił E. krytycznie rozpatrzyć, czy stwarzanie takiej jednostki klinicznej i anatomicznej jest istotnie potrzebne i usprawiedliwione. Badania, przeprowadzone na klinice Schröttera i w zakładzie Paltaufa doprowadziły autora do następujących wniosków:

Niewątpliwie zdarza się stosunkowo często znaczna puchlina brzuszna bez obrzęków kończyn dolnych w następstwie zrostów osierdziowych; jeżeli schorzenia osierdzia nie wykryto (to znaczy, jeżeli popełniono błąd rozpoznawczy), wówczas obraz chorobowy może mieć niejakie podobieństwo z marskością wątroby. Jednakże cały zbiór objawów klinicznych powstaje wówczas nie przez rozwój tkanki łącznej w wątrobie wskutek zaburzeń w krążeniu, jak to twierdzi Pick, lecz bywa w rozmaitych przypadkach skutkiem zgoła różnych przyczyn, między któremi wymienić należy: uciśnięcie lub załamanie żyły głównej dolnej przez równocześnie znajdującą się w worku osierdziowym wypocinę lub zmiany włókniste osierdzia i śródpiersia, równocześnie toczące się zapalenie otrzewnej w okolicy wnęki wątroby, wreszcie trudniejsze powstawanie obrzęków kończyn dolnych u osobników młodych z prawidłowemi naczyniami obwodowemi, a u takich głównie opisywano obraz chorobowy, podadany przez Picka. Ponieważ zatem tłem całej sprawy nie są zawsze jedne i te same zmiany anatomiczne, przeto i klinicznie nie ma podstawy do tworzenia za wzorem Picka odrębnej, a jakoby jednolitej, postaci chorobowej; ponieważ zaś nawet utworzona przez Picka nazwa „pericarditische Pseudolebercirrhose“ wspiera się na pojęciu, mieszczącem w sobie prosty błąd rozpoznawczy; przeto nawet i nazwę tę należy w zakresie klinicznym zupełnie usunąć.

Ciechanowski.

Toff. **O krwisteku pochwowym i macicznym z powodu zarośnięcia błony dziewiczej.** (*Wien. klin. Woch.* Nr. 11, 1900). Autor opisuje przypadek krwisteku pochwowego i macicznego z powodu zarośnięcia błony dziewiczej, z przebiegiem o tyle ciekawym, że nie było żadnych objawów aż do chwili, kiedy krwistek wzrósł do tych rozmiarów, iż wywołał zupełne zatrzymanie moczu. Wszystkie podobne przypadki odnosi autor nie do zarośnięcia błony dziewiczej, tylko do niedrożności dolnego odcinka pochwy. *St. D.*

R. Kossmann. **Kazuistyczne rozmaitości z dziedziny położnictwa i ginekologii.** (*Münch. med. Woch.* 1900 Nr. 12). (c. d.) V. Ciągłe krwawienie z jamy brzusznej drogą trąbek i macicy. Autor spostrzegał przypadek znacznych krwotoków macicznych u osoby z tego powodu nadzwyczaj niedokrwownej. Uważając guz znaleziony obok macicy za ciążę zamaciczną przystąpił autor do wykonania zabiegu operacyjnego. Przy operacyi okazało się, że istnieje krwiak, którego źródłem jest pęknięty mieszek jajnikowy. Wycięta trąbka była zupełnie niezmieniona, jak również i błona śluzowa macicy. Krwawienie w tym przypadku powstawało, zdaniem autora, z krwiaka w jamie brzusznej drogą trąbki i macicy.

VI. Porażenie macicy niecięższarnej. Autor w przypadku, w którym miał wykonać kolpotomię przednią, najpierw zamierzał wyskrobać macicę. Badaniem złożonem stwierdził, że macica jest tylko nieznacznie powiększona, tymczasem skoro wprowadził łyżeczkę tępą, ta weszła do jamy macicy na 12 — 14 cm. Łyżeczkę natychmiast cofnął sądząc, że przedziurawiła ona macicę. Ponownem badaniem stwierdził jeszcze raz, że macica jest tylko bardzo niewiele powiększona, drugi raz wprowadził łyżeczkę, która teraz już na długości 7 cm. znalazła prawidłowy opór ścian macicy, i dokonał wyskrobania. Przy kolpotomii natychmiast dokonanej przekonał się, że ściana macicy nigdzie nie jest przedziurawioną. Zjawisko powyższe tłomaczy sobie autor nagłem, bardzo znacznem zwiotczeniem ścian macicy. Przypadek powyższy przytacza autor w celu rozstrzygnięcia sporu, czy wprowadzenie zgłębnika na 13—20 cm. do macicy zależy od przedziurawienia macicy, czy też od tego, że zgłębnik wchodzi do trąbki; może wszystkie te przypadki należałoby odnieść do skutków nagłego zwiotczenia ścian macicy.

VII. Dwa przypadki śmierci z powodu trypra. W pierwszym przypadku autor dla zniszczenia zrostów okołoprzydatkowych wykonał kolpotomię przednią; przebieg pooperacyjny od początku gorączkowy, w piątym dniu zapalenie ślinianek, w jedenastym zropienie gałki ocznej. W siedemnastym dniu śmierć z ropnicy bez objawów otrzewnowych. Sekcya zwłok wykazała ropień w prawych przydatkach, zawierający tylko dwoinki tryprowe (gonokoki); ropa z gałki ocznej zawierała tylko paciorkowce (zakażenie mięszane). W drugim przypadku również drogą kolpotomii operacya na tryprowo zmienionych przydatkach. Od trzeciego dnia przebieg gorączkowy, w dziewiątym dniu śmierć. Sekcya wykazała wszędzie w otrzewnej ciecz ropiastą, zawierającą obficie dwoinki tryprowe. Pierwszy to przypadek, gdzie na sekcyi znaleziono ropne zapalenie ogólne otrzewnej na tle drobnoustrojów tryprowych. *St. D.*

L. Seitz. **Próby leczenia miejscowego wyskokiem w ginekologii.** (*Münch. med. Woch.* 1900 Nr. 12). Opierając się na zdaniu Buchnera o skuteczności przekrwienia czynnego w leczeniu zakażoń, stosował autor wyskok 96% w cierpieniach ginekologicznych w postaci okładów na brzuch. Próby te zawiodły autora w zupełności, gdyż nigdy w chorobach zapalnych, toczących się około macicy, nie otrzymał on dodatnich wyników, z wyjątkiem jednego przypadku gruźlicy otrzewnej, w którym po okładach wyskokowych, stosowanych już po laparotomii leczniczej, uzyskał znaczne zmniejszenie zmian gruźliczych w przydatkach. Skoro próby powyższe zawiodły autora, spróbował leczenia wyskokiem pod formą tamponów, napojonych 30—45% wyskokiem. Wyniku leczniczego nie otrzymał przy tem leczeniu żadnego, natomiast wytwarzały się często znaczne utraty przybłonka, a nawet owrzodzenia w pochwie. *St. D.*

Otto Cohnheim i H. Krieger. **Nowy sposób oznaczania związanego HCl w soku żołądkowym.** (*Münch. med. Woch.* 1900, Nr. 12). W treści przesączonej oznacza się pojedynczo (zawsze w 10 cm.) ogólną kwasotę i wolny kwas solny. Następnie mięsza się inne 10 cm. przesączu z 30 cm. fosforano-wolframianu wapniowego [1]), osad się oddziela, a w otrzymanym przesączu oznacza się stopień kwasoty, miareczkując (resolsäure albo phenolphthalein) Różnica między ogólną kwasotą, a stopniem kwasoty tego przesączu oznacza sumę kwasu solnego związanego.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Liebermeister. **O działaniu przeciw gorączce.** (*Berl. klin. Wochft.* Nr. 12, 1900). Od najdawniejszych czasów aż do połowy naszego stulecia uważano stałe podniesienie się ciepłoty ciała za czynnik samopomocy, czynnik niejako leczący w ustroju. Gorączka miała niszczyć, spalać czynniki chorobotwórcze, zwalczanie więc jej było przeciwwskazanem. Dopiero w drugiej połowie naszego wieku zaczęto poznawać się na niebezpieczeństwach, jakimi długotrwająca wysoka gorączka ustrojowi grozi. Niestosunek bowiem, jaki przy stale podniesionej ciepłocie ciała zachodzi między odżywianiem a spalaniem się ustroju, jest jeszcze mniejszem złem; większem daleko jest zwyrodnienie tkanek pojedynczych narządów (wątroby, nerek, serca) — zmiany trwałe, które gorączka dłużej trwająca sprowadza, a którym ustrój w końcu ulega.

Uważając i obecnie gorączkę za odczyn ustroju, widząc w niej także do pewnego stopnia czynnik pomocniczy, odradzający nawet poniekąd ustrój, staramy się strzedz ustrój przed jej szkodliwemi następstwami, wkraczając tam, gdzie nazbyt długo trwający stan gorączkowy zaczyna ustrój podkopywać. Bezsprzecznie najdzielniejszym, a zupełnie nieszkodliwym środkiem przeciwgorączkowym jest zwykła woda, a więc kąpiele letnie, chłodne i zimne, o ile oczywiście zalecający się w danym razie bezwzględny spokój nie stanowi przeciwwskazania. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

B. Fraenkel. **Tuberkulina, a wczesne rozpoznanie gruźlicy.** (*Berl. kl. Wochenschrift* Nr. 12, 1900). Wstrzykiwania próbne tuberkuliny są zdaniem autora bezwarunkowo nieszkodliwe, a wywołując odczyn u dotkniętych gruźlicą, dają tem samem prawie pewny środek rozpoznawczy w nasze ręce. Do wstrzykiwań używa F. wyciągu glicerynowego z czystych hodowli prątka gruźliczego tzw. starą tuberkulinę Kocha. Dorosłym wstrzykuje 1 mlgr., dzieciom $1/2$ mlgr. Do rozczynu zamiast $1/2\%$ rozczynu kwasu karbolowego, używa wody sterylizowanej. Jeżeli odczyn nie wystąpi, w 3—4 dni zwiększa dawkę: dla dorosłych na 5 mlgr., dla dzieci na 2·5 mlgr. Trzecia próba w razie potrzeby znów po dalszych 3—4 dniach i to w ilości 1 ctgr. dla dorosłych. Ustrój dotknięty gruźlicą od-

[1]) Fosforano-wolframian wapniowy przygotowuje się w ten sposób, że 4% rozczynu kwasu fosforowo-wolframowego zobojętnia się w temperaturze wrzenia węglanem wapniowym. Rozczyn ten da się trzymać dowolnie długo.

działywa według Kocha z reguły w 4—5 godzin; ciepłota podnosi się na 39°—40°, a nawet 41°. Odczyn trwa 12—15 godzin, poczem ciepłota opada. Po wstrzyknięciu występuje zwykle lekki kaszel, bóle w kościach, pewne znużenie, często nudności i wymioty. Wszystkie te przypadły mijają jednak szybko tak u zdrowych, jak i dotkniętych gruźlicą. W gruźlicy skóry wywołuje tuberkulina nawet w zagojonych pozornie bliznach wybitny odczyn.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Schaper. **Wyniki lecznicze w gruźlicy płuc w ostatniem dziesięcioleciu.** (*Berl. kl. Wochft.* Nr. 12, 1900). Od czasu, jak dzięki tuberkulinie wczesne rozpoznanie gruźlicy stało się możliwem, liczba uleczeń w szpitalu znacznie się podniosła. Poprawa warunków higienicznych, jak najdokładniejsze przewietrzanie sal, zmniejszenie liczby łóżek w poszczególnych salach, ulepszenie urządzeń kąpielowych, a wreszcie forsowne żywienie, którego szczególniej w gruźlicy płuc pilnie przestrzegano, dopełniły reszty.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

H. Kramer: **Czop, poprzedzający odejście smółki u noworodków.** (*Deutsche med. Woch.* Nr. 12, 1900). Autor zwraca uwagę, że na szczycie odchodzącej pierwszej smółki u noworodków znajduje się zawsze czop białawo-szary, utworzony z komórek obumarłych, objaw znany już w starożytności. Czop ten niejako odgradza smółkę ponad rzycią. Stwierdzenie jego obecności mogłoby mieć znaczenie ze stanowiska sądowo-lekarskiego, bo obecność jego świadczyłaby, że noworodek jeszcze smółki nie oddawał. Brak wspomnianego czopa wcale nie rozstrzyga, czy dziecko po urodzeniu żyło, czy też urodziło się nieżywe, obecność zaś jego świadczy, że płód najprawdopodobniej żył po porodzie. *St. D.*

Th. Struppler. **Przypadek obrażenia ośrodka mowy wskutek urazu z następową padaczką Jacksonowską i wyleczeniem bez trepanacyi.** (*Deutsche med. Woch.* Nr. 12, 1900). Wskutek uderzenia w okolicę ciemieniową lewą trzonkiem laski przyszło u 18-letniego młodego człowieka do wstrząśnienia mózgu, do pierwotnego obrażenia ośrodka mowy (zupełnej niemoty (aphasia), wreszcie do następowego (po 3 dniach) porażenia n. twarzowego i napadów padaczkowych (po 7 dniach). Napady padaczkowe ustąpiły po 2 dniach, porażenie n. twarzowego w 5, a afazya mniej więcej w 10 tygodni. Obraz choroby, utrata natychmiastowa mowy, pojawienie się napadów padaczkowych w 7 dni dopiero po urazie, pozwalały na wykluczenie krwotoku śródczaszkowego i krwiaka opony twardej, a przyjęcie z wszelkiem prawdopodobieństwem bezpośredniego obrażenia ośrodka mowy, z wybroczyną z jakiejś gałązki lewej tętnicy zatoki Sylwiusza. Krwotok śródczaszkowy wykluczono z powodu braku ogólnych cięższych objawów ucisku mózgu, objawy padaczkowe zaś tłómaczyć się dają podrażnieniem kory częścią wskutek bezpośredniego zadziałania wybroczyny, dążącej ku obwodowi, częścią wskutek pewnego zwiększenia ucisku śródczaszkowego, a wreszcie z powodu możliwego obrzęku w sąsiedztwie miejsca krwotoku. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

A. Eulenburg. **Działanie i wskazania dla bardzo silnie napiętych, a nadzwyczaj często zmienianych co do kierunku prądów. (Prądy d'Arsonval'a — Tesla).** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 12 — 13, 1900). Mikołaj Tesla, inżynier z zawodu, wynalazł przed mniej więcej 10 laty „światło bez ciepła“ („światło przyszłości“ — „światło Tesla“), do którego użył prądów o nadzwyczajnej sile napięcia i wielkiej liczbie zmian ich kierunku. Niezależnie od tego fizyolog francuski d'Arsonval, badając własności tych prądów, doszedł do nadzwyczajnych wyników, tak co do własności ich fizycznych, jak i wartości leczniczej. Prądy to mianowicie, choćby o setkach tysięcy i milionach Volt, stają się przy pewnej liczbie zmian ich kierunków dla ustrojów zwierzęcych i ludzkich nieszkodliwe, bo wprost dla nerwów ruchowych i czuciowych niepochwytne. z tego samego powodu, z jakiego dla nerwów wzroku i słuchu pochwytne są fale światła i głosu o pewnej tylko oznaczonej długości. Dla prądów tych, a właściwie ich elektrycznej energii, powietrze w odpowiednich warunkach staje się równie znakomitym przewodnikiem, jak metal; tę własność ich zużytkowano do nowego sposobu elektryzowania t. zw. „arsonwalizacyi“. Sposób ten polega na całym szeregu nowych zjawisk, jest oczywiście więcej złożony, przedstawia jednak wielkie na przyszłość nadzieje, albowiem na podstawie licznych doświadczeń przekonał się d'Arsonval, że mimo pozornego braku wpływu na nerwy ruchowe i czuciowe prądy te w bardzo znacznym stopniu oddziaływują na system naczyniowo-ruchowy, podnosząc stale ciśnienie tętnicze, przyspieszają sprawę utleniania, sprawy wydzielnicze i przemianę materyi, a przytem działają zabójczo na drobnoustroje i ich jady. Badania dalsze są w toku, E. przedstawiał zaś na posiedzeniu tow. lekarskiego berl. odpowiednio zbudowane do tego przyrządy. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Doc. Kretz. **O marskości wątroby.** (*Wiener klin. Woch.* 1900, Nr. 12). Pomimo dokładnej znajomości szczegółów histologicznych marskości wątroby rozchodzą się jeszcze do dziś dnia pojęcia o istocie tej sprawy chorobowej w bardzo różnych kierunkach. Zapomocą krytycznego rozbioru obecnych teoryi i zestawienia obrazów drobnowidowych z przypadków marskości wątroby, odpowiadających bądź pojęciu marskości zanikowej Laenneca, bądź też pojęciu marskości przerostowej Todda, lub postaciom pośrednim, dochodzi K. do wniosku, że osią, około której obraca się cała sprawa chorobowa, jest w marskości wątroby przebudowa (*Umbau*) tkanki wątrobowej, w czem biorą udział wszystkie jej składniki. Przebudowa ta, wywołana przez ubytek miąższu, rozpoczyna się od spraw odrodczych (regeneracyjnych) w komórkach wątrobnych. Wogóle zaś należałoby marskość wątroby określić jako sprawę ogniskową, przewlekłą, powracającą, w której obok siebie toczy się zwyrodnienie i odradzanie się, aż wreszcie to ostatnie przestaje dotrzymywać kroku pierwszemu i wówczas przeważna część zrazików wątrobowych marnieje. *Ciechanowski.*

VI. Stanowisko lekarzy kąpielowych.

Napisał

Dr. Władysław Maleszewski

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag, lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.

Trudne warunki społeczne wyrobiły ciężkie stosunki dla stanu lekarskiego, które z dnia na dzień pogarszają się. Żaden zapewne zawód nie wymaga tyloletniej pracy, takiego poświęcenia i nawet zaparcia się siebie, jak zawód lekarski; a mimo to wartość tej pracy i tych usilnych, humanitarnych dążeń z każdym dniem mniej jest uznawaną. Długie i żmudne studya uniwersyteckie, kilkoletnia praca szpitalna, borykanie się z losem, a nieraz z niedostatkiem w początkach, niebezpieczeństwa, trudy i przykrości samodzielnej praktyki, nie tylko nie zapewniają dzisiaj lekarzowi zrównoważenia nakładu pracy i kapitału, ale nawet nie zdobywają mu tego moralnego uznania, do którego ma prawo. Zapewne, i w każdym innym kierunku czuć się to daje, ale też różnice powinny być wielkie, zależnie od wielu czynników: wysiłek umysłowy górować niewątpliwie powinien nad wysiłkiem mięśniowym, pracującym mechanicznie. A jednak dzisiaj, gdy rosnąca filantropia wytworzyła instytucyę tak skądinąd humanitarną i piękną, jak kasy chorych, zaznaczył się ten postęp społeczny z drugiej strony krzywdą lekarzy, spychanych przez kasy chorych na stanowisko licho płatnego wyrobnika, i wyzyskiwanych bezprzykładnie przez to właśnie urządzenie, które miało być wyrazem sprawiedliwości społecznej, a które stawia dziś lekarza w położeniu stosunkowo gorszem, niż fizycznie pracującego robotnika. Do czynników, z którymi dziś stan lekarski walczyć musi, należy doliczyć jeszcze krzewiące się coraz bardziej partactwo lekarskie w postaci homeopatyi, rozmaitych rzekomych cudotwórców w rodzaju Kneippa, Lahmanna i t. d., powódź najrozmaitszych popularnych wydawnictw, zalecających „leczenie naturalne“, a obliczonych na głupotę ludzką i w niej istotnie znajdujących oddźwięk. Przytem wszystkiem oddziaływa na stan lekarski ujemnie także i wzrastające wskutek złych warunków ekonomicznych współzawodnictwo między lekarzami. Złemu nie mogą zaradzić Izby lekarskie, obdarzone zbyt małą władzą, i istnieniem swojem wcale nie ułatwiające stosunków stanu lekarskiego.

W wielkich miastach, chociaż z roku na rok liczba lekarzy wzrasta, a praca jest ciężka, to jednak usterki i przykrości, wynikające z walki o byt, łagodzi nadzieja lepszej przyszłości i rozmaite uboczne czynniki. Lekarz w mieście rozporządza pięknym często materyałem klinicznym, a spotykając się nieraz z groźnem, wymagającem energii i doświadczenia cierpieniem, ma sposobność przynieść pomoc doraźną, a skuteczną. Jest to zachętą i nagrodą za trudy, pobudką do pracy naukowej, do kroczenia za jej postępem, jest pomocą w wyrabianiu swego osobistego doświadczenia lekarskiego. Towarzystwa lekarskie, istniejące po miastach, nie tylko zacieśniają węzły koleżeńskie, a przez to nieraz nawet bardzo dzielnie normują stosunki lekarskie, lecz dostarczając strawy naukowej stają się bodźcem do pracy i stwarzają szlachetne współubieganie się czysto naukowe. Te wszystkie okoliczności są przyczyną, że lekarze po miastach powszechnie odpowiadają swemu zadaniu, utrzymują się na poziomie naukowym, a nawet sterują wiedzą i prawdziwie pożytecznie przez życie przechodzą, mimo że borykając się z losem nieraz sterają swe siły.

Inna jest dola lekarzy kąpielowych. Ci dziwnym zbiegiem okoliczności, w oczach ogółu daleko odbiegli od ideału lekarza, ogół

nietylko ich nie zalicza do przodowników nauki, lecz przeciwnie dużo im przypisuje wad i ułomności, a nawet mało ma do nich zaufania. Ten przykry, od dawna istniejący objaw, nie dążący wcale do zmiany na lepsze, ma swe wytłómaczenie i przyczyny, które niestety w znacznej części tkwią w nas samych. Zwalać wszystko na los, na okoliczności byłoby najłatwiej, a przytem najwygodniej, ale bezstronnie rzecz biorąc, uderzyć się należy nam w piersi i przyznać się otwarcie do własnej winy.

Po miastach, a nawet miasteczkach i wioskach, słyszy się nieraz nazwiska lekarzy dawno już pomarłych, z pietyzmem powtarzane przez całe jeszcze pokolenia, jako dobroczyńców ludzkości, ludzi niezwykłej wiedzy i serca, a czy takiego pomnika doczekał się jaki lekarz kąpielowy za życia lub po śmierci? Lecz czy sprawiedliwie? Trudno z góry rozstrzygnąć: tylko ścisłe rozpatrzenie sprawy dać może odpowiedź.

Balneoterapia nie jest złudzeniem, nie jest tylko psychoterapią — tego nawet najzagorzalsi jej przeciwnicy nigdy nie twierdzili, a mimo to wyrobiła sobie dziwnie złą opinię i inne siostrzane działy medycyny uważają ją niemal za „Kopciuszka“. Nie sama nauka, jako taka, lecz jej pionierzy przyjąć muszą winę na siebie. Śmiesznem bowiem niewątpliwie byłoby twierdzenie, że klimat, wypoczynek, usunięcie się od codziennych, nieraz bardzo kłopotliwych zajęć i trosk, dyeta i inne tym podobne czynniki nie mają żadnego znaczenia leczniczego. Czegoś podobnego nie sądzi żaden inteligentny laik, nie mówiąc już o lekarzach. Całość leczenia zdrojowo-kąpielowego, poparta powyższymi czynnikami, stanowi źródło zdrowia dla chorych, szukających ratunku lub choćby pomocy u wód. To też chorzy powszechnie chwalą skutki leczenia, a mimo to jednak nie szczędzą docinków swoim lekarzom zdrojowym.

Wejdźmy nieco bliżej w szczegóły praktyki balneologicznej, zapoznajmy się z jej warunkami i jej stanem obecnym, a wtedy z łatwością zdamy sobie sprawę z jej niedoborów i usterek.

Każda gromada wód mineralnych posiada swe odrębne wskazania i niepodobna wszystkim przypisywać jednych i tych samych własności leczniczych. Niepodobna przecież gruźliczego wysłać do Karlsbadu, lub chorego na kamienie nerkowe lub wątrobowe do Krynicy; pod tym względem sceptycyzm najzagorzalszych przeciwników balneoterapii nie doszedł jeszcze tak daleko. Nie wystarczy jednak, aby chory, wysłany do jednego z miejsc kąpielowych, nie znając istoty swego cierpienia i na własną rękę pijąc przesadne nieraz ilości wód, lub mocząc się zawzięcie w kąpielach mineralnych lub błotnych, miał prawo uważać to za właściwe dla siebie leczenie, lub też za leczenie, właściwe tylko temu właśnie miejscu kąpielowemu. Chory, wysłany do kąpiel, powinien być tam otoczonym sumienną opieką lekarską, dającą mu rzetelny kierunek w postępowaniu. Roztoczyć opiekę nad chorym polega, w umysłach publiczności, na wskazaniu źródła, z którego wodę pić powinien, wyznaczeniu dyety i zabronieniu lub pozwoleniu wychodzenia po zachodzie słońca. Oto te naiwne żądania powszechnie uważane są za najważniejsze, a pojęcie ważności cierpienia i leczenia zaczyna się dopiero wtedy, kiedy gorączka lub bóle wskażą dosadnie na niebezpieczeństwo. Nauka lekarska jest tylko jedna; niema jakiejś odrębnej medycyny kąpielowej. Przejść w szablon, byle dogodzić publiczności, przerzucać bezpodstawnie swe wskazania ze źródła do źródła, zadawalniać ogólnikami ciekawość potrzebującego porady, ulegać usilnym a nierozsądnym nieraz prośbom chorych — to nie leczenie poważne, lecz prawdziwie tylko psychoterapia. Lekarz kąpielowy przedewszystkiem zapomnieć powinien na chwilę, że rozporządza środkami miejscowymi, wodami i kąpielami leczniczemi. Powinien postępować tak, jak każdy przeciętny lekarz, a dopiero, zastósowawszy wszystkie zwyczajne środki lecznicze, przerzucić się na pole miejscowych czynników balneoterapeutycznych i zastósować wody mineralne, oraz zabiegi wodolecznicze; wtedy dopiero całość się złoży. Każde cierpienie, szczególniej ustrojowe (konstytucyonalne), przedstawia obszerny przedmiot do badania i niewyczerpany materyał do wywiadów, a przytem tyle posiada stron ciemnych i zawikłanych, że lekarz na brak pracy w takich razach uskarżać się nie powinien. Rzućmy okiem na choroby poszczególnych narządów i ich leczenie, a przekonamy się, jak obszerne pole ma lekarz zdrojowy i jak skuteczna może być jego praca; wszak lekarz zdrojowy znajduje się w wyjątkowo korzystnych warunkach, niosąc pomoc chorym, usuniętym od codziennych kłopotliwych zajęć i oddającym się przez kilka tygodni tylko zabiegom około własnego zdrowia. Trzeba zatem tę sposobność wyzyskać, a nie dozwalając, aby leczący się ogół uważał lekarza zdrojowego tylko za rodzaj specyalisty od wody tej lub innej, od tuszów lub kąpieli nasiadowych, spożytkować całą swą umiejętność lekarską na korzyść oddającego się opiece chorego.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W odpowiedzi na przytoczone w Nrze 16 *Przeglądu* podanie lekarzy pomocniczych szpitala św. Łazarza, nadesłanej Dyrekcyi szpitala, zaznacza Wydział krajowy, że dola lekarzy pomocniczych nie jest mu obojętną i że jest staraniem i usiłowaniem kraju i władz krajowych zapewnić pracownikom w instytucyach krajowych w zamian za ich gorliwą pracę odpowiedni materyalny byt. Uznaje Wydział krajowy, że teraźniejsze płace lekarzy pomocniczych przy szpitalach krajowych nie są wysokie i że dążenie do ich polepszenia zasługuje na przychylne poparcie i uwzględnienie ze strony władz krajowych. Wyrazem przychylnego usposobienia Wydziału krajowego i Sejmu jest uchwała budżetowej komisyi sejmowej, która remuneracye dla bezpłatnych praktykantów powiększyła z preliminowanej pierwotnie kwoty 300 złr. do 1000 złr., zanim jeszcze lekarze petycyę swoją przedłożyli. Powodem, dla którego Wydział krajowy dotąd z wnioskiem uregulowania płac lekarzy pomocniczych przy szpitalach krajowych przed Sejm nie przyszedł, jest smutny stan ekonomiczny kraju, którego naturalnym wynikiem musi być szczupłość zasobów funduszu krajowego i zła równowaga krajowego budżetu. Wydział krajowy wyraża jednak nadzieję, że stan finansów krajowych na rok przyszły będzie o tyle dobry, że pozwoli mu życzenie lekarzy pomocniczych szpitala krajowego wziąć pod rozwagę przy układaniu budżetu na rok 1901 i przedłożyć równocześnie z tym budżetem Sejmowi wniosek o podwyższenie płac, któreby odpowiedziało życzeniom, w petycyi podanym. Co do postulatów w sprawie obsadzania posad lekarskich przy szpitalach krajowych, Wydział krajowy stwierdza, że będzie zawsze, jak dotychczas, z całą pieczołowitością brał pod rozwagę przy nominacyach stosunki osobiste kandydatów i ich w poprzedniej służbie dla kraju położone zasługi. Wreszcie zauważa Wydział krajowy „że nie mogą lekarze pomocniczy zapoznawać, że ich lekarski zawodowy obowiązek nie pozwala im opuścić gremialnie chorych, zanimby mieli pewność, że w ich miejsce ci chorzy inną pomoc lekarską w swojem cierpieniu znajdą, a z chwilą, gdy tak jest, końcowy ustęp petycyi nabiera cechy niewłaściwej decyzyi, która tylko utrudnić musi Wydziałowi krajowemu korzystne dla lekarzy pomocniczych załatwienie dezyderatów, w petycyi poruszonych“. Wydział zamyka pismo swoje wyrażeniem nadziei, że „lekarze na posterunku swej pracy dla kraju nadal wytrwają i z tą samą co dotychczas gorliwością i sumiennością pracować zechcą“.

Lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza, zebrawszy się w poniedziałek 23 b. m., przyjęli, jak słychać, z zadowoleniem zapowiedź polepszenia swego bytu, postanawiając pozostać na swych stanowiskach, a nie zaniechać starań o poparcie swych usiłowań przez Sejm galicyjski.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

XXIV. Sekcya wychowania fizycznego i higieny szkolnej podaje do wiadomości następujący swój program: Celem obrad sekcyi jest: a) zapoznać ogół lekarzy i wychowawców z postępami wiedzy w zakresie higieny szkolnej i wychowania fizycznego; b) przedstawić stan, w jakim znajduje się kraj nasz pod względem zdrowotności szkół i ćwiczeń fizycznych; c) w szeregu wniosków i rezoluzyi wskazać środki zaradcze, zmierzające do polepszenia tego stanu.

Sekcya odbędzie dwa posiedzenia popołudniowe z następującym porządkiem dziennym:

I posiedzenie (prawdop. w sobotę, w sali „Sokoła“).

1) „Obecny stan nauki o wychowaniu fizycznem“. Na sprawozdawcę uchwalono uprosić prof. Dr. N. Cybulskiego (Kraków).

2) „Statystyka wychowania fizycznego w Polsce“. Sprawozdawca dla Galicyi Dr. Tyszocki (Kraków). (Nazwiska dwóch innych sprawozdawców podane będą później). Dyskusya. Wnioski co do ulepszenia statystyki.

3) „Postulaty w sprawie wychowania fizycznego w Galicyi“. Sprawozd. Dr. Piasecki (Lwów). (Inni sprawozdawcy j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

4) Ćwiczenia wzorowe „Sokoła“. Zwiedzanie wystawy gimnastycznej i sportowej.

II posiedzenie (prawdop. w poniedziałek).

1) „Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole“. Sprawozdawca prof. Dr. Bujwid (Kraków).

2) „Sprawa lekarzy szkolnych“. Sprawozd. Dr. Bier (Kraków).

3) „Charakter dziennej i tygodniowej pracy ucznia“. Spraw. prof. Błażek (Lwów).

4) „Higiena zmysłów młodzieży szkolnej“. Sprawozdawca Dr. Schmidt (Kraków).

5) „Wady szkół naszych pod względem zdrowotnym“. Spraw. dla Galicyi prof. Błażek (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski zmierzające do ulepszenia badań statystycznych nad higieną szkół naszych.

6) „Postulaty w sprawie higieny szkół w Galicyi“. Spraw. Dr. J. Landau (Kraków). (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

Uwaga. Sprawozdanie (referat) trwać może najwyżej 20 minut; w dyskusyi przemawiać wolno 5 minut. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz sekcyi (Lwów ulica Szeptyckiego, l. 3).

Dr. Eugeniusz Piasecki sekretarz. *Prof. Dr. H. Jordan* gospodarz sekcyi.

W dalszym ciągu wpłynęły następujące nowe zgłoszenia lub zmiany:

— W sekcyi III. 12) J. Ziemba (Baku): „Płody kopalne Kaukazu“. (192)

— W sekcyi X. Prof. K. Twardowski zapowiada zamiast dwóch, tylko jeden wykład: „Sprawa klasyfikacyi zjawisk psychicznych“. (120/1).

— W sekcyi XIII. 12) Dr. K. Zaleski (Sanok): „Leczenie zimnicy wodą zimną (sposób własny)“ oraz 13) „Przypadek tężca. Wyleczenie“. (193 i 194)

— W sekcyi XIV A. 48) Dr. J. Watten (Łódź): „Przyczynek do patologii i terapii zranień serca“ (195). Całkowity tytuł wykładu (180) Dr. J. Wattena brzmi: „O aseptyce i antyseptyce w szpitalach małych, oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej. Minimum ostrożności, jakie pod tym względem przedsiębrać należy“. Wykład ten przeznaczony na posiedzenie wspólne sekcyi XIV A. z sekcyą XIX.

— W sekcyi XIV B. 3) Dr. Spira (Kraków): „O patogenezie czynnościowego wstrząśnienia błędnika (*commotio labiryntbi*)“ (196)

— W sekcyi XV (dentyst.) 6—8) Goldberg (Warszawa): a) „Zastosowanie kwasu osmowego do leczenia zachowawczego miazgi zębowej“ b) „*Natrium metallicum* w leczeniu zastarzałej zgorzeli miazgi“ c) Demonstracya sposobu regulowania zębów. (197—199)

9) Krakowski (Warszawa) „O przypadłościach ze strony jamy ustnej pod wpływem grypy“ (200)

10) Wł. Zieliński (Warszawa): „O wskazaniach do wyjmowania zębów pozornie zdrowych“ (201)

11) Iwankiewicz (Warszawa): „O replantacyi, implantacyi i transplantacyi zębów; z demonstracyami“ (202)

12—13) A. Klein (Warszawa): a) „Nowy przyrząd artykulacyjny (zgryzadło)“, b) tytuł podany będzie później (203, 204)

14) Blikle (Warszawa): „Sposób racyonalnego czyszczenia zębów z przedstawieniem szczotki własnego pomysłu“ (205)

15) Feliks Kohn (Warszawa): Demonstracye z dziedziny techniki plombowania i korony Bibera, Müllera i Morrisona (206)

W poprzednich ogłoszeniach o sekcyi XV były nazwiska Dr. F. Kołakowskiego i Dr. Wiktora Wernikowskiego podane błędną pisownią.

— W sekcyi XVII. 1) Dr. Bucelski (Warszawa): „Czynniki, wywołujące bezwład postępujący“ (207).

2) Dr. Skłodowski (Warszawa): „Przypadek porażenia Brown-Sequarda“ (208).

3) Dr. Miklaszewski (Warszawa): „O zmiennej nierówności źrenic (*Mydriasis saltans v. alternans*)“ (209)

— W sekcyi XIX. 20) Wykład (180) Dr. J. Wattena na wspólnem posiedzeniu z sekcyą XIV. A. (ob. wyżej).

21) Dr. Zaleski (Sanok): „O najdzielniejszym sposobie wzmacniania bólów porodowych przy dzisiejszym poziomie wiedzy“ (210)

— W sekcyi XX. 10) Dr. J. Zawadzki (Warszawa): „Rola lekarza biegłego w sądzie“ (211)

— W sekcyi XXI. 6) Dr. Łazarowicz i Dr. Al. Zawadzki (Warszawa): „O pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych w Królestwie Pol.“ (212)

7) Dr. Palmirski (Warszawa): „O surowicy paciorkowcowoj“ (213)

8) Dr. Nussbaum (Warszawa): „Rola dziedziczności w higienie“ (214)

9) Dr. Bartoszewicz i Dr. L. Nencki (Warszawa): „O zanieczyszczeniu rzek“ (215)

10) Inż. Kaźm. Matecki: „Urządzenia zdrowotno-techniczne“ (z przedstawieniem planów) (216)

11) Bud. Ksaw. Makowski (Warszawa): „Zagroda włościańska dla gospodarstwa 10-morgowego“ (217)

12) Bud. Edw. Goldberg (Warszawa): „Domy dla robotników“ (z przedstawieniem planów) (218)

13) Dr. J. Zawadzki (Warszawa): „Pomoc doraźna lekarska w większych i mniejszych miastach“ (219)

14) Dr. Jakimiak i Dr. L. Nencki (Warszawa): „O żywieniu chorych w szpitalach“ (220)

15) Dr. Barszczewski (Warszawa): „Przyczynek do higieny odzieży“ (221)

16) Dr. Bartoszewicz (Warszawa): „Drogi szerzenia się chorób zakaźnych“ 222)

Kraków, 25 kwietnia 1900. *Ciechanowski* sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 26 kwietnia.

* We środę d. 25. b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak., na którem kol. St. Dobrowolski omówił: „Cztery przypadki cięcia cesarskiego, wykonane w bieżącym r szk. w krakowskiej klinice położniczej“; w rozprawach zabierali głos kol. Doc. Braun, Prof. Jordan, T. Piotrowski i Prof. Wachholz. Wykład kol. Nartowskiego odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia (we Środę 2 maja).

— Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo! Odpowiadając na odezwanie się prof. Bujwida w Nrze 16 „Przeglądu lekarskiego“ oświadczam:

Zostawiając prof. Bujwida przy jego poglądach, sam zostaję przy swoich. Ważność zarazka gruźlicy oceniam należycie, ale jej nie przeceniam, bo nie sam tylko zarazek gra rolę w powstawaniu gruźlicy.

Prof. Dr. Domański.

* W poniedziałek 22 b. m. odbyło się zebranie lekarzy praktycznych krakowskich przy udziale około 50 uczestników, na którem zastanawiano się głównie nad szczegółami regulaminu kasy wzajemnej pomocy.

* Zjazd elektrologiczny i radiologiczny odbędzie się w Paryżu od 27. VII do 1. VIII b. r.

Mianowania: Doc. Aschaffenburg w Heidelbergu nadzw. profesorem psychiatryi.

Zmarli: B. profesor chemii fizyologicznej Szczerbaków w Kazaniu; prof. neurologii Hood w Waszyngtonie; prof. weterynaryi Wildner w Insbrucku. Dr. Czesław Stiche, długoletni lekarz zdrojowy w Karlsbadzie, zmarł w Warszawie. W Wilnie zmarł Dr. Hilary Raduszkiewicz w wieku l. 63, długoletni radny miasta i prezes komisyi sanitarnej wileńskiej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Medycyna* Nr. 16: S. Kosobudzki: W sprawie krwawienia kiszkowego po odprowadzeniu lub cięciu przepuklin uwięzłych. F. Arnstein: O leczeniu balneoterapeutycznem otyłości (dok.). *Gazeta lekarska* Nr. 16: A. Grünbaum: Rak odbytnicy. Stan. Dąbrowski: Przypadek wynicowania pęcherza moczowego. Fr. Neugebauer: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, dnia 2 maja, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Witkowskiego (Collegium physicum)*. Porządek dzienny: 1) kol. prof Browicz: „O budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych“ (z demonstracyami), 2) kol. Nartowski: „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 5 Maja 1900. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z uduszenia, otrucia chloroformem lub rażenia prądem elektrycznym

Podał

Prof. Dr. J. Prus

Dyrektor Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

(Według wykładu w Tow. lek. lwowskiem dnia 11 listopada 1899 r.).

Jak wiadomo — z chwilą ustania oddechania i ruchów serca następuje śmierć osobnika. Odtąd rozpoczyna się w ustroju martwym szereg zmian, dążących w pierwszym rzędzie do zupełnego zniesienia wszelkiej pobudliwości tkanin. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rozmaite tkaniny utracają swą pobudliwość w różnym stosunkowo czasie, licząc od chwili śmierci osobnika. Najwcześniej traci swą pobudliwość tkanka nerwowa i tkanka gruczołowa, później tkanka mięśniowa, a wreszcie tkanka łączna. Tkanki, wycięte z ustroju żywego, zatrzymują również swą pobudliwość jeszcze przez czas pewien. I tak: nerw lub mięsień wycięty utrzymuje swą pobudliwość wśród korzystnych warunków nawet przez kilka lub kilkanaście godzin, — serce psa wycięte jest jeszcze czasem przez 96 godzin pobudliwe, -- a chrząstka zachować może swą żywotność nawet przez 30 dni.

Opierając się na tem założeniu, że w chwili śmierci osobnika poszczególne tkanki nie tracą jeszcze swej pobudliwości, doszedłem do wniosku, że w tych przypadkach, w których ustrój ludzki, posiadający tkanki zdrowe, uległ nagłej śmierci, czy to z powodu uduszenia, czy też z powodu otrucia chloroformem lub innemi truciznami, czy wreszcie z powodu rażenia prądem elektrycznym, — będzie można pokusić się o wskrzeszenie zmarłego przy pomocy sztucznego sprowadzenia tych warunków, od których życie ustrojów wyżej uorganizowanych przedewszystkiem zawisło t. j. przy pomocy wzniecenia: 1) sztucznego oddechania i 2) sztucznego obiegu krwi, oczywiście jeżeli przystąpimy do czynności wskrzeszania w tym okresie śmierci, w którym tkanki nie straciły jeszcze zupełnie swej pobudliwości.

Wobec tego przypuszczenia należało przedewszystkiem rozwiązać pytanie, w jaki sposób tym dwom warunkom w całej pełni zadosyć uczynić?

Aby dopełnić pierwszego warunku nie wystarcza, zdaniem mojem, zastósowanie metody Sylvestra, Paciniego, Howarda lub innych podobnych sposobów, którymi posługujemy się w przypadkach śmierci pozornej t. j. w tych przypadkach, w których czynność płuc i serca odbywa się jeszcze, aczkolwiek prawie niespostrzeżenie, lecz należy wykonać tracheotomię i połączyć wnętrze tchawicy za pośrednictwem stósownej rurki z odpowiednim mieszkiem, zapomocą którego można dostateczną ilość powietrza wdmuchiwać miarowo do płuc.

Co się tyczy drugiego warunku, to zastanawiając się nad sposobami wzniecenia sztucznego obiegu krwi, wyrobiłem sobie to przekonanie, że do tego celu prowadzić może najpewniej miarowe (rytmiczne) uciskanie palcami serca odsłoniętego, — w ten bowiem sposób możemy skutecznie naśladować skurcz i rozkurcz serca, a tem samem stworzyć możemy warunki, od których krążenie krwi w pierwszym rzędzie zależy.

Z naciskiem uwydatnić muszę, że zastósowanie sposobu, podanego przez Prof. Dr. Boehma[1]), polegającego na miarowem uciskaniu nienaruszonej klatki piersiowej, nie może sprowadzić sztucznego obiegu krwi w przypadkach śmierci nietylko u człowieka, ale nawet u zwierząt, które mają klatkę piersiową mało podatną, jak n. p. u starszych psów. Jak wiadomo, wykonał Boehm szereg doświadczeń głównie na młodych kotach, które, bądź to po zatruciu solami potasowemi, lub chloroformem, bądź też po zaciśnięciu tchawicy, — cucił przy pomocy sztucznego oddechania i przy pomocy miarowego uciskania podatnej klatki piersiowej. Zważywszy, że Boehm zastósowywał sztuczne oddechanie i miarowe ugniatanie klatki piersiowej z reguły natychmiast lub kilka minut po zniknięciu fali tętna na kimografie, a więc w okresie, w którym serce niewątpliwie jeszcze pewne samoistne ruchy wykonywało, aczkolwiek tak słabe, że manometr tych ruchów już nie znaczył, nie ulega wątpliwości, (co zresztą sam Boehm przyznaje), że odnośnie do jego doświadczeń nie można mówić o wskrzeszeniu w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz tylko o ocuceniu z śmierci pozornej. Odkładając na później szczegółowe omówienie doświadczeń Boehma, zaznaczam, że zdaniem mojem możemy sztuczny obieg krwi u człowieka zmarłego sprowadzić jedynie przez bezpośrednie uciskanie palcami serca odsłoniętego, oczywiście po poprzedniem otwarciu klatki piersiowej bez naruszenia worków opłucnowych.

Tu nasuwa się znów pytanie, w jaki sposób najłatwiej można utorować sobie drogę do serca ludzkiego? W tym względzie przychodzi nam z pomocą chirurgia, podając sposoby odsłonięcia serca u człowieka bez zranienia worków opłucnowych. Pomijając inne dawniejsze sposoby, uwydatnić muszę, że sposób podany przez Radcę Dworu Prof. Dra Rydygiera[2]), tudzież sposób podany przez Doc. Dra Wehra[3]), pozwala na szybkie, pewne i dostateczne odsłonięcie serca

---

[1]) Prof. Dr. R. Boehm: »Ueber Wiederbelebung nach Vergiftungen und Asphyxie«. *Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* VIII Bd. 1877.

[2]) Prof. Rydygier: »O ranach serca». *Przegl. lek.* 1898. Nr. 00. »Ueber Herzwunden». *Wien. klin. Wochschr.* 1898. Nr. 47.

[3]) Doc. Dr. Wehr: »Ueber eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung des Herzens«. *Arch. f. klin. Chirurg.* 59 Bd. Heft 4.

tak, że serce ludzkie można swobodnie ująć w rękę i należycie miarowo uciskać.

Chcąc się przekonać, czy pomysł wskrzeszenia zmarłego zapomocą sztucznego oddechania i sztucznego obiegu krwi może się urzeczywistnić, przedsięwziąłem szereg doświadczeń, w których zwierzęta, pozbawione życia bądź to przez uduszenie, bądź też przez otrucie chloroformem lub rażenie prądem elektrycznym, starałem się wskrzesić w różnym okresie trwania śmierci, wykonywując sztuczne oddechanie i uciskając miarowo odsłonięte serce.

1) Wskrzeszanie w przypadkach śmierci z uduszenia.

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: Na zwierzęciu żywem i zdrowem, a uśpionem w sposób odpowiedni i przywiązanem do stoliczka Klebsa, wykonywałem najprzód tracheotomię i łączyłem tętnicę szyjną z manometrem rtęciowym. Po prawej stronie klatki piersiowej przymocowywałem poduszeczkę gumową, połączoną z bębenkiem Mareya, celem badania ruchów oddechowych. Wszelkie wahania w parciu krwi oraz ruchy oddechowe znaczyły się na szerokiej taśmie papieru, poczernionego sadzą. Taśmę papieru, 4 metry długą, a 25—36 ctm. szeroką, obracały stósowne walce mego kimografu, zbudowanego na wzór kimografu Heringa, zwykły bowiem kimograf Ludwiga nie nadaje się tak dobrze do tego rodzaju doświadczeń. Tak kimograf, jak i miech, służący do sztucznego oddechania, wprawiałem w ruch zapomocą małych motorów elektrycznych. Zaznaczywszy najprzód na kimografie prawidłowe parcie krwi i ruchy oddechowe zwierzęcia, zaciskałem następnie szczelnie rurkę gumową, połączoną z rurką, umieszczoną w tchawicy. Od tej chwili rozpoczynało się duszenie się zwierzęcia, a manometr wskazywał znaczne podwyższenie się parcia krwi, poczem wkrótce pojawiały się gwałtowne wahania się w parciu i tak zwane tętno nerwu błędnego, oraz występowała gwałtowna duszność i drgawki. Po ustaniu drgawek oddechy stopniowo zmniejszały się, a parcie zwolna poczynało opadać, wreszcie oddech ustawał zupełnie, a zwykle w 2 lub 3 minuty później parcie obniżało się do zera, na krzywej zaś ciśnienia znikał wszelki ślad wahań, zależnych od czynności serca.

Czas, jaki upłynął od chwili zaciśnięcia tchawicy aż do ustania ruchów serca t. j. czas trwania duszenia równał się *minimum*: 4 minutom, *maximum*: 20 minutom. W szczególności okres duszenia trwał: 4',—4'7'',—4'20''—5' (w 3 przypadkach), — 5'21'',—5'30'',—5'45'' (w 2 przypadkach), 5'55'',—6', (w 3 przypadkach) — 6'25'',—6'30'' (w 2 przypadkach) —7' (w 6 przypadkach), —7'20'',—7'30'',—8' (w 6 przypadkach, — 8'17'', (w 2 przypadkach) — 8'38'',—9' (w 3 przypadkach) 9'40'' (w 2 przypadkach), — 10',—10'34'', —11',—13',—20'.

Od chwili ustania wszelkich ruchów oddechowych aż do chwili ustania ruchów serca upływała zwykle jedna, dwie lub trzy minuty, a wyjątkowo nawet 5 minut. W dwóch przypadkach ustała czynność serca wcześniej, niż oddech, a mianowicie w jednym przypadku o 15'', a w drugim przypadku o 2'33'' wcześniej, niż ostatni oddech.

Gdy ruchy oddechowe i ruchy serca ustały, otwierałem klatkę piersiową albo w linii środkowej ciała przez przepiłowanie mostka, albo też po stronie lewej przez przecięcie 2 lub 3 chrząstek żebrowych w miejscu ich przyczepienia się do żeber. Pierwszego sposobu używałem w tych przypadkach, w których nie zależało mi na tem, aby zwierzę po wskrzeszeniu nadal przy życiu utrzymać, natomiast drugim sposobem otwarcia klatki piersiowej posługiwałem się wówczas, gdy zamierzałem zwierzę wskrzeszone pozostawić przy życiu przez czas dłuższy. Oglądnąwszy jak najstaranniej odsłonięte serce i przekonawszy się, że ani komórki, ani przedsionki nie okazują już najmniejszego śladu ruchu, że więc śmierć zwierzęcia niewątpliwie nastąpiła, wyczekiwałem spokojnie przez kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt minut, zwracając ciągle baczną uwagę na odsłonięte serce i zapisując czas ten w protokole doświadczeń. Wreszcie przystępowałem do czynności wskrzeszania.

Po zdjęciu zacisku, zamykającego dostęp powietrza do płuc, łączyłem nasadkę gumową rurki, umieszczonej w tchawicy, z miechem, służącym do sztucznego oddechania. Dodać muszę, że, jak to zwykle się czyni, w rurce gumowej robiłem przez skośne jej nacięcie maleńki otworek, by nietylko nadmiar powietrza, wtłaczanego do płuc, ale także powietrze wydechane mogło tą drogą swobodnie uchodzić. Objąwszy prawą ręką odsłonięte serce tak, że wielki palec spoczywał na komórce prawej, a inne palce dotykały komórki lewej, rozpoczynałem miarowo uciskać obie komórki serca z mierną siłą naśladując tym sposobem skurcz i rozkurcz serca. Najczęściej równocześnie z rozpoczęciem uciskania serca wprawiałem w ruch mieszek do sztucznego oddechania. W niektórych przypadkach rozpoczynałem sztuczne oddechanie nieco później (a mianowicie o:10'', — 15'' (2 razy), — 30'', —3'30'') lub wcześniej (a mianowicie o: 30'',—50'',—3'), niż mięsienie serca. Za każdym uciskiem serca podnosiła się rtęć w manometrze o kilka lub kilkanaście milimetrów. Po kilkunastu lub kilkudziesięciu uciśnieniach serca wypoczywałem chwilę, przyglądając się uważnie odsłoniętemu sercu, poczem rozpoczynałem na nowo uciskać miarowo obie komórki serca, dopóki zmęczenie nie zmusiło mnie do wypoczynku.

W wyjątkowych przypadkach pojawiały się już po 14 sekundach mięsienia odrazu energiczne samoistne ruchy serca. Zwykle atoli należało przez dłuższy czas uciskać serce, by samoistne ruchy serca się zjawiły. Pod wpływem mięsienia zaczynały zwykle komórki najprzód jędrnieć i przybierać barwę jaśniejszą, a po pewnym dopiero czasie zjawiały się słabiuchne samoistne ruchy przedsionków, a następnie samoistne słabe skurcze komórek. Wówczas to manometr wskazywał stopniowe podwyższanie się parcia krwi wśród mięsienia, przy czem w chwili, wolnej od mięsienia, parcie nie obniżało się już do zera, lecz utrzymywało się na pewnej wysokości. Wkrótce potem wśród mięsienia zjawia się pierwszy energiczniejszy samoistny skurcz komórek, znaczący się nietylko wybitnie pod palcami, lecz także na krzywej ciśnienia wyraźnym podskokiem. Pod wpływem dalszego mięsienia potęgowała się już widocznie energia samoistnych skurczów komórek, uderzenia serca z początku powolne i nieregularne, stawały się częstszemi i więcej miarowemi, a co najważniejsza, zjawiał się wkrótce okres, w którym samoistne uderzenia serca nie ustawały nawet w czasie, wolnym od mięsienia. Gdy mimo dłuższej przerwy w mięsieniu energia samoistnych skurczów serca stopniowo wybitnie się potęgowała i parcie krwi widocznie się wzmagało, bywało już zwykle dalsze mięsienie serca zupełnie zbyteczne. Jeżeli

atoli w okresie, wolnym od miesienia, samoistne ruchy serca nie wzmagały się, lecz utrzymywały się tylko w pierwotnej sile, lub co gorsza zaczęły słabnąć, musiałem oczywiście ponawiać mięsienie, w przeciwnym bowiem razie serce wcześniej lub później przestawało bić, gdy tymczasem pod wpływem dalszego mięsienia siła skurczów serca niemal zawsze wzrastała tak, że ostatecznie udawało mi się doprowadzić serce do tego stanu, iż mimo zaprzestania mięsienia akcya serca już dalej samoistnie się wzmagała, a tem samem dalsze mięsienie serca bywało już zbyteczne.

Po pewnym czasie trwania samoistnej czynności serca i stopniowego wzmagania się parcia krwi pojawiał się zwykle pierwszy samoistny wdech, tak słaby, że piórko bębenka Mareya, które oczywiście znaczyć musiało ruchy klatki piersiowej, zależne od sztucznego oddechania, nie zdradzało wcale pojawienia się tego oddechu. Pierwszy ten wdech znaczył się jednak dość wyraźnie na krzywej ciśnienia krwi, w chwili bowiem wdechu parcie cokolwiek się obniżało, a następnie natychmiast podwyższało się wybitnie ponad poziom poprzedni. Wkrótce potem pojawiał się drugi wdech, znaczący się jeszcze wybitniejszem podwyższeniem się parcia krwi. Trzeci wdech uwidoczniał się już zwykle nietylko na krzywej ciśnienia, ale także na krzywej oddechania, a samoistny ruch klatki piersiowej można było już okiem zauważyć. Każdy następny wdech znaczył się jeszcze wybitniej tak na krzywej ciśnienia, jak i na krzywej oddechania. Pierwsze wdechy przychodziły do skutku jedynie z powodu działania samej przepony, przy następnych atoli wdechach brały już także udział mięśnie klatki piersiowej. Po pewnym czasie trwania samoistnych ruchów oddechowych sztuczne oddechanie stawało się już zbytecznem, — oczywiście w tych przypadkach, w których klatkę piersiową otworzono po stronie lewej, a więc tylko przy jednostronnej odmie piersiowej.

W dalszym ciągu wskrzeszania zaczyna zwierzę oddziaływać na bodźce zewnętrzne. Po dotknięciu rogówki powieka odruchowo się zamyka, po ukłuciu podeszwy łapka się porusza, a gdy wpuścimy silniejsze światło do oka, źrenica się zwęża i t. p. Następnie zaczyna zwierzę wykonywać rozmaite ruchy dowolne oraz odzyskuje przytomność.

W przypadkach, w których od chwili ustania ruchów serca aż do rozpoczęcia mięsienia serca upłynął znaczniejszy przeciąg czasu, musimy czasem mięsić serce przez jedną lub dwie godziny, nim pojawią się dostatecznie silne samoistne ruchy serca, podczas gdy pierwsze ślady samoistnych ruchów, zwłaszcza na przedsionkach, pojawiają się zwykle nawet w tych przypadkach dość wcześnie. Najtrudniej atoli pobudzić serce do samoistnej czynności niemal zawsze wówczas, gdy pod wpływem mięsienia pojawią się najprzód tak zwane włókienkowe drgania, podobne do ruchów robaczkowych (*delirium cordis*).

Co do czasu, jaki upłynął od chwili ustania ruchów serca, a więc od chwili śmierci zwierzęcia, aż do rozpoczęcia mięsienia, to w 44 doświadczeniach czas ten równał się minimum 1ej minucie, a maximum 1ej godzinie. W szczególności czas ten, wyrażający oczywiście trwanie śmierci zwierzęcia aż do chwili rozpoczęcia zabiegow, mających na celu jego wskrzeszenie, równał się: 1′ (w 3 doświadczeniach), —1′30″, 2′,—3′ (w 8 przypadkach), —3′20″, —3′30″ (w 2 przypadkach, —3′49″, — 4′30″,—4′40″,—5′ (w 4 doświadczeniach), 5′30″, —5′50″, —6′ (w 3 przypadkach), —7′27″ —8′, —10′ (w 5 przypadkach), —15′ (w 2 przypadkach), 16′, —30′, —40′,—45′—50′—1^h (w 2 przypadkach).

Czas, przez jaki musiano miesić serce, aby pierwsze ślady samoistnych rytmicznych ruchów serca się pojawiły, trwał *minimum* 14 sekund, *maximum* 1 godzinę 47 minut, a w szczególności: 14″—30″ (w 2 przypadkach), 35″,—45″, (w 2 przypadkach), —50″, —53″, —55″, — 56″, — 58″, —1′, (w 2 przypadkach), 1′30″ (w 4 przypadkach), —1′47″,—2′, —2′30″ (2 razy), —2′34″, —2′35″, —2′40″, —2′51″, —3′,—5′,—6′—10′ (2 razy), —11′34″, —12′, —13′30″,—13′41″,—15′, —36′, —51′30″, —1^h— 1^{h}34′, —1^{h}47′. W jednym przypadku nie pojawiły się żadne ślady samoistnych ruchów serca mimo długiego mięsienia, a w trzech przypadkach wystąpiły tylko drgania włókienkowe.

Samoistna, regularna i energiczna czynność serca powróciła w 32 przypadkach na 44 doświadczeń, natomiast w 8 przypadkach nie można było pobudzić serca do regularnej i energicznej czynności pomimo tego, że słabe miarowe ruchy serca się pojawiły, podczas gdy w 4 przypadkach (jak już wspomniałem) nie było wogóle żadnych miarowych ruchów serca.

Czas, przez jaki musiano mięsić serce, aby nietylko ślady ruchów serca, lecz także samoistna, regularna i energiczna czynność serca powróciła, wahał się od *minimum* 14 sekund do *maximum* 1 godziny 50 minut. W szczególności czas ten w wspomnianych 32 przypadkach równał się: 14″, — 30″ (w 2 przypadkach), —45″, — 50″, — 55″,—1′ (w 2 przypadkach), —1′10″,—1′15″,—1′30″—2′ (3 razy), —2′30″.—2′35″, —2′51″,—3′2″,—6′, — 7′,—10′, — 12′,—13′41″,—14′,—16′,—24′47″,—26′—51′30″,—58′,—1^{h}1′17″—1^{h}40″,—1^{h}50′.

Czas, jaki upłynął od chwili pojawienia się pierwszych śladów samoistnych ruchów serca aż do samoistnej, regularnej i energicznej czynności serca, równał się w wspomnianych 32 przypadkach *minimum* zeru, a *maximum* 1 godzinie 26 minutom i 30 sekundom, — mianowicie w 14 przypadkach czas ten równał się zeru, to znaczy, że z chwilą pojawienia się pierwszych samoistnych ruchów serca nastała także regularna i energiczna czynność serca, podczas gdy w innych przypadkach czas ten równał się: 12″,—28″,—39″,—40″,—1′4″,—1′15″,—2′,—4′,—5′7″,—6′,—8′,—8′30″,—11′,—16′,—22′,—23′,—49′17″,—1^{h}26′30″.

Czas, jaki upłynął od chwili pojawienia się pierwszych ruchów serca aż do pierwszego samoistnego wdechu równał się: *minimum* zeru, (t. j. wdech pojawił się równocześnie z pierwszym skurczem serca), a *maximum*: 1 godzinie 46 minutom i 43 sekundom. W szczególności czas ten określają następujące cyfry: 0″ (w 2 przypadkach), —10″, —30″,—1′19″,—1′25″,—1′26″,—1′30″.—2′,—2′30″ (2 razy), 2′43″,—2′55″, —3′,—3′5″, —3′15″,—3′30″ (2 razy), 3′45″,—4′,—4′4″, —5′1″, — 9′, 10′ 10′20″,—11′,—12′7″, —13′,—24′,—35′25″,—37′,—1^{h}46′43″.

W niektórych przypadkach powrócił samoistny oddech wcześniej, niż samoistna czynność serca, a mianowicie o: 10″,—7′56″,—28′,—1^{h}28′ wcześniej.

W przypadkach, w których zależało mi na tem, aby zwierzę po wskrzeszeniu utrzymać nadal przy życiu, wykonywałem wszystkie zabiegi operacyjne wśród przestrzegania zasad aseptyki. Otworzywszy klatkę piersiową przez przecięcie dwóch lub trzech chrząstek żebrowych w miejscu ich przy-

czepienia się do żeber, obwiązywałem z osobna każde przecięte żebro i każdą przeciętą chrząstkę silną nitką jedwabną — nietylko w celu podwiązania naczyń międzyżebrowych, lecz także w tym celu, by po wskrzeszeniu zwierzęcia złączyć chrząstki żebrowe z odpowiednimi żebrami zapomocą wspomnianych przewiązek. Ze szczególniejszym naciskiem uwydatnić muszę, że przy tym sposobie otwarcia klatki piersiowej mięsienie serca łączy się z wielkiemi trudnościami, nie można bowiem wsunąć całej ręki do wnętrza klatki piersiowej, lecz tylko palec wskazujący i środkowy, a co najwyżej także palec czwarty i piąty, podczas gdy wielki palec znajdować się musi na zewnątrz klatki piersiowej i opierać się na mostku. Wśród tych warunków może się mięsienie serca odbywać tylko w ten sposób, że właściwie tylko lewą komórkę uciskamy palcami, starając się równocześnie prawą komórkę przycisnąć do mostka. Pomimo tych jednak trudności udawało mi się nieraz wskrzeszenie zwierzęcia. Gdy samoistna czynność serca i płuc już się należycie odbywała, zaszywałem najprzód ranę na klatce piersiowej, następnie wyjmowałem rurkę z tchawicy, a zeszywszy starannie ranę tchawicy podwiązywałem tętnicę szyjną celem usunięcia z niej rurki manometru. Po starannem zeszyciu rany na szyi odwiązywałem zwierzę ze stoliczka i puszczałem na wolność, dbając o to, aby przez jakiś czas znajdowało się w pokoju dobrze ogrzanym.

W wyjątkowych przypadkach przychodziło zwierzę do siebie po wskrzeszeniu bardzo szybko tak, że w kilka minut po odwiązaniu mogło już biegać. Najczęściej zdarzało się, że w ciągu pierwszej godziny po wskrzeszeniu zdołało zwierzę zaledwie głowę podnieść lub zmienić pozycyę leżącą na siedzącą. Później dopiero zaczynało zwierzę wstawać na przednie, a wreszcie na tylne łapki. Chód zwierzęcia z początku był chwiejny, zwierzę łatwo się przewracało, utykało na najdrobniejszych przeszkodach, później atoli wykonywało już zwykle wszelkie ruchy bez trudności. (C. d. n.)

II. Z kliniki chorób nerwowych radcy dworu prof. Krafft-Ebinga i z pracowni prof. Obersteinera w Wiedniu.

Przyczynek do sprawy rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem *(Polyneuritis alcoholica.*

Podał

Dr. Henryk Halban

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Spostrzeżenie III.

Kobieta 35 l., od dawna nałogowa pijaczka; od 4—5 miesięcy rwące bóle w nogach, od miesiąca ogólne osłabienie, niedowład, pomięszanie (Verwirrtheit). Stan obecny w dn. 26. I. 98. Ogólne wychudzenie, niedowład dolnych kończyn pochodzenia wyskokowego, ustawienie stopy kopyto-szpotawe (equino-varus). Przeczulica skóry i mięśni kończyn dolnych, brak odruchów kolanowych, psychoza Korsakowa. Śmierć 10. II. 98. — Bardzo znaczne zwyrodnienie nerwów obwodowych, wybitnie, ściśle odgraniczone zwyrodnienie sznurów tylnych, nieznaczne zmiany w tylnych korzeniach rdzenia lędźwiowego, zmiany w komórkach rogów przednich.

Karolina G., lat 35, zamężna, szwaczka, przyjęta na klinikę chorób umysłowych dn. 24 I. 98. Mąż chorej, który zna ją od lat 18, a od 13 lat jest z nią żonaty, opisuje ją jako osobę, łatwo podniecającą się, nieznośną i kłótliwą. Na dowód przytacza, że w przeciągu 11 lat zmieniła 22 razy mieszkanie, gdyż zawsze była z czegoś niezadowolona. Używała dużo napojów wyskokowych i paliła dużo, była rozrzutną, sprzedawała sprzęty domowe, żeby kupić wódki i tytoniu. Jej nieznośne usposobienie wzmagało się w ostatnich czasach coraz bardziej; groziła nawet mężowi, tak że musiał się z nią rozwieść w r. 96. Dziedzicznego usposobienia do chorób nerwowych wykazać nie można. Raz zastąpiła, jednak poroniła (w r. 88). Mąż tak co do siebie, jak i co do swej żony, zaprzecza stanowczo, żeby przechodzili kiłę. Wyraźne umysłowe zmiany spostrzeżono dopiero w ostatnich tygodniach przed przyjęciem. Chora krzyczała w nocy i hałasowała w pokoju, żądała wina i piwa, nie poznawała własnej matki, słowem była zupełnie pomięszana. Mniej więcej od tego też czasu leży chora w łóżku. Na bóle w nogach skarży się jednak już od 5 miesięcy.

Stan obecny w dn. 26 I. 98. Chora wątło zbudowana, licho odżywiona. Źrenice dość szerokie, prawa szersza, niż lewa, oddziaływują leniwie na światło i zbieżność. Badanie wziernikowe nie wykrywa zmian w głębi oka. Nie ma zaburzeń w ruchach gałki ocznej, ani porażeń na twarzy. Zboczeń w mowie brak. — Kończyny górne wychudzone, siła mięśniowa bardzo nieznaczna, żadnego ograniczonego zaniku, ani porażeń nie można wykazać. Mięśnie, jakoteż pnie nerwowe za uciskiem lekko bolesne. Bezładu nie ma. Czucie prawidłowe.

Powłoki brzuszne przy ucisku bardzo bolesne. Dolne kończyny, także silnie wychudzone, są niedowładne. Chora leżąc w łóżku nie może prawie podnieść nóg w górę. Stopy w położeniu lekko kopyto-szpotawem, zgięcie grzbietowe bardzo utrudnione. Odruchów kolanowych po obu stronach brak, odruchy ścięgna Achillesa i podeszwowe bardzo żywe. Mięśnie, jakoteż pnie nerwowe bardzo czułe na ucisk, także skóra jest nadmiernie czułą, szczególniej na podeszwie, gdzie już lekkie dotknięcie wywołuje ból.

Oddziaływanie na prąd elektryczny: Kończyny górne - nieznaczne zmniejszenie pubudliwości przy drażnieniu bezpośredniem i pośredniem Kończyny dolne: przy drażnieniu n. strzałkowego mięśnie nie są pobudliwe; bezpośrednio drażnione bardzo silnym prądem przerywanym kurczą się, drażnione prądem stałym nie kurczą się.

Badanie narządów wewnętrznych prócz zaostrzonych szmerów oddechowych nic nieprawidłowego nie wykazuje. Mocz prawidłowy. Zwieracze nie porażone.

Pod względem umysłowym przedstawia chora typowy obraz psychozy Korsakowa. Wyobrażenie o czasie i miejscu jest niedostateczne. Z początku sprawia chora wrażenie osoby zniedołężniałej umysłowo, ponieważ odpowiada tylko niepewnie, z ociąganiem się, często się sobie sprzeciwiając, jednak przy dłuższem badaniu łatwo poznać, że wszystko to polega na znacznem osłabieniu pamięci Chora jest świadomą przynajmniej częściowo swego stanu, podaje sama, że nie może myśleć i łatwo zapomina; gdy się jej wykazuje sprzeczności w jej odpowiedziach, niecierpliwi się, a gdy żadnej wymówki na to znaleść nie może, zaczyna płakać. Zwraca uwagę, że podania chorej o jej młodości i o odleglejszych wspomnieniach są ze sobą zgodne, z ostatnich natomiast czasów wielu rzeczy i zdarzeń chora nie pamięta, ich miejsce zaś wypełnia nieprawdziwemi wspomnieniami *(Pseudoreminiscenzen).* N. p. opowiada chora, że wczoraj wyjechała dla przyjemności do Meidling, tam załatwiła jakiś interes i t. d. Te wspomnienia wrzekome zmieniają się szybko i, o ile można sprawdzić, nie są całkowicie fantastyczne, lecz zawsze jest w nich jakiś podkład rzeczywistych wspomnień (Korsakow).

8 II. wieczór rozlany nieżyt oskrzelowy. Ciepłota 39°. 9 II. wieczór powstał nagle bezdech, obrzęk płuc, tętno małe, bardzo szybkie. 10 II. śmierć o godz. 6. rano.

Sekcya w 4 godziny po śmierci: *Oedema cerebri. Hypoplasia cerebri. Cor adiposum. Infiltratio apicis pulmonis dextri et lobi sup. sin. Cirrhosis hepatis. Tumor lienis. Adipositas mesenterii. Polyneuritis.*

Badanie drobnowidowe.

Badałem nerwy: łokciowy, strzałkowy (w okolicy główki kości strzałkowej), strzałkowy powierzchowny i kulszowy. Sposoby badania te same, jak w poprzednich przypadkach Pnie nerwowe kończyn dolnych były znów najsilniej zwyrodniałe. W n. strzałkowym powierzchownym nie ma prawie wcale utrzymanych włókien nerwowych. Na

przekrojach poprzecznych (Marchi) widać grudki istoty rdzennej tak gęsto koło siebie skupione, że zarysy włókien nerwowych prawie znikły. Na preparatach rozdrabnianych i barwionych kwasem osmowym widać zupełny rozpad istoty rdzennej w postaci kul mniejszych lub większych, obok siebie ułożonych. Odcinkowej (segmentär) postaci zapalenia nerwów, opisywanej przez Gombaulta, Dreschfelda, Giesego i Pagenstechera nigdzie nie znalazłem. Na preparatach, barwionych karminem po kw. osmowym, widać dość gęsto próżne osłonki Schwana z wyraźnem pomnożeniem jąder.

Preparaty n. strzałkowego (*capit. fib*) przedstawiają obraz podobny, tylko zwyrodnienie nie dosięga tak wysokiego stopnia. W n. łokciowym zaledwie połowa włókien zmieniona, co widać na przekrojach podłużnych barwionych sposobem Marchiego.

Z odcinka n. kulszowego, długiego na 15 ctm., wyciętego od kolana ku górze, porównywałem przekroje podłużne i poprzeczne, barwione sposobem Marchiego z jednego i drugiego końca i przekonałem się, że zmiany w częściach obwodowych były znaczniejsze, niż w częściach dośrodkowych. Spostrzegł to w *Polyneur. alcoh.* pierwszy Leyden w r. 1880, a po nim Grainger-Stewart, C. F. Müller, Siemerling, Eisenlohr, Dejerine, Nonne, Francotte, Korsakow i Serbski, Rakhmaninoff, Colella, Eichhorst i Gudden.

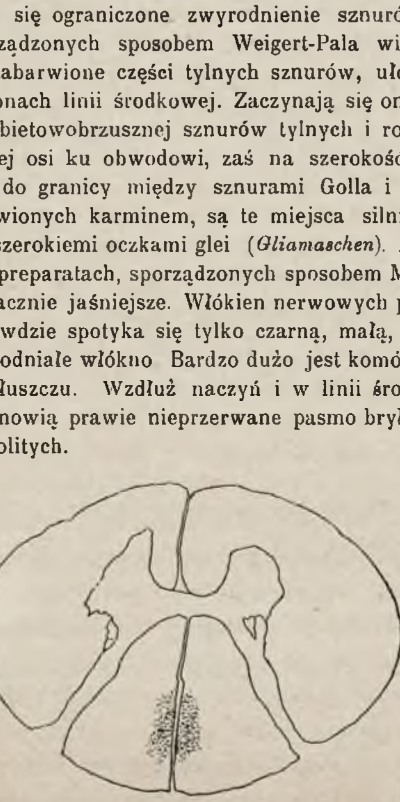
Korsakow i Serbski sądzą, że silniejsze zwyrodnienie ku obwodowi pochodzi stąd, że nerwy na obwodzie więcej stykają się z naczyniami chłonnemi, niż nerwy położone więcej ku środkowi. Inni zaś autorowie (Babiński, Erb, Remak) przychylają się do zdania wypowiedzianego najpierw przez Rumpfa, że: »eine Herabsetzung der vitalen Energie der trophischen Centren sich zuerst bemerklich macht an den entferntesten Punkten des von ihnen beherrschten Gebietes« (Erb).

W mózgu nie znalazłem żadnych zmian.

W rdzeniu przedłużonym znalazłem zmiany tylko w zakresie jąder sznurów Golla. Ponieważ jednak właśnie w tem miejscu był odcięty rdzeń pacierzowy od przedłużonego, mogłem tylko niewiele preparatów zrobić sposobem Marchiego; można jednak na nich zupełnie wyraźnie widzieć zwyrodnienie jąder sznurów Golla, chociaż mniejsze, niż w górnych odcinkach rdzenia szyjnego. W jądrze sznurów Burdacha dostrzedz można też odosobnione czarne kulki.

Rdzeń kręgowy. W rdzeniu, badanym sposobem Nissla, znalazłem zmiany w komórkach rogów przednich. Obraz podobny, jak w przypadku II., tylko jeszcze wybitniejszy.

Oprócz barwienia komórek sporządziłem preparaty prawie ze wszystkich odcinków rdzenia sposobem Marchiego, Weigert-Pala, van Giesona, barwione karminem (Csokora). W górnych odcinkach rdzenia szyjnego znajduje się ograniczone zwyrodnienie sznurów Golla. Na preparatach sporządzonych sposobem Weigert-Pala widać już gołem okiem wcale niezabarwione części tylnych sznurów, ułożone symetrycznie po obu stronach linii środkowej. Zaczynają się one mniej więcej w środku osi grzbietowobrzusznej sznurów tylnych i rozciągają się na ćwierć długości tej osi ku obwodowi, zaś na szerokość nie dochodzi to zwyrodnienie do granicy między sznurami Golla i Burdacha. Na preparatach, barwionych karminem, są te miejsca silniej zabarwione i odznaczają się szerokiemi oczkami glei (*Gliamaschen*). Najlepiej widać zwyrodnienie na preparatach, sporządzonych sposobem Marchiego. Brunatne tło jest znacznie jaśniejsze. Włókien nerwowych prawie zupełnie nie widać, tu i ówdzie spotyka się tylko czarną, małą, okrągłą kulkę, oznaczającą zwyrodniałe włókno. Bardzo dużo jest komórek, obładowanych ziarnkami tłuszczu. Wzdłuż naczyń i w linii środkowej są one tak liczne, że stanowią prawie nieprzerwane pasmo bryłek brunatnych, nie całkiem jednolitych.



W dolnym odcinku rdzenia szyjnego widać już przejście do zwyrodnień rdzenia piersiowego. W 6 i 7 odcinku rdzenia szyjnego są zwyrodnienia znacznie mniej ściśle ograniczone, niż w drugim lub trzecim.

W górnym i środkowym odcinku rdzenia piersiowego zmniejsza się nasilenie zwyrodnienia. Preparaty z barwionemi osłonkami nerwów nie okazują gołemu oku tak jasnych miejsc, barwione karminem nie przedstawiają tej różnicy w zabarwieniu. Najwyraźniej wykazują zmiany znów preparaty, sporządzone sposobem Marchiego. Tu widzimy, że zwyrodnienie jest słabsze, niż w rdzeniu szyjnym, nie jest tak ściśle ograniczone i rozszerza się klinowato tak, że ostry koniec klina dochodzi do tylnego spoidła, podstawa zaś dosięga aż obwodu sznurów tylnych. Tło nie jest tak jasne, spotykamy znacznie mniej komórek, obładowanych tłuszczem, leżą one więcej rozrzucone, a między niemi znajdują się i utrzymane włókna nerwowe obok mniej lub więcej zwyrodniałych.



Od 6 odcinka rdzenia piersiowego w dół zmienia się nagle obraz Zwyrodnienie zmniejsza się szybko tak, że w 8 i 9 odcinku tylko gdzieniegdzie napotyka się komórkę, obładowaną tłuszczem, i nieliczne zwyrodniałe włókna nerwowe, oczywiście tylko w zakresie opisanego klina.

W dolnej części rdzenia piersiowego widać także i w sznurach bocznych nieliczne czarne kulki, którym jednak trudno przypisać ważniejsze znaczenie. Tu też znika zwyrodnienie tylnych sznurów, gdyż ilość czarnych punktów w sznurach tylnych i bocznych jest prawie tasama.

Co do korzeni, to tylko w 4 i 5 odcinku rdzenia lędźwiowego na preparatach, sporządzonych sposobem Marchiego, widać czarne grudki, jakoteż tu i ówdzie w miejscu wejścia (Eintrittszone) korzeni do odcinków lędźwiowych. Preparaty, robione sposobem Weigert-Pala, nie wykazują nigdzie zmian w korzeniach.

Zmiany w sznurach tylnych wymagają, mojem zdaniem, bliższego omówienia. Zebrawszy rzecz krótko chodzi tu o ściśle ograniczone, dawne zwyrodnienie, które w górnych i środkowych odcinkach rdzenia szyjnego tylko bardzo nieznacznie zmienia swe położenie i nasilenie; w rdzeniu piersiowym jednak już się powoli rozszerza i zarazem słabnie, a w dolnych odcinkach piersiowych znika, nigdzie jednak nie przekracza, co do szerokości, granicy między częściami środkowemi, a bocznemi sznurów tylnych i nigdzie nie dochodzi do samego obwodu sznurów tylnych. Badanie drobnowidowe rdzenia szyjnego wykazuje niewątpliwie, że mamy tu do czynienia z ogniskiem.

Odrazu uderza, że zmiany te nie dadzą się wyjaśnić na podstawie naszych obecnych wiadomości o przebiegu włókien nerwowych w sznurach tylnych. Nim jednak przystąpię do tłómaczenia, mojem zdaniem jedynie prawdopodobnego, pragnę naprzód przejść inne możliwości powstania tego zwyrodnienia.

Najprostszem byłoby przypuszczenie, że to zwyrodnienie tylnych sznurów jest drugorzędnem i wychodzi z tylnych korzeni; jednak dokładne zbadanie tylnych korzeni dało wynik prawie ujemny. Nieznacznych zmian tylnych korzeni w 4 i 5 odcinku lędźwiowym już dla tego nie można wiązać ze zmianami w rdzeniu, (pomijając już nawet to, że są nie-

znaczne i że takie zmiany zdarzają się nawet w rdzeniach prawidłowych [Singer i Münzer, Brauer, Zappert]) ponieważ w odcinku lędźwiowym rdzenia, wyżej leżącym, nie znajdujemy czarnych ziarn, prócz niewielu, rozrzuconych w sznurach bocznych.

Może jednak zmiany w tylnych korzeniach nie są przystępne naszym oczom? Sprawa chorobowa datuje się na pewno oddawna, a ponieważ komórki, obładowane tłuszczem t. j. te, które przy tem barwieniu musiałyby być widoczne, spotykamy tylko rzadko w korzeniach, to byłoby możliwe, że sposób Marchiego dla tego zwyrodnienia jest już nieodpowiedni, a i sposób Weigert-Pala nie jest, jak wiemy, dla włókien korzeniowych zupełnie pewny. O ile ta okoliczność nie przeszkadzałaby jeszcze w zupełności tłómaczeniu, że w danym razie wyszło zwyrodnienie drugorzędne z korzeni tylnych, o tyle inne następne nie dadzą zbić się tak łatwo.

Zwraca naszą uwagę to, że usadowienie zwyrodnienia w rdzeniu szyjnym nie odpowiada początkowi zmian w dolnych odcinkach piersiowych. Zmiany w dolnych odcinkach piersiowych sadowią się w częściach sznurów tylnych, położonych koło linii środkowej, a wiadomo, że włókna nerwowe, wchodzące z korzeni tylnych odcinków wyżej położonych, odsuwają ku środkowi włókna, wchodzące z korzeni tylnych niżej leżących odcinków; według tych danych musiałyby więc zwyrodniałe włókna, leżące w rdzeniu szyjnym koło linii środkowej, znajdować się oczywiście w rdzeniu piersiowym bliżej obwodu, jeżeli stamtąd mają pochodzić; a właśnie w naszym przypadku jest inaczej.

Istnieją wprawdzie najprawdopodobniej również włókna, wchodzące z korzeni tylnych wprost do części środkowych sznurów tylnych, trudno jednak przypuścić, żeby ich było tak dużo, a powtóre, żeby tylko właśnie one uległy zwyrodnieniu. Główną jednak przyczyną, dla której mam prawo przypuszczać, że to zwyrodnienie nie jest drugorzędnem, wychodzącem z korzeni, jest obraz w górnych częściach rdzenia szyjnego. Tu bez wątpienia mamy do czynienia ze sprawą ogniskową; przemawia za tem ostre odgraniczenie, prawie zupełny zanik włókien nerwowych i znaczne nagromadzenie komórek, obładowanych tłuszczem, jakoteż szerokie oczka glei *(Gliamaschen)*. Zmienione części rdzenia piersiowego [4 i 5. odcinek], które są znacznie mniej wybitne i nie tak ograniczone, — zawierają znacznie mniej komórek, obładowanych tłuszczem, więcej zwyrodniałych włókien, a między niemi i zupełnie utrzymane włókna; zmiany te sprawiają wrażenie zmian następowych, zmniejszających się w miarę oddalenia od ogniska. Nadto dodać trzeba, że ciągłość zmian w rdzeniu szyjnym i piersiowym jest niewątpliwa, gdyż badałem wszystkie odcinki.

Wobec takich wyników badań drobnowidowych nasunąć się musi koniecznie myśl, że w tym przypadku mamy do czynienia ze zwyrodnieniem w sznurach tylnych, pochodzącem od sprawy ogniskowej. Byłoby to zatem zwyrodnienie zstępujące włókien nerwowych, nie odpowiadające jednak ani polu przecinkowatemu Schultzego, (*Schultzesches Comma*), ani pęczkowi włókien grzbietno-środkowemu (dorso-medial).

W piśmiennictwie znaleźliśmy kilka wyników badań, (Vierordt, Daxenberger, Zappert, Hochę, Kahler i Pick), które są mniej lub więcej podobne do naszego przypadku; dlatego też omówimy je nieco dokładniej.

Spostrzeżenia Hochego nie można brać w rachubę, gdyż nieznaczne zwyrodnienie zstępujące, które znalazł on na wysokości 7mego odcinka rdzenia piersiowego, po obu stronach tylnej przegrody, zajmowało niewielką przestrzeń, sięgało tylko do odcinka niżej położonego.

Podobnie daleko, jak w przypadku Hochego, bo 2—3 ctm. poniżej miejsca ugniecionego sięgające zmiany, opisują Kahler i Pick. Spostrzeżenie to jednak traci dla nas wartość wskutek tego, że 1 ctm. poniżej znajdowało się ognisko w tylnej połowie przedniej trzeciej części jednego ze sznurów tylnych, które sięgało aż do tylnej przegrody. Podobne spostrzeżenie opisuje także Flechsig. Te jednak przypadki, w których według zdania samych autorów chodzi o zwyrodnienia „dróg krótkich“ (*kurze Bahnen*), możemy właśnie dlatego już zupełnie pominąć.

Dejerine i Theoari podają w niedawno ogłoszonej pracy, w której zebrali prawie wszystkie dawniej ogłoszone spostrzeżenia zwyrodnień zstępujących w sznurach tylnych, że prawie stale, choć na małej przestrzeni, spotyka się po uszkodzeniach, zajmujących cały przekrój rdzenia szyjnego, włókna sznurów tylnych zstępująco wyrodniejące: „Un petit champ dégénéré antérieur, de chaque côté du septum postérieur; cette zone dégénérée disparait au niveau de la partie inférieure au segment medullaire sous-jacent à la lésion“.

Spostrzeżenie Zapperta już prędzej możemy zużytkować do porównania z naszym przypadkiem. Spostrzegał on mianowicie w rdzeniu, który był uciśnięty w okolicy 2go kręgu piersiowego, wyraźnie zwyrodniałe pole Schultzego wzdłuż całego rdzenia piersiowego, a nadto tu i ówdzie rozrzucone czarne ziarna, między któremi jedna gromada, mianowicie położona dośrodkowo i brzusznie, ostrzej odbijała i była jeszcze widoczną, choć w małym stopniu, na wysokości 2go kręgu lędźwiowego, gdzie dopiero po raz pierwszy można było dostrzedz znany pęczek grzbietnośrodkowy.

W przypadku Daxenbergera istniał również ucisk na rdzeń między ostatnim kręgiem szyjnym, a pierwszym piersiowym, i następne zwyrodnienie zstępujące w zakresie sznurów Golla po obu stronach tylnego wcięcia, w kształcie małych podłużno-owalnych pól. Zmiany przechodzą ku tylnemu brzegowi w lekkie, a rozlane zwyrodnienie, dochodzące aż do rdzenia lędźwiowego, a ku dołowi zmniejszające się szybko w dolnych odcinkach rdzenia piersiowego.

Zwyrodnienia, opisane przez tych autorów, możemy oczywiście porównać tylko ze zmianami rdzenia piersiowego w naszym przypadku, i nie można zaprzeczyć pewnego podobieństwa w tym właśnie odcinku rdzenia, szczególniej w przypadku Daxenbergera, który co do nasilenia najbardziej zbliża się do naszego.

W przypadku Vierordta znajdowały się w rdzeniu pijaka bardzo wybitne zmiany sznurów tylnych i to najwybitniejsze w rdzeniu szyjnym, dotyczące tu prawie wyłącznie sznurów Golla, w rdzeniu zaś piersiowym, a szczególniej w dolnych odcinkach, zmiany te szybko się zmniejszały i zarazem posuwały się na zewnątrz. Na granicy między rdzeniem piersiowym, a lędźwiowym pozostało tylko rozlane przebarwienie (preparaty barwione karminem) środkowej części tylnych sznurów. Zwyrodnienie tylnych korzeni było bardzo nieznaczne w środkowym i dolnym odcinku rdzenia piersio-

wego, a nie było go prawie wcale w rdzeniu lędźwiowym. Obwodowe nerwy prawidłowe. Vierordt przypuszczał tu pierwotne częściowe zwyrodnienie długich dróg dośrodkowych, zaczynające się tuż poniżej jądra sznurów Golla i dążące powoli ku korzeniom. Vierordt uważał to swoje przypuszczenie za najprawdopodobniejsze na tej podstawie, że wykluczył zwyrodnienie drugorzędne, wychodzące od korzeni, a mianowicie dlatego, iż nigdzie nie znalazł zmian w korzeniach, prócz wyraźnych, lecz nieznacznych w dolnym odcinku rdzenia piersiowego, dalej, iż schorzenie tylnych korzeni było znacznie mniejsze, niż zmiany sznurów tylnych, a w końcu, iż w rdzeniu szyjnym uległy schorzeniu właśnie tylne, wewnętrzne odcinki sznurów Golla, t. j. drogi, pochodzące z rdzenia lędźwiowego, a względnie z tylnych korzeni, które właśnie były prawie niezmienione. Vierordt sam podnosi, że o zwyrodnieniu korzeni tylnych o tyle tylko może mówić, o ile niedostateczne sposoby badania pozwalają wogóle na wysnucie jakichś wniosków.

Opisałem przypadek Vierordta dokładniej, ponieważ jest bardzo podobny do mego, szczególniej na preparatach, sporządzonych sposobem Weigert-Pala. Sposób Marchiego, który prawdopodobnie jest najodpowiedniejszy do wykazania różnicy między starem zwyrodnieniem, a ogniskiem, nie był jeszcze wtedy znany, kiedy Vierordt badał swój przypadek. Możnaby więc myśleć, — co się tyczy sprawy chorobowej, — o analogii obu przypadków. Jednakże Redlich, który nie był przekonany wywodami Vierordta i uważał ten przypadek za zwyrodnienie, wychodzące z tylnych korzeni, podnosi ze spostrzeżeń Vierordta to, że pas zwyrodnienia w dolnym odcinku piersiowym posunął się razem ze zmniejszaniem się nasilenia zmian ku obwodowi, a więc ku pasowi, właściwemu włóknom korzeniowym. W naszym przypadku rzecz ma się inaczej, gdyż zwyrodnienie nie opuszcza nigdzie pasu środkowego, korzenie są prawie niezmienione,a jednak i my przyznajemy z góry, że dowody, które Vierordt przytacza na poparcie swego przypuszczenia, nie są dostateczne.

Natomiast w naszym przypadku możemy znacznie prędzej przyjąć zwyrodnienie zstępujące, ponieważ drobnowidowy obraz w górnych odcinkach szyjnych odpowiada obrazowi ogniska, dalej ponieważ korzenie i pasy korzeniowe były prawie zupełnie niezmienione, zwyrodnienie nigdzie nie opuściło środkowej części tylnych sznurów i w rdzeniu szyjnym uległy zmianom chorobowym części sznurów Golla, leżące tuż przy przegrodzie, a więc włókna, które powinny pochodzić z najniższych odcinków rdzenia kręgowego. (d.k. nast.)

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.

O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.)

(Dokończenie).

Przejdę obecnie do leczenia obrażeń szyjki. Leczenie to, jak leczenie każdej rany krwawiącej, może być tylko dwojakie: albo polegać będzie na zeszyciu, albo też na tamponadzie. Sposób pierwszy, to jest zeszycie, ma bez porównania znaczniejszą wyższość nad sposobem drugim. Przy pęknięciu szyjki mamy do czynienia z raną świeżo powstałą, z reguły czystą, wskazanie przeto chirurgiczne nakazuje taką ranę zeszyć. Zeszycie ma także tę wyższość, że skoro ranę zespoję, a jeżeli zachodzi tego potrzeba, podwiążę strzykające gałązki naczyń, to jestem zupełnie spokojny i nie mam powodu obawiać się następowych krwawień. Rana zeszyta jest odporniejsza na zakażenie następowe, o które przecież nawet w prawidłowym połogu tak łatwo. Odpowiednio zeszyte pęknięcie szyjki zwykle się przygaja doraźnie, co strzeże kobietę od następstw, jakie pęknięcia szyjki zwykły za sobą pociągać, a mianowicie od nieżytów szyjki, wywinięć, nadżerek i nawykowych poronień.

Jakich takie zeszycie szyjki wymaga zabiegów pod względem technicznym?

Otóż może ono być łatwe, albo też bardzo trudne. Jeżeli jest pęknięcie szyjki płytkie, nie przekraczające sklepień, to po odsłonięciu pęknięcia we wzierniku łyżkowym, schwyceniu rany kleszczykami i ściągnięciu szyjki ku dołowi, zeszycie nie natrafi na żadne trudności.

Inna rzecz, gdy pęknięcie przechodzi powyżej sklepień. Takie przedarcie mimo trudności, należy tem bardziej zeszyć, gdyż przy takich wysokich pęknięciach tem grubsze gałązki tętnicy macicznej ulegają zniszczeniu. Naczynia te należy pojedynczo pochwytać i albo podwiązać, albo okłuć. Przy tych wysokich pęknięciach krew wypływa nie tylko na zewnątrz, ale przechodzi również w tkanki omaciczne i daje powód do powstania krwiaków międzyblaszkowych, których zejście w ropienie wcale nie może należeć do rzadkości; ropienie zaś takie łatwo sprowadzić może ogólne zakażenie. Zdaniem naszem każde pęknięcie szyjki należy zeszyć. W klinice do szycia szyjki używamy szwów węzełkowych katgutowych. Do odsłaniania pęknięć szyi używamy szerokich wzierników Simona, ściągamy zwykłemi kleszczykami Museuxa; ściągnięcie takie szyi u położnicy zwykle nie natrafia na żadne trudności, bez wszelkiego wysiłku ujście zewnętrzne daje się sprowadzić w poziom wejścia do pochwy. Chora przy ściąganiu nie odczuwa żadnych dolegliwości, zwłaszcza, że cały ten zabieg przeprowadza się bezpośrednio po tak silnym urazie, jakim jest poród. Czasami przy licznych pęknięciach szyi trudno rozpoznać, które odcinki do siebie należą, zanim jednak przystąpi się do zeszycia, musimy się dokładnie w tem rozeznać, gdyż fałszywie przygojone odcinki mogą mieć bardzo przykre następstwa i zniewalać do następowych operacyi.

Motywa, które podniosłem, jakie nakazują pęknięcie szyjki zeszyć, dają do tego zabiegu wskazanie nie tylko tam, gdzie wskutek pęknięcia szyi istnieje znaczniejszy krwotok ale wszędzie tam, gdzie pęknięcie szyi domyślnie powstać mogło i każde pęknięcie należy zawsze zeszyć. Techniki specyalnej do tego zabiegu nie potrzeba, asysta ogranicza się tylko do jednej osoby, a zakażenia można się z pewnością przy zwykłej antyseptyce łatwiej ustrzedz, aniżeli przy tamponadzie. W klinice krakowskiej od dwóch lat w każdym przypadku, gdzie pęknięcie przypuszczamy, szukamy za niem i zawsze zeszywamy; zeszycia te prawie zawsze się goją przez rychłozrost i to przeważnie wzdłuż przebiegu całej

rany, a przez takie postępowanie nigdy żadnej położnicy szkody nie przynieśliśmy. Żywo mam w pamięci dwa przypadki z ostatnich tygodni; jeden dotyczył wieloródki z miednicą płaską drugiego stopnia (l. p. k. 46 z r. 1899), położenie płodu u niej było miednicowe, poród postępował prawidłowo. Działanie moje w tym przypadku ograniczyło się do pomocy ręcznej. Skoro przystąpiłem do wytoczenia główki, ściągnąłem wraz z nią na niej obkurczoną szyjkę; kurcz szyi nie był zbyt silny tak, że główkę bez użycia większej siły wytoczyłem na zewnątrz, przyczem widziałem, jak w mych oczach powstały naddarcia szyi. Mimo to, że bezpośrednio po porodzie krwawienia nie było, pęknięcie szyi zeszyłem, połóg był prawidłowy, a zeszyte pęknięcia zgoiły się doraźnie. Drugi przypadek również dotyczy wieloródki (l. p. k. 63 z r. 1899), u której z powodu położenia poprzecznego zaniedbanego przy dziecku nieżywem dokonałem rozkawałkowania płodu, poczem płód wytoczyłem, naśladując dobrowolny obrót. Spodziewałem się, że przy wytoczeniu płodu szyjka musiała pęknąć, co też rzeczywiście po jednej stronie miało miejsce. Pęknięcie zeszyte przebiegało bez odczynu w połogu i przygoiło się również doraźnie.

Odpowiem jeszcze na jedno pytanie, czy lekarz w praktyce prywatnej, gdzie jest sam jeden, powinien pęknięcia szyjki zeszywać, czy też może ograniczyć się tylko do tamponady. Sądzę, że zrobi dobrze, jeżeli wytamponuje, postąpi jednak tysiąc razy lepiej, jeżeli zeszyje. Zeszycie, jak wspomniałem, nie nastręcza zbyt wielkich trudności technicznych, a przy asyście jednej osoby, któraby potrafiła przytrzymać wziernik, a potem ściągniętą część pochwową, można doskonale zeszycia dokonać.

Statystykę leczenia pęknięć szyi w klinice wykaże tablica XI.

Tablica XI.

Rok	Zeszycie	Tamponada
1892/4	2	2
1894/5	4	1
1895/6	2	4
1896/7	4	3
1897/8	3	—
1898/9	19	3
1899	3	—

Jak z zestawienia powyższego wynika, tamponady użyto przy pęknięciach szyjki 13 razy, z tego 4 razy po poprzedniem zeszyciu szyi, 4 razy w takich przypadkach, gdzie prócz pęknięcia szyi istniał jeszcze znaczny krwotok atoniczny. Od roku szkolnego 1897/8 wszystkie pęknięcia szyi były zeszywane.

Leczenie pęknięć pochwy jest również bardzo proste; albo się je zeszywa, co jest postępowaniem najlepszem tak dla powstrzymania krwotoku, jak i dla uniknienia następowych owrzodzeń połogowych, albo też tamponuje się pochwę, co znowu ma wielką zaletę w tych przypadkach, gdzie wskutek pęknięcia pochwy powstał krwiak pochwy. W tych ostatnich przypadkach odnalezienie przedartych naczyń i okłócie ich należy do rzeczy wprost niemożliwych. Postępowanie przy pęknięciach pochwy w klinice wykaże zestawienie XII.

Tablica XII.

Rok	Zeszycie	Tamponada	Krwiak
1893/4	2	2	—
1894/5	4	1	—
1895/6	10	3	1
1896/7	11	2	—
1897/8	5	1	1
1898/9	6	—	—
1899	1	—	—

Jak zestawienie powyższe wykazuje, pęknięcia pochwy zeszywano prawie we wszystkich przypadkach, w niektórych po zeszyciu tamponowano. Na wyłącznej tamponadzie poprzestano tylko w dwóch przypadkach, gdzie się wytworzył krwiak pochwy.

Wszelkie przedarcia żylaków, przedarcie w przedsionku, w okolicy cewki i łechtaczki, jako obrażenia silnie krwawiące, należy najlepiej okłuć, a wyjątkowo tylko, gdy krwawienie nie jest zbyt obfite lub gdy tkanki są tak kruche, że okłucie jest bardzo trudne, można poprzestać na tamponadzie, przytrzymanej za pomocą opaski w kształcie litery T. Postępowanie w klinice wskaże zestawienie XIII.

Tablica XIII.

Rok	Zeszycie	Tamponada
1893/4	1	—
1894/5	4	1
1895/6	5	3
1896/7	7	—
1897/8	2	—
1898/9	3	—

W końcu odpowiem jeszcze na jedno pytanie, czy chora z krwotoku bezpośrednio po porodzie lub w trzecim okresie porodu może umrzeć? Rzeczywiście chora może zginąć, ale tylko wyjątkowo i to czasami z winy nieodpowiedniego postępowania wobec ostrej niedokrewności.

Chore, silnie skrwawione, potrzebują dla podtrzymania akcyi serca dopływu znacznej ilości płynu, ale chore takie płynów żadnych drogą naturalną przyjmować nie są zdolne, gdyż czynność ich żołądka jest zupełnie zniesiona. Niedokrewność sama przez się usposabia do ciągłych nudności i wymiotów. Jeżeli podczas nudności spostrzegamy dokładnie tętno chorej silnie niedokrewnej, to spostrzeżemy, że tętno to przy każdem pobudzeniu do wymiotów coraz bardzej staje się nikłem, szybkiem i drobnem, a czasami znika zupełnie i chora wśród wymiotów ginie.

Aby przeto uniknąć wymiotów przy ostrej niedokrewności, nie należy podawać takim chorym niczego przez usta, a braki w ustroju można doskonale uzupełniać innemi drogami.

Wybornie działa u takich chorych podawanie soli kuchennej w rozczynie fizyologicznym (0·6%), czy to przez odbytnicę w lewatywie, czy też podskórnie *(hypodermoclysis)* w stanach zaś bardzo groźnej niedokrewności trzeba się uciec do obfitych wlewań *(infusio)* wprost do żył.

Powiedziałem, że śmierć z niedokrewności przy porodzie należy do wyjątków; potwierdza to najlepiej doświadczenie

kliniczne. W ciągu ostatnich lat sześciu zmarły z krwotoku porodowego trzy chore; dwie z nich były dotknięte skazą ogólną, bo jedna (l. p. k. 53 z r. 1893/4) była dotkniętą ostrym zanikiem wątroby, druga (l. p. k. 86/184 z r. 1896) była otrutą fosforem, trzecia zaś przebyła poród przy łożysku przodującem (l. p. k. 126/31 z r. 1896),—umarła ona w 4 godziny po porodzie z powodu bardzo nieznacznego krwotoku atonicznego.

Powyższe przypadki dowodzą, że trzeba już albo jakiejś skazy ogólnej ustroju, albo tak znacznego wyniszczenia długotrwałemi krwawieniami, jak się to zdarza po ciąży i porodzie przy łożysku przodującem, by śmierć z krwotoku porodowego nastąpiła.

Zestawiając powyższe uwagi, zaznaczam raz jeszcze, że skoro lekarz znajdzie się wobec krwotoku w okresie trzecim, to przedewszystkiem powinien rozstrzygnąć, jaki jest krwotok, czy ciągły, czy też okresowy, zbadać zachowanie się sromu przez rozchylenie warg, a stan macicy przez zbadanie jej ręką zewnątrz. Gdy znajdzie macicę dobrze skurczoną, a krwotok o charakterze krwotoku tętniczego ciągłego, to wykluczyć może krwotok z macicy, a gdy jeszcze jest mu znane zachowanie się sromu, to pozostaną mu tylko do odszukania dwa możliwe źródła krwotoku; to będą szyjka i pochwa. Miejsce krwawiące wykaże mu w takim przypadku założony wziernik. Wszelkie obrażenia sromu i pochwy można zeszyć zaraz, obrażenia zaś szyi najlepiej zeszywać dopiero po usunięciu łożyska. Ta sama droga badania doprowadzi również prędko do odszukania miejsca krwawiącego przy krwotokach po odejściu łożyska.

Jeżeliby lekarz, mając ręce obmyte, niechciał dla badania zewnętrznego macicy rąk walać, lub też gdyby warunki badania stanu macicy przez powłoki brzuszne były bardzo trudne, to mógłby miejsce krwawiące odszukać za pomocą wprowadzenia do dróg rodnych wygotowanej kanki. Przez kankę wypływająca krew z rozmaitych kolejno badanych odcinków przewodu rodnego wskazałaby mu miejsce, gdzie jest źródło krwotoku.

W końcu niniejszej pracy składam głębokie podziękowanie Prof. Jordanowi za łaskawe poddanie mi myśli omówienia powyższego tematu i za cenne uwagi, jakich mi w tym kierunku udzielić raczył.

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przyczynek do leczenia raków skórnych.

Podał
dr. Józef Bednarski
lekarz okręgowy w Alwerni.

Zalecanie w ostatnich czasach jako środka swoistego przeciw rakom skórnym kwasu arsenawego — skłoniło mnie w przypadku, który poniżej przytaczam, do użycia tego środka.

Dnia 22 marca 1899 zostałem wezwany do P. P. z Babic. Staruszek 76 letni skarżył się, że już przed ośmiu miesiącami wytworzyła mu się mała krostka na nosie, którą on kilkakrotnie zdrapywał, ale ponieważ zagoić mu się nie chciała, przeto udał się do lekarza, który mu zapisał wodę borową i jakąś maść. Leczenie to jednak nie doprowadziło do pożądanego skutku i obecnie ta ranka tak mu dokucza, że pragnąłby się jej koniecznie pozbyć.

Przy badaniu stwierdziłem: osobnik wzrostu małego, budowy dosyć dobrej, o odżywieniu średniem; w narządach wewnętrznych prócz lekkiej rozedmy płuc i miażdżycy naczyń nie znalazłem zmian. Na grzbiecie nosa w części chrząstkowej, w linii środkowej, owrzodzenie wielkości $^1/_2$ centa, pokryte strupem barwy brunatnej o brzegach wywiniętych, nierównych. — Gruczoły szyjne, podszczękowe — niepowiększone. — 25 marca 1899 usunąłem strup; na dnie wrzodu spostrzegłem małe ogniska żółtawe, wyskrobałem je łyżeczką ostrą i założyłem opatrunek jodoformowy, który w dniu 31 marca zmieniłem. 4 kwietnia zastosowałem pędzlowanie codziennie: *Acid. arsenicos.* 1.0 *Spir. vini rect. Aq. destil. aa* 75.0. Pod wpływem tego pędzlowania owrzodzenie doszło do wielkości korony — tworzyły się strupy, które łatwo odchodziły, ale dno nie było jeszcze zupełnie czyste. W dniu 9 czerwca t. r. wyskrobałem resztki podejrzane w dnie wrzodu i poleciłem pędzlowanie codziennie: *Ac. arsenic.* 1.0 *Spir. vini rect. Aq. destillat. aa* 50.0 — 15 sierpnia t. r. dno rany było czyste, wytworzył się jednak naokoło rany wyprysk; zaprzestałem pędzlowania — poleciłem zasypywanie dermatolem, a po zniknięciu wyprysku użyłem do pędzlowania formaliny. W dniu 5 września t. r. dno rany było zupełnie czyste, pokryte ziarniną; — zastosowałem maść lapisową z balsamem peruwiańskim i 28 września t. r. miejsce owrzodzenia pokryte już było blizną różową. Wśród leczenia widział chorego doc. dr. Bossowski, który mię do prowadzenia dalej leczenia w tym kierunku zachęcił. —

Obecnie chory ma się zupełnie dobrze; — w miejscu dawnego wrzodu zaledwie dostrzedz można małą, nieco wklęsłą bliznę, barwy skóry, — nos kształtu nie zmienił. —

Podając powyższy przypadek, pragnąłem tylko zachęcić kolegów do stosowania kwasu arsenawego w rakach skórnych, wymagającego wprawdzie dłuższego czasu do wyleczenia, ale nie zasługującego na odrzucenie, zwłaszcza jeżeli chodzi o względy kosmetyczne, lub chory nie zgadza się w żaden sposób na operacyę zapomocą noża. W każdym razie rzecz zdaje mi się być godną dokładniejszego zbadania w celu stwierdzenia, czy wyleczenie w tych razach jest rzeczywiście doszczętne i czy nie dałoby się skrócić czasu leczenia; zwłaszcza koledzy, którzy rozporządzają nieco obfitszym materyałem, mogliby nam pod tym względem swych wyników udzielić.

V. Wyciągi.

v. Wagner. **Wyniki badania ciśnienia krwi u umysłowo chorych.** (*Wien. klin. Woch.* 1900, Nr. 12). Dr. Pilcz przy pomocy tonometru Gärtnera na podstawie 900 pomiarów ciśnienia krwi na 240 chorych przyszedł do przekonania (biorąc według Gärtnera jako prawidł. ciśń. 105 — 130 mm Hg), że u paralityków w miarę postępu choroby ciśnienie coraz niżej spada, a gdy spadnie do 50—80 mm. tworzą się zwyczajnie odleżyny; jeżeli jednak ciśnienie wzrośnie znowu, to mimo iż chory sprawia wrażenie konającego, można spodziewać się, że na jakiś czas znowu się stan nieco polepszy. W zadumie w postaciach depresyjnych wynosi ciśnienie najwyżej 140 mm., w postaciach z napadami trwogi tyleż, jeżeli niema napadu lub zapobieżono mu zapomocą makowca, wzrasta jednak do 170—200 mm. Hg., gdy napad nadchodzi. W padaczce przy przejściu drgawek tonicznych w kloniczne wzrasta ciśnienie do 150—200, w śpiączce ponapadowej spada na 70 — 80, poczem wraca do stanu prawidłowego; to byłoby ważne ze względu na rozpoznanie symulacyi, ale trudność nadzwyczajna zastosowania przyrządu u rzucającego się silnie chorego nie rokuje wiele pożytku. Podczas snu w 2 godziny po zaśnięciu spadek = 20—35 mm. Hg. Co do innych chorób na podstawie dotychczasowych doświadczeń trudno czynić wnioski. *Dr. Adam Schmidt.*

M. Michaelis. **O rozpoznawczem i prognostycznem znaczeniu diazoreakcyi w gruźlicy.** (*Berl. kl. Wochenschft.* Nr. 13, 1900). Znaną jest rzeczą, że pojawienie się diazoreakcyi w moczu gruźliczych czyni rokowanie niekorzystnem; ponieważ jednak diazoreakcya występuje tylko w chorobach zakaźnych, staje się poniekąd środkiem rozpoznawczym w przypadkach mniej jasnych (*cirrhosis hepatis* czy *peritonitis tuberculosa?*) *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

L. Brieger. **O rozpoznawczem i leczniczem znaczeniu prątków gruźliczych i innych drobnoustrojów w plwocinie.** (*Berl. kl. Wochft.* Nr. 13, 1900). O ile tuberkulina ma wielkie znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy, o tyle ważnem jest badanie bakteryologiczne w późniejszych okresach i to głównie ze względu na zakażenie mięszane, na które wogóle za mało zwraca się uwagi. Czysta sprawa gruźlicza przebiega z zasady bez podniesienia ciepłoty, zwykle zaś towarzysząca jej gorączka hektyczna, dreszcze, nocne poty, to wynik mięszanego zakażenia, przedewszystkiem gronkowcami, które ten stan przewlekłej ropnicy powodują. Zakażenia te mięszane przyspieszają rozwój sprawy gruźliczej i roz-

pad tkanki płucnej, to też o nich pamiętać przedewszystkiem musimy w leczeniu, to starając się do nich niedopuścić, to dążąc do ich usunięcia. Następujące często po krwotokach płucnych ogniskowe, aspiracyjne zapalenia zawdzięczają swój rozwój gronkowcom. Nacieki zapalne, wywołane przez prątek grypy, łatwo serowacieją i naodwrót prątki grypy przyspieszają rozwój dawniejszych zmian gruźliczych i rozpad, podobnie, jak rzadziej spotykany prątek ropy błękitnej. *B. tetragenus* w plwocinie zaciemnia bardzo rokowanie.

Utrzymywanie w czystości ust, wziewania, świeże powietrze, forsowne odżywianie, hydroterapia, a wreszcie odpowiednie odosobnianie chorych, leczą i zapobiegają zakażeniu mięszanemu.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

C. L. Schleich; **Znieczulanie miejscowe i narkoza.** (*Berl. klin. Woch.* Nr. 13, 1900). Praca niniejsza, zasługująca z tego względu na uwagę, że autorem jej jest twórca najdzielniejszego sposobu znieczulania miejscowego, zawiera krótkie, treściwe zestawienie dotyczących zapatrywań autora, przeważnie pomieszczonych już w innych jego pracach. Sposoby znieczulania miejscowego zmniejszyły bezsprzecznie zakres stosowania narkozy. Najwybitniejszym z tych sposobów jest znieczulanie zapomocą nacieczenia (infiltracyi). Twierdzenie, że sposób ten nadaje się jedynie do znieczulania w zabiegach mniejszych, nie może, zdaniem S., zmniejszyć jego znaczenia ze względu na to, że właśnie w 75% przyp. śmierci w narkozie nastąpiło to przy „najdrobniejszych“ zabiegach. Zresztą nawet przy zabiegach poważnych stosowano sposób Schleicha z zupełnie zadowalniającym skutkiem. W tym względzie powołuje się autor na doświadczenie Kadera, Mikulicza i innych chirurgów. Jedną z dalszych korzyści sposobu tego jest to, że z chwilą rozpowszechnienia się jego, chorzy mniej się będą obawiali operacyi, przypadki więc chorobowe w znacznie wcześniejszych, niż dotychczas, okresach dostawać się będą do rąk chirurga. Podany przez Obersta sposób znieczulania okolicznego jest w zasadzie tylko odmianą sposobu infiltracyjnego. — Mimo niezaprzeczonych zalet tych sposobów pozostaje pewna ilość przypadków, w których chirurg zmuszonym jest zastosować znieczulanie ogólne. Zdaniem autora wskazanie do narkozy występuje dopiero z chwilą, gdy zastosowano znieczulenie miejscowe zawodzi. Niebezpieczeństwo narkozy znacznie się zmniejsza, jeżeli punkt wrzenia użytej mięszanki eterowej jest blizkim ciepłoty, jaką posiada w danej chwili chory, mający być uśpionym. Jako mięszankę poleca autor:

	38°	40°	42°
Aethylchlorid	2	1·5	0·5
Chloroform	4	4	4
Aether sulfur.	12	12	12.

Używanie podanej przez siebie maski uważa S. za prawie niezbędne. Wśród 5 tysięcy narkoz, które wogóle przebiegały bez żadnych niebezpiecznych zaburzeń, nie spostrzegał autor ani jednego przypadku śmierci.

Urbanik.

H. Riese: **Wyjęcie główki kości udowej z powodu zastarzałego śródtorebkowego złamania szyjki.** (*Deut. medic. Woch.* Nr. 15, 1900). Rokowanie w przypadkach śródtorebkowych złamań szyjki kości, (*fractura femoris subcapitalis*, Kocher), gdzie odłamki kostne ustawione są wolno, nie jest wogóle pomyślne. Jakkolwiek na podstawie badań Senna nie należy przeczyć możliwości wytworzenia się zrostu kostnego, to jednakowoż wyniku podobnego spodziewać się można jedynie w razie wklinowania odłamków. Wklinowanie odłamków jest przy tego rodzaju złamaniach stosunkowo bardzo rzadkiem. Obok tego może nastąpić wyleczenie tych złamań przy zupełnym zaniku główki lub zrośnięciu się jej z panewką, jak to wynika z spostrzeżeń Kochera i Mermeta. Ponieważ podobne zejście nastąpić może jedynie po długim przeciągu czasu, przeto należy zdaniem autora z chwilą rozpoznania wolnego śródtorebkowego złamania szyjki (zwłaszcza, jeżeli stosowane poprzednio mięsienie żadnego nie odniosło skutku) przystąpić bezwarunkowo do zabiegu operacyjnego. Przeczekać należy jedynie wessanie się krwi wynaczynionej przy samem złamaniu. Langenbeck polecał zespojenie odłamków zapomocą śrub stalowych, a Loreta, Dollinger i inni zastosowali szwy kostne. Zdaniem R. istniało w przypadkach tych, w których zabiegi powyższe pomyślny odniosły skutek, zapewne równoczesne złamanie śród- i pozatorebkowe. Przy czystem złamaniu podgłówkowem sposoby te zawodzą. Dotyczy to w szczególności złamań u chorych w podeszłym wieku, w którym, jak to wykazali Langer i Senn, naczynia w *ligament. teres* zarastają. Skoro więc główka oddzieloną zostaje od szyjki w miejscu, z którego torebka z naczyniami na nią już nie przechodzi, ustaje zupełnie jej odżywianie. W tych przypadkach wskazanem więc jest usunięcie główki. Zabieg ten daje wcale dobre wyniki co do czynności, jak o tem świadczą przypadki Kochera, Koeniga i przypadek autora, szczegółowo opisany w niniejszej pracy. Oczywiście, że przy operacyi tej należy się starać, o ile to możliwe, o oszczędzanie mięśni i części składowych stawu. Zwykle udaje się po otwarciu torebki główkę usunąć. Jeżeli usiłowania te natrafiałyby na znaczne przeszkody, dopuszczalnemby było oddzielenie mięśni przez tymczasową resekcyę szczytu krętarza. Rozleglejszych resekcyi należy unikać. Rowek, wydłutowany w górnym obwodzie szyjki (jak to wykonał Kocher), pozwala jej pewniej opierać się na górnym brzegu panewki. Mięsienie i założenie wyciążków na kończynę, ustawioną w abdukcyi, powinno być zastosowanem w pierwszych tygodniach okresu pooperacyjnego.

Urbanik.

Prof. Grawitz. **O rakach gruczolakowych (*adenocarcinomata*)** (*Deutsche med. Woch.* 1900/13). Na szeregu przykładów wykazuje G., że wytwarzanie się nowych ognisk gruczołowatych, torbielowatych, lub litych (całkowicie złożonych z komórek, a nie posiadających w środku światła) może odbywać się w sposób rozmaity. Mianowicie z dawniejszych ognisk mogą w otoczeniu bujać albo wypustki przybłonkowe, od początku posiadające światło, lub też wypustki lite, w których dopiero później wytwarza się światło, bądźto przez znikanie komórek przybłonkowych w środku nowej litej wypustki, bądź przez to, że z początku wypustka obrasta około pasemek tkanki łącznej, które później znikają, pozostawiając próżnię, otoczoną wyściółką przybłonkową. Podłoże, z którego rozwija się rak gruczolakowy, niekoniecznie musi posiadać budowę gruczołową: zauważono np., że z litych z początku wypustek rakowych, biorących początek z nabłonka skóry, mogą się w dalszym ciągu wytwarzać ogniska o budowie gruczołowatej lub torbielowatej. Utkanie drobnowidowe tylko do pewnego stopnia pouczyć może o tem, czy dany gruczolak, względnie rak gruczolakowy jest mniej lub więcej złośliwy; w ogólności da się tylko powiedzieć, że nowotwór jest tem złośliwszy, im wolniej i niezupełniej przechodzi początkowo bujanie rakowe w typowe utkanie gruczolakowe lub torbielakowe.

Ciechanowski.

M. Henkel. **Kliniczne spostrzeżenia w gruźlicy.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 13, 1900). Wczesne rozpoznanie gruźlicy rozstrzygać może o życiu chorego; ztąd H. w przypadkach podejrzanych, w których prątków gruźliczych w plwocinach, tak barwieniem, jak i szczepieniem zwierzętom, wykazać nie zdołano — choćby i tuberkulina odczynu nie sprowadzała, radzi nakłówać płuca w miejscu wybadać się dających zmian. Nakłówać należy strzykawką Prawatza z zachowaniem zwykłych prawideł aseptyki, naciągać zaś powoli; najmniejsze ilości do badania wystarczają. Po nakłóciu H. nigdy krwi w plwocinie nie spostrzegał.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Hahn i Trommsdorff. **O aglutyninach.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 13, 1900). Gruber stwierdził, że przy zlepianiu się bakteryi (aglutynacyi) zostają substancye zlepiające zużyte. Należało przypuszczać, że właśnie samo bakterye wywołują to zużycie aglutyninów, że mianowicie substancye te zostają związane lub pochłonięte przez substancyę bakteryi. Przypuszczenie to można było udowodnić wydzielając aglutyniny z powrotem, co rzeczywiście powiodło się autorom z rozmaitemi bakteryami (dur, cholera i t. d.) Zdołali oni mianowicie uwolnić związane przez bakterye aglutyniny i odzyskać je nietylko w zwykłej, nieuodparniającej surowicy, z którą bakterye wygotowywali, lecz także w $^{1}/_{100}$ normalnym ługu sodowym i $^{1}/_{100}$ normalnym kwasie siarkowym.

Ciechanowski.

Zängerle. **Przyczynek do znajomości pseudomucyny z torbielaków jajnikowych,** (*Münch. med. Woch.* Nr. 13, 1900). Z mucyny, zawartej w śluzowej plwocinie, w śliniankach podszczękowych, oraz z albuminów jaja i owomukoidu zdołano wydzielić w stanie czystym glukozaminę. Rozciągając badania te na pseudomucynę, zawartą w torbielakach, zdołał Z. z niej również wydzielić glukozaminę. Ponieważ zaś pseudomucynę tę wydzielają komórki kubkowate, wyściełające ściankę torbielaków, i ponieważ mucyna w drogach oddechowych, ślinianach i t. d. wytwarzana jest przez gruczoły, przeto wszystkie te glukoproteidy stanowią jedną gromadę ciał sobie pokrewnych, odznaczających się tem, że należy je uważać za wydzielinę komórek, i to komórek gruczołowych. Dalsze badania wykażą, czy glukozamina da się wykazać także w takich ciałach białkowatych, które nie są produktem właściwego wydzielania.

C.

Prof. Bauer. **O nerwowych zaburzeniach sercowych i ich stosunku do służby wojskowej.** (*Münch. med. Woch.* N. 13, 1900). W krótkim ogólnikowym wywodzie dochodzi B. do wniosku, że czynnościowe cierpienia serca nie czynią wszystkich, nimi dotkniętych, niezdolnymi do wojska, lecz, że przeciwnie może być tu służba wojskowa niekiedy nawet korzystną, wzmacniając serce za pośrednictwem celowych i stopniowych ćwiczeń fizycznych. Aby to ocenić, trzeba jednak nieraz dłuższy czas badać wpływ wzmożonej pracy fizycznej na serce, a niemałą wartość posiadają wywiady co do dziedziczności, przebytych chorób i t. d.

Z.

Meyer. **Czy wynik badania zapomocą przyrządu do liczenia krwinek Thoma-Zeissa zależy istotnie od ciśnienia powietrza atmosferycznego.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 13, 1900). Na pytanie to odpowiada M. na zasadzie badań porównawczych w Bazylei i Davos — przecząco, zaznaczając, że przyrząd Meissena nie jest przeto ulepszeniem przyrządu Zeissa. (Zdanie M. potwierdza Turban w artykule polemicznym w tymsamym Nr. Münch. Woch.). *Z.*

H. Neumayer. **O oksykamforze.** (*Münch. med. Wochschft.* Nr. 13. 1900). Oksykamfora, to połączenie, w którem jeden atom wodoru zastąpiony został wodorotlenkiem. Połączenie to, łatwo rozpuszczalne w wodzie, działa nadzwyczaj dodatnio w przypadkach silnej duszności. Doświadczenia Heinza na zwierzętach powtórzył N. u ludzi, tak przy wadach serca, dychawicy, jak i w gruźlicy płuc, i przekonał się, że po 1 gramie oksykamfory spadała liczba oddechów bardzo znacznie już po kilku minutach, przyczem duszność ustępowała zupełnie, a chory doznawał trwałej ulgi. *Dr St. B. Kwiatkowski.*

L. Huismans. **O chorobie Addisona.** (*Münch. med. Wochschft.* Nr. 13. 1900). H. podaje 5 przypadków choroby Addisona, z których w 4 podjęta sekcya wykazała gruźlicze zajęcie nadnerczy. Przypominając zapatrywanie Neussera na istotę choroby A., według którego nadnercza mają niszczyć trujące wytwory przemiany materyi i przyczyniać się do utrzymania prawidłowego napięcia w układzie nerwów współczulnych, twierdzi H., że zadaniem nadnerczy jest przemiana trujących wytworów mięśniowych (kwas mlekowy i fosforowy) i jelitowych (n. p. brenckatechina) na połączenia nieszkodliwe, odpowiednio przystosowane do spraw wydzielniczych. *Dr St. B. Kwiatkowski.*

Radca zdrowia Dr. Fürst. **Czy można przytłumić grypę (influenzę) i ciężkie jej powikłania?** (*Wiener med. Presse* N. 11, 1900). Autor, roztrząsając powyższe pytanie, twierdzi, że tak zupełnemu rozwinięciu się grypy, jak i jej powikłaniom, a w szczególności zapaleniu płuc można zapobiedz przez natychmiastowe podawanie antypiryny (3,00 dziennie) bez obawy jakiegokolwiek ubocznego działania. *Dr. H. P.*

Zuckerkandl. **O zaburzeniach w przewodzie pokarmowym przy stale podwyższonem parciu w narządzie moczowym.** (*Wiener med. Presse* Nr. 12, 1900). Przerost gruczołu krokowego lub dłużej trwające zwężenie cewki moczowej, powodujące nagromadzenie się znaczniejszej ilości moczu w pęcherzu, wywołują z biegiem czasu stałe podwyższenie ciśnienia śródpęcherzowego, które nie może być obojętnem dla czynności nerek, a w dalszym ciągu i przewodu pokarmowego. Objawy przy tem występujące, jak suchość w gardle, zwiększone pragnienie, połączone z mdłym smakiem w ustach, brak łaknienia, odbijanie, zaparcie stolca naprzemian z biegunką, częste wreszcie wymioty, — co wszystko razem wzięte można uważać za objawy mocznicowe, — podkopują tak dalece ogólny stan chorego, że z czasem mamy przed sobą obraz charłactwa rakowego. Nieznaczna ilość moczu, jaką przy tem chory oddaje, wcale się nie przyczynia do obniżenia parcia śródpęcherzowego i chory taki umiera albo wskutek ogólnego zakażenia, albo wskutek zwiększającego się z każdym dniem charłactwa. Jeśli więc u osobnika, liczącego ponad 50 lat, występują zaburzenia z strony przewodu pokarmowego obok dłużej już trwającego utrudnienia w oddawaniu moczu, jeżeli pęcherz jest ponad spojeniem łonowem wyczuwalny, a za lekkim uciskiem występuje parcie na mocz — wówczas, mając na myśli związek przyczynowy, zachodzący między temi cierpieniami, rozpoznanie będzie trafne, co i w dalszym ciągu leczenie stwierdzi. Lecząc bowiem li tylko zaburzenia z strony pęcherza moczowego — usunie się także przypadłości żołądkowo-jelitowe. Pamiętać atoli trzeba, by nigdy za jednym zabiegiem pęcherza zupełnie nie wypróżnić, lecz poczynać od 200—300·00 moczu, wypuszczając z biegiem czasu stopniowo coraz więcej. *Dr. Henryk Pisek.*

C. Hübscher. **O nowym materyale na szyny, przydatnym szczególnie do celów chirurgii wojennej.** (*Centralbl. für Chir.*, Nr. 9, 1900). Materyałem, zaleconym przez autora, jest blacha wybita w siatkę o oczkach średnicy 10 lub 6 mm., (t. zw. *Streckmetall, métal déployé*), znajdująca w ostatnich czasach obszerne zastosowanie w budownictwie. Materyał to giętki, daje się dobrze krajać, łatwo więc może być przystosowanym. Siatki te (a w szczególności sporządzone z glinu) są bardzo lekkie. Przez wtarcie gipsu w oczka siatki otrzymuje się opatrunek, który odpowiada wszelkim wymaganiom opatrunku ustalającego. *Urbanik.*

Glelinne. **O przyczynach ciąży bliźniaczej.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Ciążę bliźniaczą uważa autor za pozostałość filogenetyczną, szczątkową. Według badań autora u samic, rodzących z reguły więcej płodów, w utkaniu jajnika przeważa tkanka jajorodna, natomiast u samic, rodzących tylko jeden płód, przeważa tkanka podścieliskowa. U kobiet powinna przeto przeważać tkanka podścieliskowa; jeżeli zaś przeważa tkanka jajorodna, to wtedy zbliżają się one do samic, rodzących większą ilość płodów i płodzą bliźnięta. *St. D.*

A. Doktor. **Pęknięcie macicy. Dostanie się płodu do jamy brzusznej. Cięcie cesarskie. Wyzdrowienie.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Autor opisuje przypadek zupełnego pęknięcia macicy z przedostaniem się płodu do jamy brzusznej u wieloródki ze ścieśnioną miednicą, która poprzednio dwa razy rodziła siłami natury. Pęknięcie nastąpiło w tym przypadku z powodu zwiększenia niestosunku porodowego przez nadmierny rozwój płodu. W przypadku tym wydobyto płód drogą jamy brzusznej, a potem wyłuszczono macicę: — chora wyzdrowiała; jako ślad przeciągania się porodu pozostała przetoka moczowa wskutek długiego ucisku części miękkich przez główkę. *St. D.*

Morel-Lavallée. **O leczeniu świądu sromu.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900), A) Leczenie miejscowe: 1) Zmywania co 2 godziny: *Rp. Hydrar. bichlor. Ammon. chlor. aa 0,25, Aq. Amygdl. 500,00.* 2) Jeżeli to nie pomaga, to na wieczór można polecić: *Rp. Chloralhydrat 5,00, Aquae rosar. 100,00, Aq. destil. 150,00.* 3) Dobrze przeciw świądowi działa: *Rp. Plumbi acet. 10,00, Acid carbol. 5,00, Tinct opii 60,00, Aq. coct. 150,00,* lub też 4) *Rp. Morph. hydrochl. 0,50, Aq. laurocer. 4,00 Natr. borici 10,00, Aq. chlorofor. 400,00.* W dzień po użyciu leków pod 3) i 4) można polecić maść: 5) *Rp. Cocaini muriat. 2,00, Adipis 20,00, Olei ros. q. s.* 6) *Rp. Kali bromati 2,00, Acid. salic. 0,50, Farin. glycerol 20,00, Calomel vapor. 0,50.* Łagodniej od powyższego działa: 7) *Rp. Zinci oxydat. Bismuthi subnitr. aa 5,00, Lycopodii 10,00.* Na noc powinno się dawać kataplasma na miejsce schorzałe. W przypadkach bardzo uporczywych trzeba się uciec do kauteryzacyi lapisem. *Rp. Argenti nitr. 1,00, Aq. destil. 10,00.* Ponieważ chore, dotknięte tem schorzeniem, są zwykle nerwowe, trzeba przy tem schorzeniu uciec się i do środków wewnętrznych, a to przy bezsenności: 1) *Rp. Ammon. bromat. 10,00, Chloral hydrat. 5,00, Syr. Cort. Aurant 90,00.* Łyżkę zażyć; lub 2) *Rp. Sulfonali. Antipyrin. aa. 0, 50,* 1—2 proszków na noc. Na noc wypłukać należy pochwę najpierw roztworem lyzolu, potem wodą, wreszcie sublimatem, a pomiędzy wargi sromowe założyć kompres, napojony tanniną. *St. D.*

Neumann. **Miesiączkowanie, a gruźlica płuc.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Autor badając raz przypadkowo przed 9 laty chorą gruźliczą podczas regularności znalazł u niej wybitne pogorszenie. Ta okoliczność zwróciła jego uwagę na stan chorych gruźliczych podczas miesiączkowania, a badanie, przeprowadzone na całym szeregu chorych doprowadziło go do następujących wniosków: 1) U chorych gruźliczych podczas miesiączkowania występuje, albo też wzmaga się gorączka. 2) Często u tych chorych bez gorączki pojawiają się w miejscach gruźlicą zajętych objawy nieżytowe. 3) Podczas regularności dadzą się fizykalnem badaniem wykazać początkowe zmiany gruźlicze, niewybadalne w innym czasie. 4) Wreszcie zdarzają się chore, u których po ustaniu każdej regularności stan płuc znacznie się polepsza. Jak zachowuje się miejscowa gruźlica części rodnych podczas miesiączkowania, tego autor nie miał sposobności stwierdzić, sądząc jednak ze zwierząt, powinnaby się ona przy każdem miesiączkowaniu pogarszać. *St. D.*

Freudenberg. **O leczeniu bólów miesiączkowych.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Kobiety, cierpiące na bóle miesiączkowe, powinny w pierwszym rzędzie podczas regularności zachować bezwzględny spokój. Dobrze bardzo działają ciepłe okłady lub kataplazmy na brzuch. Jeżeli te zawiodą, można z bardzo dobrym skutkiem stosować wilgotne owijanie ud. W uciążliwych przypadkach stosuje się czopki z nast. wilczej jagody lub też kąpiele z narkotyków. Podczas kąpieli można zalecić natryski pochwowe. Jako środek, regulujący dopływ krwi do macicy, używa Prof. Dalché następującego środka: *Rp. Ergotin 0,10, Chinin. sulfur. 0,02, Pulv. fol. Digit. 0,01, Pulv. Coca q. s. ut. f. pil. N. I.* 3—5 pigułek dziennie. *St. D.*

H. Lucas. **Przyczynek do sposobów odjęcia prącia.** (*Ctbl. f. Chir.* Nr. 1, 1900). Przy tej operacyi największą troską naszą jest to, aby zapobiedz późniejszemu zwężeniu ujścia cewki. Sposoby obecnie używane nie zupełnie temu zapobiegają, jak o tem L. pouczył przypadek, operowany dawnym sposobem przez Bardenheuera. Autor poleca zatem inny sposób, polegający na tem, że z cięcia podłużnego, poprowadzonego na dolnej powierzchni cewki od przodkowej ściany moszen ku żołędzi, oddziela cewkę wraz z jej tkanką jamistą na przestrzeni 3—4 ctm. i przecina poprzecznie na obwodzie. Teraz dopiero odejmuje prącie w okolicy tylnego końca cięcia podłużnego (oczywiście bez cewki) i zeszywa *tunica albuginea* ciał

jamistych prącia ponad ich okrwawioną powierzchnią; ponad tym szwem zeszywa skórę, po części ze sobą, po części zaś z powierzchnią okrwawioną cewki, zachwytując tę ostatnią dość głęboko, byle nie przez błonę śluzową. Po tak skończonej operacyi wprowadza do pęcherza cewnik na stałe. W miarę gojenia się zrasta się błona śluzowa cewki z *tunica albuginea* własnego ciała jamistego, blizna na jej okrwawionej i nieosłoniętej powierzchni kurczy się, co sprawia, że błona śluzowa cewki zostaje mocno, na kształt grzyba, wynicowaną na zewnątrz. Po tej operacyi chorzy oddawali mocz silnym strumieniem, nie zanieczyszczali sobie sukien i nie dostawali wyprysków na mosznach. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pastę żrącą, niesprawiającą bólu, otrzymuje się dodając do pasty arszenikowej ortoform, jak to poleca Ponchet:

Rp. *Acid. arsenicos,*
Orthoformi aa 0·2
Alcoholis
Aq. destillat aa 10·0—15·0

(*Journ. des Practiciens* 1899). *Dr. I. L.*

Guajasanol. Nowy ten przetwór gwajakolowy jest chlorkiem dienetyloglykokolo-gwajakolu, krystalizuje w postaci białych pryzmatycznych kryształków, topiących się przy + 184°; posiada słabą woń gwajakolu, smak zaś słono-gorzki; w wodzie rozpuszcza się bardzo łatwo; działa obojętnie; w styczności z węglanami potasowców rozkłada się na zasadę wolną (dwuetyloglykokolo-gwajakol), która się wydziela z rozczynu w postaci cieczy oleistej. Badania Heinza wykazały, iż przetwór ten nie działa trująco, że 2% rozczyn rany nie drażni, 10% rozczyn drażni błony śluzowe, jednakowoż ich nie nadżera; że posiada słabe własności znieczulające. Badania bakteryologiczne Buchnera i Perutza wykazały, iż rozczyn gwajasanolu 1:50 i 1:100 niszczy prątki; rozczyn 1:200 rozwojowi ich nie przeszkadza; własności przeciwgnilne zatem odpowiadają mniej więcej własnościom kwasu borowego.

Badania kliniczne w końcu wykazały, iż gwajasanol w przypadkach gruźlicy, podawany w dawce 3 — 12 g. na dzień w opłatkach lub też w rozczynie, wstrzyknięty podskórnie, nie wywoływał ubocznych przypadłości ani ze strony krążenia, ani ze strony przewodu pokarmowego; chorzy znosili go dobrze, odzyskiwali apetyt i przybierali na wadze bez stosowania osobnego leczenia dyetetycznego. Z dobrym skutkiem podawano ten środek (daw. 3 g.) w biegunkach gruźliczych. Zadawalniające wyniki dawała w ozenie tamponada rozczynem 10—20% gwajasanolu, stosowana po ½ — 1 godziny. W zapaleniu jamy ust stosowano skutecznie płókania ½—2% rozczynem lub pędzlowanie 5% rozczynem. W zapaleniach pęcherza stosowano przestrzykiwania rozczynem 0·5—1·0 na 2000. W końcu w chorobach oczu okazał się gwajasanol pomocnym w rozczynie 1% jako środek przeciwgnilny, jakoteż w przewlekłych zapaleniach spojówki. (Dr. Einhorn, *Münch. med. Wochensch.* 1900, Nr. 1) *Dr I. L.*

Jodipinum, związek jodu z olejem łogowym (*Ol. sesami*) zawierający 10% jodu, przewyższa inne organiczne związki jodowe pewnemi swojemi zaletami. Nie ulega on tak łatwo rozkładowi, odpowiada pod względem smaku, barwy i woni ol. łogowemu, przez co może być podany wprost, bez dodatków mających na celu polepszenie smaku. Z początku ograniczano dawkę dzienną jodipiny do 3 łyżeczek kawowych, które odpowiadały około 1·0 grm. jodu czyli 1·35 grm. jodku potasowego. Radestock próbując podwyższyć tę dawkę, spożywał naprzód sam przez cały tydzień po 3 łyżki dziennie jodipiny bez szkody. Po tych próbach podawał ten środek chorym po 40—50 grm. na dzień, nie zauważając przytem żadnego działania szkodliwego, nie występowały bowiem ani bóle głowy, ani zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, z wyjątkiem miernego stopnia przyspieszenia ruchu robaczkowego, jakoteż wystąpienia lekkiego trądzika jodowego.

Jodipina przechodzi, jak to wykazał Winternitz, przez żołądek bez zmiany, a wessaniu ulega dopiero w jelitach. Autor zaleca bardzo podawać jodipinę we wszystkich przypadkach, w których wskazany jodek potasowy (wewnętrznie lub zewnętrznie) przypisując jej działanie skuteczniejsze z powodu łatwej i dokładnej wessalności. To samo tyczy się użycia tego środka w miejsce innych związków jodowych, a w szczególności nalewki jodowej. (*Therap. Monatshefte* 1899 listopad). *I. L.*

Sanatogen jest to przetwór białkowy wyrabiany przez firmę Bauer et Cie w Berlinie. Przetwór ten jest proszkiem barwy białoszarawej, pęcznieje w zimnej wodzie, przy ogrzaniu z wodą tworzy ciecz barwy mlecznej; ma być połączeniem 95% sernika z 5% glicerynofosforanem sodu. Rybiczka (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 9, 1900) używał sanatogenu w błednicy, wyniszczeniu skutkiem raka żołądka, gruźlicy, durze, oraz w neurastenii, zwężeniu przełyku, wrzodzie żołądka i t. d. Dawki wahały się od 3—5 łyżeczek kawowych dziennie. Lek podawano w mleku, winie, herbacie, zupie, najprzód rozmięszawszy na zimno, a potem ogrzewając aż do rozpuszczenia, który to sposób przyrządzania ważny jest ze względu na dokładne rozpuszczenie, gdyż inaczej pozostają grudki i chorzy mniej chętnie go piją. Sanatogen ma według doświadczeń R. podnosić wagę ciała w wielu przypadkach, w innych polepszać znacznie łaknienie, także i zawartość hemoglobiny we krwi ma wzrastać, jakkolwiek dość powoli. Chorzy znoszą sanatogen dobrze, trawią łatwo i nawet przy dłuższem podawaniu przyjmują chętnie. *Dr. A. Schmidt.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 kwietnia 1900 r.

Członków obecnych 48; — przewodniczący kol. Sielski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Sielski przedstawia i wita gości: prof. Dr. Jordana i panią Dr. Moraczewską.

3) Kol. Sielski odczytawszy listy od Komitetu uświetnienia Jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego i od Komitetu IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, — zachęca członków do jaknajliczniejszego udziału i szybkiego nadsyłania składek. W sprawie tej przemawiał też prof. Jordan. (Na i po posiedzeniu zebrano 105 koron).

4) Kol. Herman przedstawia zaniedbany przypadek znacznego stopnia gruźlicy skóry wraz z zajęciem gruczołów limfatycznych pachwinowych. — Kol. Łukasiewicz omawia ten przypadek.

5) Kol. Moraczewski »O kryoskopii moczu.« — Prelegent omówił na wstępie metodę oznaczania i opisał przyrząd. Wykazawszy związek pomiędzy kryoskopią i innemi metodami oznaczania ciśnienia osmotycznego, przeszedł do teoretycznej części odczytu, w której scharakteryzował nowoczesne zapatrywania chemiczne, oraz ich doniosłość dla biologii, wreszcie poddał krytyce niektóre zbyt pospiesznie czynione wnioski i omówiwszy zależność osmotycznego ciśnienia moczu od tegoż ciśnienia we krwi, wytknął kilka punktów, szczególniej ważnych dla celów klinicznych, w których kryoskopia poważne może oddać usługi. Rzecz będzie w całości drukowana). *Dr. J. Krzyszkowski,* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 21 marca 1900.

Przewodniczący: Kol. Prof. Jordan.

1. Przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Droba przedstawia imieniem Komitetu zmiany Ustawy Tow. lek. galic., powzięte na walnem zgromadzeniu Delegatów tegoż Towarzystwa w dniu 28 lutego b. r. i przysłane do aprobaty Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu. — Referat swój kończy następującym wnioskiem Komitetu: Tow. lek. krak. przyjmuje »en bloc« zmiany wprowadzone w Ustawie Tow. lek. galic. Wniosek przyjęto jednogłośnie.

3. Kol. Przewodniczący przedstawia, stósownie do prośby wniesionej na jego ręce przez grono kolegów, kol. prof. Edwarda Korczyńskiego na członka honorowego Tow. lek. krakowskiego i wyjaśnia, że głosowanie, stósownie do brzmienia § 63 statutu Tow. lek. krak., odbędzie się dopiero na jednem z następnych posiedzeń.

4. Kol. Sekretarz odczytuje pismo kol. prof. Korczyńskiego, w którem tenże, jako przewodniczący sekcyi gospodarczej chorób wewnętrznych, balneologii i t. d. na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich zwraca się do członków Tow. lek. z prośbą, by zgłaszali odczyty do tejże sekcyi i by w tym kierunku wpływali na znajomych, a to celem uzyskania rychłej pewności, które z grup tej sekcyi będą mogły samodzielnie funkcyonować (przyjęto do wiadomości).

5. Kol. Sekretarz odczytuje odezwę komitetu Doktorów, zwracającą się do Tow. lek. krak. z prośbą o poparcie działania komitetu jubileuszowego, zawiązanego celem uczczenia 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego. — Odezwę tę popiera w gorącem przemówieniu kol. przewodniczący.

6. Kol. Sekretarz zdaje sprawę z działalności komisyi, wybranej

celem uczczenia pamięci ś. p. N. Kostaneckiego i przedstawia zgromadzeniu do uchwały następujące wnioski tejże komisyi: a) Tow. lek. krak. pragnąc uczcić pamięć ś. p. N. Kostaneckiego uchwala zebrać fundusz dla sierót, pozostałych po zmarłym koledze. b) Fundusz ten, zebrany drogą składek, złoży Towarzystwo dla sierót na książeczkę kasy Oszczędności, albo ulokuje go w papierach wartościowych, które uzna za stosowne. c) Zebraniem funduszu zajmie się powyższa komisya, która wyda odpowiednią odezwę do kolegów zawodowych krajowych i pozakrajowych. d) Część zebranego funduszu przeznaczy Towarzystwo na postawienie kamienia na grobie zmarłego z napisem, który się później ułoży. Wnioski jednogłośnie przyjęto.

7. Kol. Przewodniczący skreśla w krótkości skrzętną i skuteczną działalność w Towarzystwie lek. ś. p. kol. Doc. Dra Sroczyńskiego i w krótkich, ale gorących słowach, których obecni wysłuchali stojąc, oddaje cześć pamięci pracowitego, zdolnego i dobrego kolegi.

8. Po załatwieniu spraw administracyjnych przystąpiono do części naukowej posiedzenia, którą zagaił kol. Doc. Łepkowski wykładem: »O osadzaniu sztucznych zębów płytkowem i bezpłytkowem w oprawie metalowej«, połączonym z demonstracyami odpowiednich okazów, oraz chorego, u którego pokrył obturatorem otwór w podniebieniu twardem, powstały po kilaku. W wykładzie tym przeszedł prelegent w krótkości historyę rozwoju sztuki dentystycznej od najdawniejszych aż do dzisiejszych czasów.

W dyskusyi zabierają głos koledzy prof. Zarewicz i prof. Kader. Pierwszy zapytuje prelegenta: 1) jak się ma rzecz z czyszczeniem zębów, przykręconych zapomocą śrubek, a 2) czy zęby sztuczne z płytkami nie uciskają na podniebienie i czy nie bywają powodem tworzenia się u kiłowych nacieków kiłowych. Kol. Prof. Kader stawia pytanie, czy warto wstawiać drogie sztuczne ćwieczkowe zęby, wobec tego, że ćwieczki takie, jak to wykazał Gluck na sztucznych stawach szczękowych, szybko się rozluźniają, a korzenie szybkiej ulegają resorbcyi. Co się tyczy przedstawionego chorego, jest kol. prof. Kader zdania, że operacya plastyczna byłaby więcej wskazaną, gdyż usunęłaby ubytek na zawsze i zwolniłaby chorego od nieprzyjemnego bądź co bądź uczucia ciała obcego w ustach.

W odpowiedzi zaznacza kol. prelegent, że zęby ze śrubkami czyszczą się zupełnie dobrze i łatwo podobnie, jak zęby naturalne, co do drugiego zapytania kol. prof. Zarewicza zaznacza, że w swej praktyce przypadku tego rodzaju nie spotkał. Co się tyczy zarzutów kol. prof. Kadera, to zapewnić może, opierając się na swej własnej praktyce, że zęby ćwieczkowe przez 8 lat trzymają się bardzo dobrze i że korzenie ulegają resorbcyi tylko wtedy, gdy się około nich toczy sprawa ropna; w innych przypadkach resorbcyi tej nie widział. Co do wyższości operacyi plastycznej nad protezą u demonstrowanego chorego może odpowiedzieć tyle, że zna chorych, operowanych z powodu podobnych ubytków kilka razy, u których ostatecznie skończyć się musiało na założeniu obturatora.

Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia:

Trzy okazy tętniaka tętnicy głównej:

1) Pierwszy z nich pochodzi z kobiety 65-letniej (PS. 30/1900) u której zresztą wykazała sekcya tylko bardzo znaczną miażdżycę tętnic i zaniki starcze narządów wewnętrznych. Już po przecięciu skóry i tkanki podskórnej na dolnej części szyi i nad rękojeścią mostka, wylewała się z nieregularnej, płaskiej jamy, leżącej wśród mięśni powierzchownych dolnej części szyi i tkanki podskórnej nad mostkiem, krew brunatnawo-czerwona. Jama, krew tę mieszcząca, powstała przez rozsunięcie tkanek, a połączona jest z jamą tętniaka otworem, drożnym dla małego palca, leżącym ponad górnym brzegiem rękojeści mostka, która stanowi dolną granicę tego otworu, jest obnażona, nierówna, chropawa. Z tylną powierzchnią rękojeści i górnej części trzonu mostka zrośnięty jest tętniak wielkości i kształtu pomarańczy, wychodzący z przedniej ściany samego łuku tętnicy głównej dokładnie pomiędzy i pod odejściem tętnicy bezimiennej i obu wielkich tętnic strony lewej. Tętniak ten łączy się ze światłem tętnicy głównej otworem okrągłym o średnicy 4 ctm. Ścianę przednią tętniaka stanowi obnażona i nadżarta, nierówna kość mostka. Nadżarcie mostka leży dokładnie w linii środkowej, jest talerzykowate i sięga w samym środku tak głęboko, że pozostała jeszcze cienka blaszka utrzymanej kości do światła prześwieca; średnica nadżarcia, z którego brzegami tętniak jest zrośnięty wynosi 5 ctm. Z innymi sąsiednimi narządami tętniak nie był zrośnięty, chociaż częścią ściany przytykał bezpośrednio do przedniej ściany tchawicy. Wnętrze tętniaka było w znacznej części wypełnione skrzepami warstwowymi. Oprócz tego dużego tętniaka znajduje się w części wstępującej tętnicy głównej małe, płytkie, tętniakowate wypuklenie, nie przechodzące wielkości fasoli, które było wypełnione również skrzepami warstwowymi, za życia powstałymi, a zdaje się mieć źródło w owrzodzeniu miażdżycowem. Dodać należy, że serce jest w tym przypadku zanikłe.

Dość ciekawym szczegółem jest to, że tętniak na zewnątrz nie przebił się przez nadżarcie mostka, ale tuż ponad rękojeścią mostka przez części miękkie. Usadowienie tętniaka, zwłaszcza wysterczanie jego ponad mostek, powinno było umożebnić rozpoznanie za życia.

2) Drugi okaz pochodzi z kobiety 56-letniej (PS. 55/1900), obserwowanej za życia na oddziale I A. Szpit. św. Łazarza, u której sekcya oprócz rozpoznanego za życia worczastego tętniaka części wstępującej tętnicy głównej, wykazała jeszcze drugi tętniak w części zstępującej, zrosły z kręgosłupem, wrzecionowate, tętniakowate rozszerzenie początku odcinka brzusznego tętnicy głównej, bardzo znaczną miażdżycę tętnic, a jako bezpośrednią przyczynę śmierci ogniskowe włóknikowe zapalenie płuc. Pierwszy tętniak, wychodzący z części wstępującej tuż przed odejściem tętnicy bezimiennej, wysunął się ponad obojczyk prawy, zajmując prawy dołek nadobojczykowy w postaci guza, wielkości małej pięści i wywołując małe ubytki na prawym brzegu rękojeści mostka i na mostkowym końcu prawego obojczyka, do których przednią swą ścianą przylegał. Tętniak ten, w znacznej części wypełniony twardym, warstwowym, przyściennym skrzepem, łączy się ze światłem tętnicy głównej otworem okrągłym, »szyjką« średnicy 3 ctm., sam zaś mierzy średnicy 7 ctm. Ujście tętnicy bezimiennej jest już wciągnięte w obręb »szyjki« tętniaka, długiej na jakie $1^1/_2$ do 2 ctm. — Drugi tętniak, wychodzący z tylnej ściany części zstępującej tętnicy głównej, zrośnięty z kręgosłupem, w którym wywołał dość głębokie nadżarcie, zajmuje na wysokość 10 ctm, komunikuje szeroko ze światłem tętnicy, a posiada kształt spłaszczonego z przodu ku tyłowi worka, w największej średnicy poziomej mierzącego 14 ctm. i rozwijającego się głównie ku stronie prawej, gdzie zrasta się z dolną częścią prawego płuca. W tętniaku tym ta właśnie prawa jego część zawierała grube skrzepy warstwowe, przyścienne. Wreszcie tuż poniżej przepony znajduje się wrzecionowate rozszerzenie silnie miażdżycowej tętnicy głównej na długości 7 ctm., w największym obwodzie mierzące 8 ctm. —

Serce w tym przypadku jest wyraźnie w obu swych połowach, zwłaszcza jednak w lewej, przerosłe. Jaka była właściwa przyczyna przerostu serca, nie można stanowczo rozstrzygnąć, ponieważ sekcya mogła być tylko częściowo dokonana.

Zajmującym szczegółem tego przypadku jest wielokrotność tętniaków i obecność tętniaka części zstępującej tętnicy głównej, który jak jeszcze i dziś podkreślają (Schrötter. Erkrankungen der Gefässe I Th. Wien 1900), należy do zjawisk rzadszych, a interesujących ze względu na dość znaczne podobno trudności klinicznego rozpoznania. Pod tym właśnie względem poruszyli niedawno tę sprawę Weinberger i Weiss (Eine seltene Form von Aneurysma der Arteria thoracica descendens, *Wiener klin. Woch.* 1900 Nr. 8), którym dobre usługi oddała w ich przypadku röntgenografia, a do których pracy po kliniczne szczegóły i uwagi odesłać należy. Zasługiwać zdaje się na wzmiankę okoliczność, że według zgodnych zdań rozmaitych autorów, od Rokitańskyego począwszy, rozszerzają się tętniaki części zstępującej tętnicy głównej piersiowej prawie zawsze ku stronie lewej, wnikając w lewe płuco. W przypadku Weinbergera i Weissa rozrastał się tętniak wyjątkowo prawie wyłącznie na prawo, a ten wyjątek był bodaj głównym powodem, dla którego autorowie ci swój przypadek, jako klinicznie ciekawy i »rzadki« ogłosili, pomimo całej powodzi istniejącej kazuistyki tętniaków. Otóż i nasz przypadek z tego tytułu należałoby zaliczyć do rzadszych, bo i tu tętniak drugi, t. j. części zstępującej aorty rozwijał się prawie wyłącznie ku stronie prawej, na lewo zaledwo cokolwiek przekraczając kręgosłup. Że w naszym przypadku nie przyszło do przebicia się tętniaka n. p. do jakiejś gałązki oskrzelowej, jak to było w przypadku Weinbergera i Weissa, i przez to zabrakło wskazówki rozpoznawczej, odgrywającej w ich przypadku niejaką rolę, pochodzi prawdopodobnie stąd, że właśnie w prawej, wrastającej w płuco połowie tętniaka znajdowały się grube pokłady zbitych skrzepów, wypełniających prawie całe wnętrze tej części tętniaka.

Niezwyczajnem jest także zachowanie się górnego tętniaka, wychodzącego z przejścia tętnicy gł. wstępującej w łuk. Tętniaki tej oko-

licy rozwijają się z reguły ku przodowi, wywołując nadżarcia ściany klatki piersiowej; tu natomiast tętniak wysunął się do dołka nadobojczykowego, a w mostku i obojczyku wywołał tylko drobne ubytki.

3) Okaz trzeci pochodzi z kobiety 65-letniej (PS. 159/1900), u której tętniak, pękając do lewej opłucnej, wywołując *haemothorax*, całkowite ugniecenie płuca lewego i ostrą niedokrewność bezpośrednio śmierć sprowadził I tu wykazała sekcya bardzo znaczną i rozległą miażdżycę tętnic. Tętniak wielkości 2 pięści, wychodząc głównie z dolnej i tylnej ściany części zstępującej tętnicy głównej, 2 ctm. poniżej ujścia tętnicy podobojczykowej lewej. rozwijał się ku stronie lewej i ku tyłowi, zrastając się częściowo z górną częścią płuca lewego; otwór, przez który nastąpił krwotok, znajduje się w sąsiedztwie tego zrostu i nie przechodzi wielkości halerza. Tętniak ten jest raczej wrzecionowaty, niż workowaty, bo połączony jest szeroko ze światłem tętnicy głównej, której ściana w tem miejscu jest zresztą także rozciągnięta i wysłana grubym pokładem białych warstwowych skrzepów; we właściwym tętniaku znajdują się starsze i świeższe skrzepy, warstwowe i żeberkowane. Oskrzele lewe jest przez tętniak zepchnięte ku dołowi i uciśnięte.

Serce w tym przypadku zachowało mniejwięcej wielkość prawidłową, jest może nawet nieco pomniejszone, a w każdym razie nie okazuje ani śladu przerostu; nie ma też innych zmian, w szczególności na zastawkach.

W tym przypadku, w przeciwieństwie do poprzedniego, rozwijał się tętniak typowo ku stronie lewej.

Klinicznie rozpoznawano wadę sercową. I w tym przypadku istnieć musiały trudności rozpoznawcze, które byłaby może zmniejszyła röntgenografia.

We wszystkich 3 przypadkach tętniaki rozwinęły się u kobiet w wieku starszym (56 wzgl. 66 lat), we wszystkich istniała też bardzo znaczna miażdżyca tętnicy głównej. Są to szczegóły o tyle zajmujące, że tętniaki u kobiet są bez porównania rzadsze, niż u mężczyzn (Bizot znalazł wśród 189 przypadków 171 mężcz, a tylko 18 kobiet), że najczęściej powstają w wieku średnim 35–40 lat i że z miażdżycą łączyć je ma związek tylko pośredni, mianowicie obie te zmiany, jeżeli występują obok siebie, zdają się być równorzędnymi skutkami jednej wspólnej przyczyny (Birch-Hirschfeld). Znacznie rzadziej daje się wykazać zależność rozwoju tętniaka od zmian miażdżycowych, jako bezpośredniej przyczyny, mianowicie od głębszych owrzodzeń miażdżycowych; dotyczy to szczególniej niektórych przypadków tętniaków wielokrotnych z równoczesnemi licznemi i głębokiemi owrzodzeniami miażdżycowemi. O takiej genezie tętniaków możnaby też myśleć w dwóch pierwszych naszych spostrzeżeniach. Zresztą niektórzy badacze (np. Ziegler) dopatrują się podobnej genezy w większości przypadków, co prawda wliczając do wspólnej gromady «arteriosklerotische Aneurysmen» i tętniaki, występujące wskutek kiłowych zmian naczyń.

4) Okaz kamieni gruczołu krokowego, pochodzący z 42 letniego mężczyzny (P. S. 195/1900) z nieznacznemi zmianami gruźliczemi w szczytach płuc, u którego za życia rozpoznano *Cystopyelonephritis tuberculosa*. Sekcya nie wykazała zmian gruźliczych w narządzie moczopłciowym, natomiast zajmującą cały ten narząd sprawę posokowatoropną, której początek dała prawdopodobnie *calculosis prostatae*. Część jamista i błoniasta cewki moczowej zmian nie okazuje; część krokowa w całości znacznie i niejednostajnie rozszerzona, zwłaszcza ku tyłowi i stronie prawej, gdzie istnieje rodzaj uchyłka, głębokiego około $3^1/_2$ctm. (licząc od idealnego przebiegu części krokowej cewki), zajmującego całą prawie wysokość gruczołu krokowego i połączonego szeroko z resztą rozszerzonej części krokowej, przez co tworzy się nieregularna jama, będąca niejako przedłużeniem pęcherza moczowego ku dołowi. Z pęcherzem połączona jest ta jama przez znacznie rozszerzone ujście wewnętrzne pęcherza, mierzące w obwodzie prawie 3 ctm. W jamie tej, której wnętrze jest nierówne, pokryte ropą i miazgą zielonawą cuchnącą, a której ścianę stanowi rozepchnięty i zanikły gruczoł krokowy, leżały 3 kamienie nieregularnego kształtu, na kantach lekko zeszlifowane, ważące razem po wysuszeniu 12 gr. (6 + 4 + 2 gr.), z których największy mierzy mniejwięcej 3 × 2 × 1·75 ctm. najmniejszy 2·25 × 1·25 × 1 ctm. Kamienie te barwy białoszarej, nie okazują po rozpiłowaniu wyraźnego jądra; kora ich jest zbitsza, twarda, środek prawie gąbczasty. kruchy Zewnętrzne rozmiary gruczołu krokowego wynoszą około 4×4·5×5 ctm. — Pęcherz moczowy mały, wielkości mandarynki; ściana jego gruba na przeszło centymetr, we wnętrzu nie było żadnych kamieni, tylko nieco moczu ropiastego, cuchnącego; błona śluzowa jego przedstawia zmiany, właściwe długotrwałemu zapaleniu posokowatoropnemu, podobnie jak i błona śluzowa moczowodów, które są grubości palca wskazującego, o ścianie przerosłej, pokręcone. Miedniczki i kieliszki nerkowe rozszerzone, zawierały mocz ropiasty i po kilka kamyczków wielkości grochu; błona śluzowa przedstawiała się podobnie jak w moczowodach i w pęcherzu. Nerki przedstawiały obraz rozlanego ostrego zapalenia obok rozrzuconych nieregularnie w miąższu ograniczonych ropni.

Rozbiór chemiczny kamieni, dokonany uprzejmie przez kol. Doc Lembergera, wykazał, iż składają się one z fosforanów i węglanów wapniowego i magnowego, przyczem przeważa znacznie fosforan wapniowy. Szczawianów, ani moczanów wykazać nie zdołano.

Niezbyt wielka liczba prac, odnoszących się do kamieni gruczołu krokowego, wymagających interwencyi chirurgicznej, świadczy, że zjawisko to nie należy do zbyt częstych, choć zapewne niejeden przypadek, nierozpoznany za życia, pozostał nieznany. Jeżeli za wzorem v. Frischa (Die Krankheiten der Prostata Wien 1900) oddzieli się jeszcze kamienie nerkowe i pęcherzowe, które przypadkiem do części krokowej cewki się dostały i tam utkwiły, oraz zwapnienia obumarłych części gruczołu krokowego, jako nie należące do właściwych kamieni krokowych, to liczba przypadków takich jeszcze bardziej się zmniejszy. Powstanie kamieni w takich przypadkach tłómaczą wszyscy prawie autorowie przez zwapnienie i wzrost t. zw. ciałek skrobiowatych, znajdujących się nader często w gruczole krokowym, a zapatrywanie to podzielają dwaj najważniejsi monografiści tej sprawy tj. Socin i v. Frisch. Pochodzenie i sposób powstawania ciałek skrobiowatych zadługo byłoby opisywać, wystarczy wspomnieć, że ci, którzy tę sprawę najdokładniej badali, Posner i Stilling, uważają za źródło ciał skrobiowatych złuszczone i obumarłe komórki przybłonkowe stercza, które następnie impregnując się mniej lub więcej lecytyną, dają mniej lub więcej wyraźny odczyn, zbliżony do odczynu substancyi skrobiowatych, bo właśnie lecytyna barwi się niebiesko przy działaniu jodu, a różowo fioletem metylowym. Według badań Stillinga zdarzają się szczególnie obficie ciałka skrobiowate w gruczole krokowym rozwijającym się, i u osobników starszych; u tych ostatnich obwinia Stilling zwyrodnienie szkliste mięśni gruczołu krokowego, że nie usuwając łuszczących się komórek przybłonkowych, gromadzi materyał na złogi skrobiowate (którym zresztą przypisuje S. przypuszczalną rolę w powstawaniu przerostu gruczołu krokowego). Ciechanowski przypuszcza, że w gromadzeniu się znaczniejszem ciał skrobiowatych u ludzi starszych odgrywają pewną rolę tesame sprawy, które stanowią tło przerostu gruczołu krokowego, to jest zwężenie bliznowate przewodów tego narządu, wywołane przez bardzo przewlekłe sprawy zapalne, które szerzą się wgłąb gruczołu od cewki moczowej. To także tłómaczyłoby, dlaczego właśnie złogi skrobiowate gromadzą się głównie w większych przewodach gruczołowych, które leżąc bliżej cewki moczowej, częściej i silniej ulegają owym zmianom bliznowatym. Tu też zatrzymywane rosnące i wapniejące złogi mogą być źródłem owych kamieni krokowych, które doprowadzając sąsiedni miąższ gruczołu zwolna do zaniku, dostać się wreszcie mogą do światła części krokowej cewki moczowej, gdzie potem stanowią przyczynę zaburzeń moczowych wskutek swojej wielkości i liczby i źródło dalszych zmian patologicznych Spotykano już kamienie krokowe wielkości jaja kurzego (Goyrand), ważące do 102 grm. (Ferrari), wydalano po 50–130 drobniejszych kamyków (w takich razach leżały one jeszcze w miąższu gruczołu krokowego w wytworzonej zwolna jamie) i t p. Przypadki ciekawsze zestawił Thompson w swojej znanej pracy. W przypadku Friedla 4 kamienie krokowe, bliskie przebicia się do części krokowej cewki moczowej, wywołały obliteracyę przewodu nasiennego i zwyrodnienie torbielowate pęcherzyka nasiennego; w innych razach spostrzegano przebicie się kamieni do cewki, pęcherza, odbytnicy, tkanki około gruczołu krokowego (w naszym przypadku omal to ostatnie nie nastąpiło), gdzie powstawały potem ropnie i t. d.

Czy w naszym przypadku rzeczywiście są to prawdziwe kamienie krokowe, czy też kamienie, naniesione z górnych odcinków dróg moczowych i uwięzłe tylko w części krokowej, rozstrzygnąć stanowczo oczywiście trudno ze względu na to, że kamienie znajdują się już w cewce, a raczej, że zawierająca je jamka łączy się z cewką w jedną całość. Wynik badania chemicznego w żadnym razie sprawy nie rozstrzyga, chociaż kamienie krokowe mają się składać najczęściej właśnie z fosforanów, rzadziej z węglanu wapniowego lub fosforanu amono-

womagnowego, a wyjątkowo tylko ze szczawianów. Na stronę przypuszczenia, że kamienie istotnie pierwotnie wytworzyły się w samym gruczole krokowym i następowo przebijając do cewki, były źródłem wszystkich zmian dalszych, przemawiaćby mogły: brak takich zmian anatomicznych wrodzonych lub nabytych w cewce moczowej, któreby mogły stanowić przeszkodę dla kamieni, przepartych już przez ujście wewnętrzne pęcherza (zwężenia, uchyłki)—i położenie kamieni, zajmujących głównie tylko prawą stronę gruczołu krokowego;— przeciw zaś temu przypuszczeniu możnaby przytoczyć: obecność kamieni, acz drobnych, w miedniczkach nerkowych, (które mogły zresztą powstać już w przebiegu zmian następowych w górnych drogach moczowych) i pewien niestosunek zmian pęcherza do zmian w moczowodach. C. skłania się raczej ku pierwszej z tych dwóch możliwości, między któremi rozstrzygnąć możeby mogły objawy kliniczne; niestety nie ma o nich bliższych danych. Wogóle zaś co do strony klinicznej całej sprawy odesłać należy do wspomnianej już monografii v. Frischa i do pracy A. Gabszewicza (»Gazeta lek.« 1899. N. 50), jak się zdaje jedynej dotąd w naszem piśmiennictwie.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Doc. Kryński i prof. Zarewicz. Pierwszy jest zdania, że przedstawione przez prelegenta kamienie pochodzą z części górnych przewodu moczowego, że utkwiły w części krokowej cewki, wywołując tu następowe zmiany. Kol. prof. Zarewicz zgadza się zaś ze zdaniem kol. prelegenta.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VI. Stanowisko lekarzy kąpielowych.

Napisał

Dr. Władysław Maleszewski

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag., lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.

(Dokończenie).

Więc przedewszystkiem wymaga od nas nauka klinicznego postępowania, a nie szablonu kąpielowego. Czyż np. przy rozstrzeni żołądka znacznego stopnia picie tej lub innej wody, czy szablonowa dyeta będzie dla niej jedynem leczeniem? bezwątpienia, że nie. Każdy niezawodnie przyzna, że nie mówiąc już o reszcie, bez pompy żołądkowej niema mowy o skutecznem leczeniu rozstrzeni żołądka znacznego stopnia. Zapewne, że sama publiczność silnie się opiera tej „operacyi," na pozór tak strasznej; ale czy lekarz powinien ustąpić gwoli tej bojaźni i oszczędzać sobie chętnie czasu, wskazując tylko źródła do picia i zalecając jakiś szablon dyetetyczny, zamiast ze stanowczością wykazać minimalne skutki podobnej niezupełnej terapii?! Zrazić sobie można takimi napozór strasznymi środkami, jak zgłębnik żołądkowy, wielu bardzo chorych, ale każdy z nich w końcu przyzna lekarzowi słuszność i w jego wiedzę i rzetelność choć po niewczasie uwierzy. Nie opróżnić żołądka na noc z treści zalegającej, tak często gnijącej, a wierzyć w znakomite skutki wypitego na drugi dzień kubka Mühlbrunnu, — to nie jest leczenie, godne nazwy umiejętnego. Lepiej pozbyć się od razu takiego chorego, niż z całą świadomością, że rady będą bezskuteczne, poddać go szablonowi kąpielowemu. Niemcy dojrzalsi są pod tym względem od naszych chorych rodaków, bo nie tylko zgadzają się na płókanie żołądka, lecz nawet domagają się go, rozumiejąc całą korzyść z tego zabiegu; a komuż różnicę tę przypisać, jeżeli nie samym lekarzom. Chemizm żołądka, tak kapryśny nieraz, zniewala nas do czujności i indywidualizowania w każdym przypadku choroby żołądka, nim ustalimy sobie rozpoznanie. Każdy, pracujący klinicznie, przyzna, jak często cały szereg prób żołądkowych nie daje jeszcze zupełnego pojęcia o rzeczy. Dlatego też zgłębnik żołądkowy oraz badanie drobnowidowe, chemiczne rozbiory i wszelkie inne czysto kliniczne sposoby badania, powinny mieć również stałe zastósowanie w praktyce balneologicznej: wtedy zapewne dopiero balneologia stanie się poważną nauką i wielkimi krokami w parze z postępem wiedzy kroczyć będzie. Dotąd jednakże praca kliniczna i praktyka kąpielowa stoją nieraz na przeciwnych biegunach. Jest to główna usterka w zawodzie lekarza kąpielowego, pozostaje tylko wyśledzić przyczyny. Całą odpowiedzialność zwalić na lekarzy byłoby niesprawiedliwie, chociaż część winy im przypisać należy. O złą wolę nikogo podejrzywać nie można; owszem czyste i piękne zamiary prowadziły zapewne każdego lekarza do poświęcenia się balneologii, ale zajęcia praktyczne w zdrojowisku i bliższe poznanie jego warunków wpływają nieraz bardzo ujemnie, i mimo woli i najszlachetniejszych zapewne dążeń, spada niejeden z wyżyn powołania na tory poziome, nie umiejąc lub nie mogąc się oprzeć gniotącym przesądom, i nieroztropnym żądaniom i wymaganiom publiczności. Lekarz kąpielowy skrępowany jest krótkim, zaledwie nieraz kilkotygodniowym sezonem letnim lub zimowym, podczas którego przesuwa się przed nim, jak w kalejdoskopie, monotonny szereg przeważnie cierpiących na choroby ustrojowe, gdzie pomoc szybka a doraźna tak zadowalniająca samego lekarza, jest poniekąd wykluczoną: skutki leczenia są zazwyczaj w tych okolicznościach bardzo powolne, a więc nie efektowne na pierwszy rzut oka: lekarz walczyć tu musi z tysiącznymi przesądami chorych, którzy, jeżeli im nie grozi nagłe niebezpieczeństwo, nie rozumieją w takich razach celu posłuszeństwa dla lekarza, a natomiast z niebywałą giętkością schylają czoło przed bezkrytycznemi radami rzekomo doświadczonych bywalców po zdrojowiskach. Natłok potrzebujących porady bywa zazwyczaj w tym okresie wielki: zmusza on lekarza do wysiłku pracy, oraz do baczenia, by zadowolnić każdego ze swych chorych; stan ten oczywiście wyrobić może wkrótce z łatwością szablon w traktowaniu zadań lekarskich. — Zabrnąwszy nawet daleko, mógłby jednak z niego lekarz z łatwością otrząsnąć się, gdyby sama publiczność tego nie udaremniała. Archaiczne pojęcia ogółu uważania dziś lekarza za niepoprawnego filantropa, dziwny brak zastanowienia się nad wartością pracy lekarza i nierozważna oszczędność ogółu, gdy idzie o opędzenie wydatków leczenia, a więc i wynagrodzenia lekarza za jego pracę, wyrobiły to, że on chcąc wyżyć ze swego trudu, nie może w zdrojowisku ograniczyć się szczupłą liczbą chorych, lecz liczyć musi na tłum, który dopiero o skromnem jego utrzymaniu stanowić może. Honorarya lekarskie w miejscach kąpielowych z dnia na dzień się zmniejszają i spadają nieraz do wprost śmiesznych kwot.

Chory, oddając się w leczenie, powinienby widzieć przedewszystkiem w lekarzu przynajmniej swego umiejętnego i rzetelnego opiekuna. Cóżby się stało jednak z wiarą ogółu w wiedzę lekarską, gdyby chorzy spotkali lekarza, któryby się zadawalniał bez badania przekonaniem, że leczenie potrzebne widocznie choremu, skoro został przysłany, lub, badając tylko dla pozoru, przepisywał z tajemniczą miną kubek Mühlbrunnu, zamieniając go po dniach kilku na daleko silniejszą Sprudel, lub polecał słabą wodę Karola, przerzucając się stopniowo do silniejszego źródła Wandy, Józefy, lub Urszuli. I publiczność, równie jak i każdy z nas, przekonaną jest o odrębności działania wód gorących, a zimnych, wierzy w różne ich własności ze względu na składniki chemiczne, ale nie uwierzy zapewne nigdy w różnicę skuteczności z powodu innej tylko nazwy źródła. Naszem zadaniem przeto jest pouczyć ogół, w czem leży źródło jego zdrowia, a nie zaciemniać mu jeszcze więcej pojęć. Niechaj publiczność widzi w lekarzu kąpielowym klinicystę, niechaj zrozumie i oceni jego dążenia i wysiłki, a wtedy otworzy się inne pole do pracy, prawdziwie pożyteczne tak dla chorych, jak i dla samej nauki.

Wypowiadając śmiało me zapatrywania narazić się mogę zapewne na rozmaite zarzuty. Zarzuty będą liczne, a argumenta ich napozór może silne; ale pytanie, czy wystarczą na obronę sprawy. Przejrzawszy tylko piśmiennictwo balneologiczne znajdziemy dużo danych do wyrażonych powyżej obaw co do powagi balneologii obecnej. Jak biedna i dziwnie mało płodna jest szczególniej nasza literatura kąpielowa, każdy to przyzna bez wahania. Czy brak materyału lub brak czasu czy tylko brak chęci i usterki klinicznego spostrzegania, które nie wystarcza do wysnuwania poważniejszych wniosków, są tego przyczyną, rozstrzygać nie zamierzam.

Prace sekcyi balneologicznej Towarzystwa higienicznego w Warszawie i Komisyi balneologicznej w Krakowie, wskrzeszonej przez prof. Korczyńskiego, dały początek poprawie obecnego stanu rzeczy. Ale to nie wszystko: ogół lekarzy zdrojowych winien przyłożyć się do tej skutecznej pracy: związawszy się solidarnie wspólnymi interesami własnymi i ogółu położyć kres istniejącym stosunkom. Każde z naszych zdrojowisk chroma na wielu punktach: opsałość właścicieli lub dzierżawców jest wielka, a ich odporność na wszelkie ulepszenia i innowacye dla dobra leczących się jest nieraz godna podziwu. Stosunkowo częste Zjazdy zagranicznych balneologów u nas jakoś nie znajdują odgłosu. Właśnie lekarze kąpielowi, nie mający dotąd u nas swego wspólnego ogniska, dążyćby powinni do zespolenia się w pewną całość naukową, do zbliżenia się do siebie, a stanowisko ich bezwątpienia znaczniebу się podniosło. Zjazdy naszych balneologów niezawodnie dałyby możność roztrząśnięcia stosunków istniejących, byłyby zachętą do pracy naukowej, stworzyłyby współzawodnictwo w dobrem i pożytecznem. Wyłoniłoby się z tego może pismo balneologiczne, a przynajmniej żywszy ruch piśmienniczy; weszlibyśmy w końcu na dobre tory. Zadowolnienie własne, pożytek dla ludzkości i nauki, byłyby hojną nagrodą za podjęte trudy.

* * *

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 3 maja.

* We środę dnia 5 maja odbyło się posiedzenie Towarz. lek. krak., na którem prof. Browicz wykładał: »O budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych«, objaśniając rzecz obrazami drobnowidowymi zapomocą projekcyi elektrycznej. W rozprawach zabierali głos: kol. prof. Cybulski, H. Hirsch, prof. Kostanecki i prelegent. Wykład kol. Nartowskiego odłożono dla spóźnionej pory do następnego posiedzenia, które odbędzie się w najbliższą środę d. 9 maja b. r.

* W prasie politycznej i lekarskiej pojawia się wiadomość, że austryackie ministerstwo skarbu zgodziło się na przedstawioną przez ministerstwo sprawiedliwości nową taryfę dla lekarzy, jako rzeczoznawców sądowych, przynajmniej w sprawach karnych, gdyż wynagrodzenie w sprawach cywilnych ma pozostać bez zmiany.

* Dla młodszych lekarzy otwiera się stanowisko asystenta w zakładzie wodoleczniczym Dr. Tarnawskiego w Kosowie. Szczegóły w inseratach w dzisiejszym Numerze.

* Namiestnictwo zatwierdziło fundacyę imienia prof. Edwarda Korczyńskiego dla ozdrowieńców, opuszczających klinikę lekarską krakowską; fundacyę tę w kwocie tysiąca koron zebrało z okazyi 25-letniego jubileuszu grono byłych uczniów jubilata. Podobna fundacya im. prof. Karola Gilewskiego, założona 1880 r. z inicyatywy Dr. Jana Buszka, fizyka m. Krakowa, istnieje już przy klinice lekarskiej a wynosi trzysta złr. w. a. W klinikach szuka pomocy lekarskiej najuboższa ludność, która opuszczając klinikę nie może nieraz opędzić nawet kosztów powrotu do domu; doniosłość tego rodzaju fundacyi nietrudno więc ocenić. Ze względu na rzeczywistą potrzebę byłoby jednak pożądanem, aby takie fundacye mogły rozporządzać większymi zasobami. Redakcya „Przeglądu lek.“ chętnie pośredniczyć będzie w odbiorze ofiar na powyższy cel.

* Liczba lekarzy w większych miastach niemieckich w stosunku do liczby ludności zdaje się zależeć od warunków miejscowych: miasta uniwersyteckie posiadają uderzająco wielu lekarzy, miasta zaś fabryczne stosunkowo niewielu, niewątpliwie wskutek zaprowadzenia kas chorych. Najgorsze warunki dla lekarzy przedstawia pod tym względem Charlottenburg (1 lekarz na 513 mieszkańców), potem idą Halle, Strassburg, Monachium, Królewiec, Wiedeń (1:692), Frankfurt n. M., Berlin (1:725), Wrocław, Drezno, Hannower, Lipsk, Kolonia; Norymberga, Hamburg, Akwisgran i t. d. mają już stosunek powyżej 1:1000. W miastach tych wzrosła ludność w ostatniem dziesięcioleciu o 40—60%, liczba lekarzy zaś o 91—93%! Porównanie tych liczb z Krakowem dowodzi, że u nas są stosunki znacznie gorsze, niż w którymkolwiek z miast niemieckich. Odliczając nawet lekarzy wojskowych z jednej, a garnizon z drugiej strony, wypada według stanu z 1 stycznia b. r. 218 lekarzy na 84.000 mieszkańców t. j. 1:389. Lwów i Wilno przedstawiają pod tym względem stosunki bez mała dwukrotnie dla lekarzy korzystniejsze, jeszcze lepsze są warunki w Warszawie, najlepsze w Łodzi.

* Pruskie ministerstwo oświaty zarządziło dla lekarzy, zatrudnionych w zakładach dla głuchoniemych, 3 tygodniowy kurs naukowy w berlińskim zakładzie (Elsasserstr 85—88). Kurs rozpocznie się 14 maja b. r.

* Pruskie ministerstwo oświaty oświadczyło się za dopuszczeniem do studyów lekarskich wychowanków szkół tzw. realnych. Lekarze niemieccy sprzeciwiają się żywo temu planowi.

* 12—15. Sierpnia odbędzie się w Paryżu zjazd w sprawach hipnotyzmu, 9—14 sierpnia zaś zjazd dentystyczny; 15—28 lipca odbędzie się w Liwerpolu pod przewodnictwem Listera konferencya w sprawie zimnicy.

Mianowani: Prof. L. Guaita z Sieny dyrektorem kliniki okulistycznej we Florencyi.

Nekrologia: Dr. Czesław Józef Stiche, o którego nagłej śmierci donieśliśmy w Nr. 17 »Przeglądu,« urodzony we wsi Krzywin gub. Wołyńskiej w r. 1852, wstąpił po ukończeniu gimnazyum w Białej Cerkwi na wszechnicę Jagiellońską, skąd po otrzymaniu dyplomu w r. 1876 udał się na dalsze studya do Paryża i Wiednia. Przez czas jakiś bawił jako lekarz w Egipcie, potem osiadł w Warszawie, skąd przez lat 18 zjeżdżał na sezon do Karlsbadu. Zmarły cieszył się nadzwyczajną sympatyą i poważaniem kolegów i ogromnem zaufaniem szerokich kół społeczeństwa. Ogłosił drukiem: „Davos am Platz i inne znaczniejsze stacye klimatyczne w Szwajcaryi“ oraz „O higienie kuchni“.

Zmarli: w Edynburgu A. Douglas Maclagan b. prof. higieny i medycyny sądowej; w Neapolu P. Sgrosso, docent okulistyki; we Lwowie Dr. Fr. Lipez, kierownik szpitala wojskowego, l. 49, i Dr. Franciszek Kosiński, emerytowany fizyk miejski w wieku l. 89; w Liśniku, pow. Janowskim Dr. Aleksander Braun, l. 69, wychowanek uniwersytetu dorpackiego; w Pradze Dr. Franciszek Vávra, l. 45, wieloletni asystent kliniki położniczo-ginekologicznej i współpracownik „Časopisu lekarů českých“, autor kilku cennych prac, otoczony miłością i uznaniem kolegów, wśród których »niemiał nieprzyjaciół«, jak krótko, a pięknie określa »Časopis«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Medycyna* Nr. 17. J. Rosenthal: Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala starozakonnych w Warszawie oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w r. 1898/9. S. Kossobudzki: W sprawie krwawienia kiszkowego po odprowadzeniu lub cięciu przepuklin uwięzłych (dok.) H. Higier: Kilka uwag o chorobie Thomsena. *Gazeta lekarska* Nr. 17: Prof. J. Zabłudowski: Przyczynek do leczenia niemocy męzkiej. A. Grünbaum: Rak odbytnicy (dok.) Fr. Neugebauer: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie (c. d.). M. Janczewski: O upustach krwi i pryszczydłach, jako środkach odciągających.

Redakcya otrzymała: Dr. Ks. Lewkowicz: Zur Biologie der Malariaparasiten. Odb. z „Wiener klin. Wochs.“ 1900. — Prof. Browicz: Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do naczyń krwionośnych włoskowatych, Odb. z Biuletynu Akad. Umiej. Kraków 1900. — Dr. L. E. Bregman: O reakcyi zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną oraz o odosobnionem porażeniu urazowem nn. okoruchowego i bloczkowego. Odb. z »Kron. lek«. 2) Przyczynek do akromegalii. Odb. z »Medycyny« 1900. — Sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego za r. 1899. Warszawa 1900. — Dr. J. Zawadzki: Główne potrzeby naszych mieszkań letnich. Warszawa 1900.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, dnia 9 maja, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy (Collegium physicum)*. Porządek dzienny: 1) kol. Nartowski: „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego“; 2) „Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 12 Maja 1900. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu chirurgicznem rozszerzeń i jam oskrzelowych.

(Spostrzeżenie kazuistyczne).

Podał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego d. 9 marca 1900).

Dnia 13 listopada 1899 zgłosił się do kliniki chirurgicznej chory, Antoni W., liczący lat 14 i podał następujące wywiady:

Rodzice żyją i są zdrowi. Z dziesięciorga rodzeństwa czworo zmarło w niemowlęctwie, z powodów nieznanych choremu, sześcioro żyje i wszyscy są zdrowi. Nikt w rodzinie chorego, nawet dalszej nie cierpi na chorobę piersiową. Sam chory przebyć miał w dzieciństwie krztusiec i jakąś chorobę osutkową, może odrę. Trzynaście lat temu chorował na zimnicę przez 4 tygodnie. Przed ośmioma laty miał mieć różę na twarzy przez kilka tygodni. W r. 1894 (a więc przed 5 laty) przebył włóknikowe zapalenie płuc, nie może sobie jednak przypomnieć, po której stronie.

Kaszle od pierwszych lat życia. Kaszel był zawsze uporczywy, nie miał jednak żadnych szczególniejszych cech. Dopiero od 1½ roku zauważył chory, że kaszel następuje w napadach pojedynczych, kilka razy dziennie; za każdym razem odpluwa chory znaczniejszą ilość, nierzadko do dwóch łyżek plwocin naraz. W tymże mniej więcej czasie zauważył, że napad kaszlu zależy często od pozycyi, w jakiej się położy, mianowicie gdy leży na wznak, lub jeszcze lepiej na lewym boku, kaszel go nie męczy tak, że w tem położeniu przesypia spokojnie całą noc. Skoro się jednak położy na boku prawym, natychmiast prawie występuje gwałtowny napad kaszlu, czasami połączony z dusznością i obfitem odpluwaniem Często po takim napadzie występuje krwawienie z nosa. Ostatni raz zdarzyło się to przed miesiącem. Od roku nastąpiło pogorszenie o tyle, że plwociny zaczęły cuchnąć w sposób przykry dla chorego i jego otoczenia. Zresztą jednak czuje się chory wcale nie najgorzej. Leczył się rozmaitymi środkami wewnętrznymi, wyjeżdżał do Szczawnicy i t. d., gdy jednak wszystko to nie sprawiało żadnego widocznego polepszenia, zgłasza się po pomoc do kliniki chirurgicznej.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa kośćca dobra, odżywienie dobre. Barwa włosów ciemno-żółta, na twarzy liczne piegi. Skóra i błony śluzowe blado-różowe. Na wargach mierna sinica. W jamie ustnej zmian niema. Szyja krótka, gruba. Ogólna budowa klatki piersiowej dobra. Dołek nadobojczykowy lewy bardziej wypełniony, niż prawy, poniżej z przodu obie połowy klatki piersiowej jednakowo, dobrze wysklepione. Natomiast ruchomość prawej połowy kl. pier. jest o wiele wybitniejsza, niż lewej. Drżenie po obu stronach z przodu jednakowe. Odgłos wypukowy (z przodu) w szczycie prawym jawny, granica ruchoma, ustawiona 4 palce ponad obojczykiem. Nad szczytem lewym nieznaczne przytłumienie, granica nieruchoma i niżej ustawiona, niż po stronie prawej. Nad obojczykiem prawym odgłos wypukowy jawny, nad lewym wyraźnie przytłumiony; poniżej, po stronie prawej, jawny do brzegu górnego VII. żebra, granica ruchoma; po stronie lewej przytłumiony do górn. brzegu IV żebra, granica nieruchoma. W linii pachowej średniej po stronie prawej odgłos wypukowy jawny do górn. brzegu IX żebra; granica ruchoma. W symetrycznej linii po stronie lewej w górze odgłos wypukowy lekko przytłumiony do górn. brzegu V żebra, poczem staje się zupełnie stłumiony, czczy i przechodzi bezpośrednio w stłumienie śledzionowe.

Szmery oddechowe (z przodu): Powyżej obojczyków po obu stronach wdech pęcherzykowy, wydech nieoznaczony. Tak samo zachowują się szmery poniżej obojczyków i w liniach pachowych po obu stronach, z tą różnicą, że po stronie lewej są o wiele słabsze, niż po stronie prawej i że wdechowi po stronie prawej towarzyszą nieliczne furczenia. Od tyłu na klatce piersiowej stwierdzono: Ruchomość prawej połowy wydatniejsza, niż lewej. Drżenie wyczuwalne po całej stronie prawej, a po lewej tylko do kąta łopatki, poniżej niewyczuwalne. Odgłos wypukowy po całej prawej stronie jawny, sięga od wyrostka ciernistego VII kręgu szyjnego do dolnego brzegu XI żebra; granice górna i dolna ruchoma. Natomiast po stronie lewej odgłos wypukowy lekko przytłumiony w szczycie, sięga do dolnego kąta łopatki, przechodzi w wyraźny odgłos bębenkowy, zajmujący przestrzeń około 4 palców poprzecznych, a ku dołowi przechodzi w odgłos zupełnie czczy. Przysłuchem stwierdza się po stronie prawej wdech pęcherzykowy, wydech nieoznaczony, wszędzie dobrze słyszalny. Po stronie lewej w górze wdech i wydech prawidłowe, jakkolwiek słabsze, niż po stronie prawej, niżej w czasie wdechu liczne rzężenia różnobańkowe, które na przestrzeni odgłosu bębenkowego przybierają wyraźny odcień dźwięczny.

Stłumienie bezwzględne serca sięga od górnego brzegu IV żebra do lewego brzegu mostka, na zewnątrz zlewa się ze stłumieniem nad płucami. Uderzenie koniuszkowe rozlane, widzialne i macalne w V i VI przestworze międzyżebrowym w linii pachowej przodkowej. Akcya serca spokojna, miarowa. Tony czyste. — Wątroba i śledziona niemacalne, wypukiem niepowiększone. Nad resztą brzucha odgłos bębenkowy.

Ostatnie członki u palców rąk bardzo wyraźnie pałeczkowato zgrubiałe, paznogcie pazurowato zakrzywione. Obrzęków około kostek niema. Zgrubienia na palcach stóp niema.

Przez igłę strzykawki, wbitą w lewą połowę klatki piersiowej z tyłu w IX przestworze międzyżebrowym nic się nie daje wyciągnąć ani też po odjęciu strzykawki powietrze przez igłę nie wchodzi do klatki piersiowej. Podczas ruchów oddechowych, nawet wydatnych, igła wykonywa bardzo nieznaczne wahania.

W moczu nie wykryto żadnych nieprawidłowych składników.

Plwociny cuchnące, w ilości 300—500 cm. sześć. na dobę. Mimo kilkakrotnych poszukiwań nie wykryto w nich prątków Kocha. Bakteryologicznie wykazano w nich: paciorkowce, gronkowce i czworniaki

Podczas spostrzegania klinicznego od dnia 13 do 22. listopada 1899 wielokrotnie naocznie stwierdzaliśmy podanie chorego co do napadowego występowania kaszlu, zwłaszcza po ułożeniu się na boku prawym. Ilość plwocin była dużą, wahała się od 300 do 500 ctm. sześć. Plwociny wydawały woń mdłą, gnilną. Olejek terpentynowy podawany stale 3 razy dziennie po 0.50 w torebkach żelatynowych, wziewania olejku sosnowego, picie wody szczawnickiej, nie wywierały wcale wpływu ani na ilość, ani na jakość plwocin.

Gdy przeto po kilkakrotnem badaniu i wykluczeniu wszystkich spraw podobnych zyskaliśmy pewność, że mamy

do czynienia z pierwotną jamą oskrzelową, usadowioną przeważnie, jeśli nie wyłącznie, w dolnym, lewym płacie płuc, gdyż inne zmiany, znalezione w temże płucu, uważaliśmy za odczynowe, jeśli również nie pierwotne, bujanie tkanki łącznej płuc, sprowadzające ich skurczenie się (retrakcyę), przystąpiliśmy dnia 22 listopada 1899 do operacyi. Wiedzieliśmy o tem, że taka operacya t. j. nacięcie płuc, nie łączy się z większemi niebezpieczeństwami dla chorego, zwłaszcza tam gdzie są zrosty opłucnowe. A tych u naszego chorego spodziewaliśmy się prawie na pewno. Za istnieniem zrostów opłucnowych, pomijając już długie trwanie choroby, przemawiały: nieruchomość granic po całej lewej stronie i próba z igłą. O znaczeniu zrostów pomówimy jeszcze później. Znaczne zaś są niebezpieczeństwa dla życia chorych, połączone z istnieniem jam oskrzelowych, zwłaszcza zaś z temi ich postaciami, w których wydzielina ulega już gniciu, jak było w naszym przypadku. Nie spodziewaliśmy się zaś i choremu nie zapowiadaliśmy zupełnego wyleczenia, gdyż to należy do wyjątków. Sądziliśmy jednak, że zapewniwszy szybki i swobodny odpływ wydzielinie z jam oskrzelowych osiągniemy poprawę, jeśli nie nadzwyczajną, to w każdym razie taką, która zrównoważy znaczenie zabiegu i ból chorego z jednej strony, a z drugiej nasze trudy. I nie zawiedliśmy się. Operował Radca Dworu Prof. Dr. L Rydygier. Od myśli narkozy ogólnej musieliśmy odstąpić. Wtedy bowiem podczas operacyi trzebaby chorego ułożyć na prawym boku, i zdarzyćby się mogło, że chory wdychałby gnijącą plwocinę do oskrzeli płuca prawego, a obawialiśmy się następstw tego zdarzenia. Usadowiliśmy przeto chorego po napoleońsku na krzesełku, płynem Schleicha znieczuliliśmy skórę i części miękie w okolicy IX żebra i wypiłowali zeń kawałek żebra długości około 10 ctm. licząc na szerokość dłoni od kręgosłupa. Tę część operacyi zniósł chory prawie bez bólu. Po wyjęciu żebra przekonaliśmy się, że zrost opłucnej ściennej z opłucną trzewiową istnieje, wprawdzie nie taki zbity i bliznowaty, jakiegośmy oczekiwali, lecz przeciwnie wiotki, — ale wystarczający, by jamę opłucnową uchronić przed zakażeniem. Igiełką, wbitą przez ranę zewnętrzną w płuco, przekonaliśmy się, że znajdujemy się tuż ponad jamą, gdyż z głębi dawał się wyciągnąć płyn ropny o cechach odkrztuszanej plwociny i koniec igły w głębi poruszał się swobodnie we wszystkich kierunkach. Zaczem pomni przepisów, zalecanych w podręcznikach i monografiach, podaliśmy operującemu rozpalone żegadło Pacquelina, by niem otworzyć płuco. To jednak okazało się niepraktycznem w użyciu i wnet wymieniliśmy je na nóż, którym otwartą została jama nie wiele większa od orzecha włoskiego; wylało się z niej kilkanaście gramów plwociny ropnej i mocno cuchnącej. Mimo uczucia, że operacya nie jest zupełną, że należałoby z odsłoniętej szczęśliwie jamy odszukać inne i te od strony odnalezionej pootwierać, zakończono na razie operacyą, gdyż chory gwałtownie kaszlał, był bardzo niespokojny i uskarżał się na wielki ból. Ranę zatem tymczasowo wytamponowano, obiecując sobie i choremu, że dalszy ciąg operacyi nastąpi.

Tymczasem, na drugi dzień po operacyi, trzeba było zmienić opatrunek, gdyż chory uskarżał się bardzo na różne dolegliwości w ranie. W opatrunku znaleźliśmy dużą ilość wydzieliny ropnej, jakkolwiek chory przez usta odkrztusił dawną, a więc także znaczną ilość. Pierwsza okoliczność wskazywała na to, że i przez istniejącą już ranę treść oskrzeli dostatecznie odpływa. Założyliśmy zatem do rany w miejsce tamponu z gazy jodoformowej sączek gumowy, który wszedł w ranę na głębokość 6—8 ctm. i zmieniliśmy plan następowego leczenia o tyle, iż postanowiliśmy czekać przez kilka dni, zanim przystąpimy do dalszych części operacyi. Przez ten czas zaś zmienialiśmy opatrunki codziennie, przemywaliśmy sączek i wlewaliśmy przezeń mięszankę jodoformu z gliceryną. Wśród tego już 7ego dnia po operacyi plwocina nietylko przestała zupełnie cuchnąć, lecz i ilość jej zmniejszyła się o połowę. Odtąd już ciągle miało się ku lepszemu t. j. chory coraz to mniej odkrztuszał, tak że w miesiąc po operacyi już nie wiele co kaszlał i kaszel stał się suchym, a przedtem jeszcze mógł się chory układać swobodnie, na który bok mu się podobało. Ponieważ sączek gumowy w przetoce nie dobrze siedział, wymieniliśmy go na rurkę z ołowiu z bocznymi otworkami i tarczką, którą się o skórę opiera i wypisaliśmy chorego z kliniki stałej, lecząc go dalej w klinice przychodniej. Zmiana opatrunku polega na tem, że codziennie, lub co drugi dzień wyjmujemy sączek, przemywamy go dobrze, wkładamy go do przetoki napowrót, przez sączek przepłókujemy oskrzela 3% roczczynem boru, przyczem chory gwałtownie kaszle, wyrzucając bor nosem i ustami, a po przepłókaniu wlewamy kilkanaście gramów zawiesiny jodoformu w glicerynie, co również chorego pobudza do gwałtownego kaszlu. W opatrunku zawsze jeszcze dużo wydzieliny śluzowo-ropnej i dlatego nie dążymy do zamknięcia przetoki zewnętrznej. Od myśli tej odwodzi nas jeszcze i ta okoliczność, że gdyśmy celem próby zamknęli tymczasowo przetokę zatykając sączek zwitkiem z gazy jodoformowej, chory poczynał przez usta odkrztuszać plwocinę w większej ilości.

Chory nasz zatem, dzięki pneumotomii, nie został wprawdzie zupełnie uleczonym, doznał jednakowoż tak znakomitej ulgi, jakiej nie zdołalibyśmy osiągnąć żadnym innym sposobem.

A z niechęcią i z nieufnością przystępowaliśmy do operacyi. Ani znane stosunki anatomo-patologiczne, ani też dane z literatury nie zachęcały nas do wyboru takiego właśnie postępowania. (c. d. n.)

II. O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z uduszenia, otrucia chloroformem lub rażenia prądem elektrycznym

Podał

Prof. Dr. J. Prus

Dyrektor Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

(Według wykładu w Tow. lek. lwowskiem dnia 11 listopada 1899 r.).

(Ciąg dalszy).

Na 44 doświadczeń powiodło się wskrzeszenie w 31, t. j. w 70% przypadków. Zważywszy, że w 13 przypadkach, w których wskrzeszenie się nie powiodło, dokonałem otwarcia klatki piersiowej zazwyczaj z boku przez przecięcie chrząstek żebrowych, przypuścić mogę, że odsetek, wyrażający dodatni wynik, byłby znacznie wyższym, gdybym był mógł w tych 13 przypadkach zastosować mięsienie serca tak energiczne, jak w przypadkach otwarcia klatki piersiowej przez przepiłowanie mostka. Odnośnie do tych 13 przypadków, w których wskrzeszenie

się nie powiodło. zauważyć muszę: 1) że w 6 przypadkach powróciło samoistne oddechanie, nie powróciła natomiast samoistna, regularna, energiczna czynność serca, jakkolwiek istniały słabe ruchy serca; 2) że w jednym przypadku pojawiły się pod wpływem mięsienia serca i sztucznego oddechania jedynie tylko samoistne, regularne, energiczne ruchy serca, samoistny oddech natomiast nie powrócił; 3) że w dwóch przypadkach nie udało mi się wzniecić ani samodzielnych ruchów oddechowych, ani też regularnej energicznej czynności serca, aczkolwiek oba przedsionki i komórki kurczyły się wprawdzie słabo, lecz miarowo przez czas dłuższy; 4) że w trzech przypadkach pojawiły się tylko drgania włókienkowe serca bez śladu jakichkolwiek regularnych ruchów, a samoistny oddech nie wystąpił wcale; i 5) że w jednym przypadku nie pojawił się ani ślad jakichkolwiek ruchów serca, ani drgania włókienkowe serca, ani też samoistny oddech.

Z 31 psów wskrzeszonych zabiłem 19 po ukończeniu doświadczenia – a to dlatego, ponieważ w tych przypadkach otwarłem klatkę piersiową przez przepiłowanie mostka w linii środkowej ciała, wobec czego wytworzenie się obustronnej odmy piersiowej wykluczało już z góry możność utrzymania zwierzęcia przy życiu przez czas dłuższy; jakkolwiek bowiem zwierzę po wskrzeszeniu posiadało już samoistną energiczną czynność serca i energiczne samoistne ruchy oddechowe, to jednak w krótkim czasie po zaprzestaniu sztucznego oddechania musiałoby ponownie zginąć z uduszenia z powodu obustronnej odmy piersiowej.

Celem tego rodzaju doświadczeń było przedewszystkiem oznaczenie granicy czasu, do której można od chwili śmierci zwierzęcia wyczekiwać z rozpoczęciem skutecznej czynności wskrzeszania. Gdy w dniu 11 listopada 1899 zdawałem sprawę z mych doświadczeń w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem, mogłem stanowczo powiedzieć, że nawet po 15 minutach trwania śmierci zwierzęcia można jeszcze przy pomocy mojego sposobu przyprowadzić zwierzę do życia. Jeżeli słowa te, uzasadnione szeregiem ścisłych badań, a poparte przedstawieniem odpowiedniego doświadczenia, wzbudziły wówczas powszechny podziw, to dziś czuję tem większe wewnętrzne zadowolnienie z mej pracy, gdy mogę podzielić się z szerszemi kołami lekarskiemi wynikiem mych dalszych badań, które wykazały, że nawet po całej **godzinie** trwania śmierci zwierzęcia można jeszcze zwierzę wskrzesić, jeżeli zastósujemy mięsienie serca odsłoniętego i sztuczne oddechanie oraz wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej do dośrodkowego końca tętnicy udowej. W tym przypadku wykonywałem tak mięsienie serca, jak i sztuczne oddechanie, wytrwale przez czas dłuższy, a nadto wstrzykiwałem do dośrodkowego końca tętnicy udowej od czasu do czasu po kilkadziesiąt centymetrów sześciennych fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z biurety, by krążenie sztuczne tem pewniej podtrzymywać. Tu wspomnieć muszę, że wskazówka do wstrzykiwania soli kuchennej jest stopień wypełnienia serca krwią. Im mniej krwi serce zawiera, tem rychlej przystąpić musimy do wlewania rozczynu soli kuchennej, jasną bowiem jest rzeczą, że najsilniejsze uciskanie serca, wypełnionego skąpą ilością krwi, nie może podtrzymać krążenia krwi. Powtóre nadmienić muszę, że wstrzykiwanie soli kuchennej do żyły szyjnej nie prowadzi tak dobrze do celu, jak wstrzykiwanie do dośrodkowego końca tętnicy udowej, skąd rozczyn soli kuchennej, pomięszany z krwią tętniczą, dostaje się z łatwością do początku tętnicy głównej, a następnie do tętnic wieńcowych serca; utrzymywanie zaś krążenia w tętnicach wieńcowych ma dla wzniecenia samoistnej akcyi serca największe znaczenie. Doświadczenie pouczyło mnie nadto, że wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej do żyły szyjnej łączą się nawet z pewnem niebezpieczeństwem, a mianowicie dają snadnie powód do powstania ostrego obrzęku płuc. Wreszcie wspomnieć muszę, że opierając się na wyniku badań Schückinga (*Therapeut. Monatshefte* 1899 Nr. 12) uważam za rzecz korzystną używanie do wstrzykiwań rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 0·03% cukrzanu sodowego, który w krwi pod wpływem kwasu węglowego rozkładając się na węglan sodowy i cukier wiąże kwas węglowy, nie szkodząc równocześnie życiu tkanek.

Otóż po zastósowaniu tego sposobu wskrzeszania otrzymałem pomyślny wynik nawet w tym przypadku, w którym od chwili ustania wszelkich ruchów serca skutkiem uduszenia zwierzęcia aż do chwili rozpoczęcia mięsienia serca i sztucznego oddechania upłynęła cała godzina. W tymże przypadku pojawiły się pierwsze ślady samoistnych ruchów serca po 12 minutach mięsienia, regularna zaś i energiczna czynność serca pojawiła się po 1 godzinie, 1 minucie i 17 sekundach mięsienia, poczem mniej więcej w godzinę (po 57'26") wśród ciągłego sztucznego oddechania i potęgującej się samoistnej czynności serca pojawił się samoistny oddech. W ciągu następnej, a więc trzeciej godziny od rozpoczęcia wskrzeszania, powróciły odruchy skórne i rogówkowe, a wreszcie ruchy dowolne, poczem psa zabito, gdyż otwarcia klatki piersiowej dokonano przez przepiłowanie mostka.

Z 12 psów, które po wskrzeszeniu pozostawiłem przy życiu, a u których otwarłem klatkę piersiową z boku, żyje do tej pory (a więc blisko rok) jeden pies, natomiast 9 psów zginęło skutkiem zakażenia, a 2 psy zginęły z powodu ostrego obrzęku płuc.

Pies, który po wskrzeszeniu do tej pory żyje, a którego przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lek. dnia 11 listopada 1899, zabity został w doświadczeniu dnia 14 czerwca 1899 przez uduszenie. Od chwili zaciśnięcia tchawicy do ostatniego oddechu upłynęły 3 minuty i 15 sekund, a do ustania ruchów serca 5 minut i 45 sekund, serce więc przestało bić o 2 minuty i 30 sekund później od ustania oddechu. Czas trwania śmierci zwierzęcia, czyli czas, jaki upłynął od chwili ustania wszelkich ruchów serca aż do chwili rozpoczęcia mięsienia serca i sztucznego oddechania, wynosił 6 minut. Po 2 minutach i 30 sekundach mięsienia serca i sztucznego oddechania pojawiły się pierwsze samoistne ruchy serca, które od razu przybrały cechę regularnych i energicznych skurczów, a 30 sekund później pojawił się pierwszy samoistny oddech. Po dalszych 5 minutach odbywała się czynność serca i płuc już tak dobrze, że można było przystąpić do zeszycia rany na klatce piersiowej. Następnie po 15 minutach wyjęto rurkę z tchawicy i zeszyto tchawicę, a 5 minut później podwiązano tętnicę szyjną celem usunięcia z niej rurki manometru, poczem zeszyto ranę na szyi i odwiązano psa od stoliczka operacyjnego. Badanie psa wykazało: oddech, tętno, odruchy rogówkowe i skórne oraz oddziaływanie źrenic na światło prawidłowe, natomiast odruchy ścięgniste podwyższone; — pies leży spokojnie, od czasu do czasu porusza słabo głową lub łapami. Ciepłota ciała, mierzona w odbytnicy w pół godziny po odwiązaniu psa, wynosiła 31·6°C. W ciągu pierwszego dnia po wskrzeszeniu zwierzę przeważnie śpi, a od czasu do czasu pojawiają się u niego słabe drgawki kloniczne przeważnie w łapach przednich. Drgawki te mają najwięcej podobieństwa do trzęsienia się z zimna. Wzrok

i słuch w wysokim stopniu upośledzony. Następnego dnia pies wychodzi już sam z klatki, chód jego jednak jest powolny, niepewny, łapy tylne wybitnie słabsze, niż przednie. W moczu znaczna ilość moczanów, ślad białka i cukru. Ciepłota ciała 32·5°C. Dzień później pojawiły się stolce krwawe, pies jednak zachowuje się spokojnie, chodzi dobrze, słuch ma prawidłowy, natomiast wzrok zdaje się być jeszcze nieco upośledzonym. Szóstego dnia rana na szyi prawie zagojona; natomiast z rany na klatce piersiowej wydobywa się dość znaczna ilość ropy, wobec czego ranę przestrzyknięto kwasem borowym i wytamponowano gazą jodoformową. Po trzech tygodniach rana na klatce piersiowej zagoiła się. Dnia 16 lipca 1899, a więc w miesiąc po wskrzeszeniu, porodziła suczka czworo zdrowych szczeniąt. Suczka ta żyje do tej pory, (blisko rok), i jest zupełnie zdrowa.

Z 9 psów, które po wskrzeszeniu zginęły skutkiem zakażenia, jeden pies żył 5 dni, trzy 3 dni, jeden przez jeden dzień, dwa przez pół dnia, a dwa tylko po kilka godzin.

Dwa psy, jak to już wspomniałem, zginęły skutkiem ostrego obrzęku płuc w ciągu pierwszej godziny po uwolnieniu ze stoliczka Klebsa.

Jakkolwiek z 12 psów, które po wskrzeszeniu pragnąłem zachować przy życiu przez czas dłuższy, żyje do tej pory tylko jeden, to jednak ten stosunkowo mały odsetek (8·33%) pomyślnego wyniku nie obniża bynajmniej doniosłości mego sposobu wskrzeszania. Zważywszy bowiem, że przyczyną śmierci zwierząt wskrzeszonych było przedewszystkiem zakażenie, przyznać musimy, że gdyby zwierzęta można było uchronić od zakażenia przez zwrócenie większej uwagi na aseptykę, odsetek ten wzrósłby do 83·33%.

Doświadczenia moje dowodzą, że zwierzęta, zabite przez uduszenie, można wskrzesić (i to nawet w tych przypadkach, w których śmierć zwierzęcia trwała już godzinę), zapomocą mojego sposobu wskrzeszania, polegającego: 1) na wznieceniu sztucznego krążenia krwi: *a)* zapomocą mięsienia serca, odsłoniętego przez stosowne otwarcie klatki piersiowej, *b)* zapomocą wstrzykiwania odpowiedniej ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej do dośrodkowego końca tętnicy udowej, oraz 2) na wznieceniu sztucznego oddechania zapomocą mieszka, połączonego z tchawicą.

2) Wskrzeszanie w przypadkach śmierci z otrucia chloroformem.

Doświadczenia wykonywałem w podobny sposób, jak poprzednie, z tą tylko różnicą, że celem sprowadzenia śmierci zwierzęcia zmuszałem zwierzę do oddechania powietrzem, nasyconem parą chloroformową. Ponieważ chloroformowanie zwierzęcia przy pomocy tak zwanej maski zwykle zbyt długo trwało, nim śmierć zwierzęcia nastąpiła, używałem przeto z reguły flaszki Wulfa, wypełnionej do pewnej wysokości czystym chloroformem, a zaopatrzonej dwoma rurkami. Jedna rurka sięgała prawie do dna flaszki, podczas gdy koniec drugiej rurki, połączonej z rurką, znajdującą się w tchawicy, sięgał tylko nieco poniżej korka. Za każdym wdechem zwierzęcia dostawało się do jego płuc powietrze, nasycone parą chloroformową, w czasie zaś wydechu mogła oczywiście tylko nieznaczna część kwasu węglowego przedostać się przez chloroform do flaszki. Wobec tego gromadziła się niewątpliwie znaczniejsza ilość kwasu węglowego w płucach, ściśle więc biorąc zwierzę zatruwane było nietylko chloroformem, lecz także kwasem węglowym, jak w czasie duszenia. By zapobiedz równoczesnemu zatruciu zwierzęcia kwasem węglowym, włączałem pomiędzy flaszkę Wulfa, a tchawicę jeszcze rurkę szklaną w kształcie litery T lub U i zamykałem wolny koniec tejże rurki odpowiednią klapą, która w chwili wydechu otwierała się, przez co kwas węglowy z powietrzem wydechanem mógł na zewnątrz uchodzić. Pod wpływem stopniowego zatruwania ustroju chloroformem ustawało wkrótce oddechanie, parcie krwi szybko się obniżało do zera, a serce przestawało bić.

Po otwarciu klatki piersiowej bądźto przez przepiłowanie mostka, bądź też przez przecięcie kilku żeber po lewej stronie klatki piersiowej, oglądałem starannie odsłonięte serce, a przekonawszy się, że serce nie okazuje najmniejszych śladów ruchu, wyczekiwałem przez kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt minut, poczem usunąwszy flaszkę Wulfa łączyłem tchawicę z mieszkiem i rozpoczynałem uciskać serce palcami, puszczając równocześnie w ruch motor, poruszający mieszek do sztucznego oddechania. Po pewnym czasie mięsienia serca pojawiały się zwykle samoistne ruchy serca, następnie powracał samoistny oddech, a wreszcie inne czynności ustroju.

Czas, jaki upłynął od chwili rozpoczęcia chloroformowania aż do ustania oddechania, wahał się od 50 sekund do 20 minut. W szczególności czas ten wynosił: 50″,—1′30″ (2 razy), —1′40″,—1′50″,—2′,—2′10″,—2′30″, —3′10″ (2 razy), —3′20″,—4′6″,—6′ (w 2 przypadkach), —6′10″,—7′10″, —8′,—9′,—11′20″,—15′,—20′.

Czas, jaki upłynął od chwili rozpoczęcia chloroformowania aż do chwili ustania ruchów serca wahał się również od 50 sekund do 20 minut, a mianowicie w poszczególnych przypadkach wynosił: 50″,—1′20″,—1′30″,—1′40″,—2′,—2′8″—4′30″, - 5′30″,—5′40″,—5′45″,—6′,—6′30″, (2 razy)—, 6′40″,—8′20″,—11′20″,—12′30″,—13′,—14′20″, —16′50″,—20′.—

Od chwili ustania oddechania aż do chwili ustania ruchów serca upłynęło: 10″, —24″,—30″,—38″,—2′10″ (2 razy), —2′30″,—2′35″,—4′,—4′10″, (2 razy), —4′20″,--4′30″,—5′10″.—

W 3 przypadkach ruchy oddechowe ustały równocześnie z ruchami serca, natomiast w 4 przypadkach ruchy serca ustały wcześniej niż oddech, a mianowicie w 2 przypadkach o 10″, w 1 przypadku o 20″, a w 1 przypadku o 40″ wcześniej.

Czas, jaki upłynął od chwili śmierci zwierzęcia aż do chwili rozpoczęcia mięsienia serca, równał się minimum: 50″, maximum jednej godzinie, a w szczególności: 55″,—1′30″ (2 razy),—3′2″,—3′50″,—5′ (w 2 przypadkach), —5′14″,—5′20″, —5′30″, —10′, —11′.—12′,—15′ (w 2 przypadkach), 16′ (2 razy), 30′,—47′, —1^h (w 2 przypadkach).

Sztuczne oddechanie rozpoczęto równocześnie z mięsieniem serca w 16 przypadkach, natomiast w 3 przypadkach rozpoczęto sztuczne oddechanie wcześniej, niż mięsienie serca, a mianowicie o: 50″,—4′,—4′10″. W 2 przypadkach rozpoczęto sztuczne oddechanie później, niż mięsienie serca (1′40″, —3′—).

Pierwsze ślady samoistnej akcyi serca powróciły po mięsieniu serca, trwającem: 30″,—34″,—1′12″,—1′15″,—1′30″, 1′40″,—1′45″,—2′,—2′50″,—5′,—6′,—10′15″,—10′30″,—11′,

—11'26",—14' (2 razy) 20'.— W 3 przypadkach nie pojawiły się wcale samoistne ruchy serca.

Regularna i energiczna czynność serca powróciła po mięsieniu serca, trwającem: 33",—34",—1'30",—2' (2 razy), —2'30",—2'50",—5',—9',—11'15",—12'20",—16'30",—20', 23',—25',—29'20",—58',—1h

Samoistny oddech powrócił po mięsieniu serca, trwającem: 1'36",—2' (w 2 przypadkach), —2'36",—3'50",—4', 5'48",—8',—9', —27',—27'10", —29'20", —30', —45'30",—1h12'30",—1h31',—1h42'. W 4 przypadkach oddech samoistny nie powrócił wcale.

Czas, jaki upłynął od chwili pojawienia się pierwszych samoistnych ruchów serca aż do pojawienia się samodzielnego oddechu, wynosił: 30",—1'2",—2',—2'6",—5'10",—7'45",—13'10",—15'34",—26'35",—28'20",—44'18",—1h1'30" 1h17',—1h22'. W dwóch przypadkach pojawił się samodzielny oddech wcześniej, niż samoistne ruchy serca, a mianowicie: a) o 1 minutę, b) o 2 minuty 10".

Wskrzeszenie powiodło się na 21 przypadków 17 razy t. j. w 76%.

Z 5 przypadków, w których wskrzeszenie się nie powiodło, w dwóch doświadczeniach pojawiła się samoistna regularna czynność serca, a nie pojawił się oddech samodzielny, w 1 przypadku pojawił się samoistny oddech, a nie pojawiła się samoistna regularna czynność serca, w 2 przypadkach natomiast nie pojawił się ani samoistny oddech, ani samoistna regularna czynność serca.

Z 15 psów wskrzeszonych pozostawiłem tylko jednego przez dłuższy czas przy życiu, a mianowicie przez 8 miesięcy; inne zwierzęta zabiłem wkrótce po wskrzeszeniu.

Chloroformowanie psa, który po wskrzeszeniu żył przez 8 miesięcy, trwało przez minutę i 40 sekund. Ruchy serca ustały w tym przypadku o 10 sekund wcześniej, niż ruchy oddechowe. Wskrzeszanie rozpocząłem po 4 minutach, licząc od chwili śmierci zwierzęcia. Po 2 minutach mięsienia serca i sztucznego oddechania powrócił oddech samoistny, a po dalszej 1 minucie i 10 sekundach powróciły samoistne miarowe ruchy serca. Po zeszyciu ran odwiązano psa od stoliczka operacyjnego. Po kilkunastu minutach zaczął pies dość szybko biegać, a wieczorem tego dnia jadł już dosyć chciwie. Mimo ropienia zagoiły się obie rany w ciągu 6 tygodni. Odtąd pies nie okazywał najmniejszych zboczeń. Psa tego przedstawiłem w Tow. lek. dnia 11 listopada 1899. Po 8 miesiącach zabito psa przez przecięcie rdzenia przedłużonego. Oględziny pośmiertne nie okazały żadnych zmian prócz nieznacznego zrostu zewnętrznej blaszki osierdzia ze ścianą klatki piersiowej.

Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń twierdzę, że zwierzęta zabite chloroformem można wskrzesić nawet wówczas, gdy od chwili śmierci zwierzęcia (t. j. od chwili ustania oddechania i ruchów serca) aż do rozpoczęcia mięsienia serca i sztucznego oddechania upłynęła cała godzina. (dok. nast.).

III. O klimacie górskim.

(Ustęp z wykładów o Balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem 1899/900).

Podał

Dr. Ludomił Korczyński
Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

W bardzo wielu punktach, w których medycyna styka się z innemi gałęziami nauk przyrodniczych, nie łatwo pogodzić ściśle teoretyczne zapatrywania i określenia z tych nauk z praktycznemi wymaganiami lekarskiemi. Z trudnościami takiemi spotykamy się, mając określić, kiedy właściwie mówić należy o klimacie górskim i jakie miejscowości nazywać miejscowościami górskiemi ze stanowiska klimatoterapeutycznego. Liczyć się tu trzeba nie tylko z bezwzględnem wzniesieniem danej miejscowości nad poziom morza, ale także ze wzniesieniem jej nad poziom całego kraju, oraz ze wzniesieniem miejsca stałego zamieszkania chorych, dla których wskazany jest pobyt w górach. Nie mniejszą rolę przypisać należy położeniu geograficznemu, którego wpływ na przestrzeni stosunkowo niezbyt wielkiej, jaką n. p. zajmuje środkowa Europa, wyraźnie jednak odczuwać się daje.

Ogólnie więc rzecz biorąc nie można samej wysokości gór uważać za zupełnie wystarczającą i jedyną podstawę dla określenia klimatu górskiego. Granice najwyższe i najniższe muszą tu być bardzo obszerne; inne będą dla okolic podzwrotnikowych, inne dla okolic, leżących w strefie umiarkowanej, a jednak bardziej południowej, inne wreszcie dla okolic tej samej strefy, w bardziej ku północy wysuniętej stronie.

Uwzględniając nasze warunki, naznaczyć możemy najniższą granicę dla klimatu górskiego na wysokości 400 m. n. p. m.; najwyższa, w Alpach, sięga do wysokości 1000—1500 mtr., w południowej części Alp szwajcarskich nawet nieco wyżej, 1500—1800, wyjątkowo do 2000 mtr.

Ze względu na wysokość korzystnie jest rozróżniać: klimat podgórski, klimat podalpejski i klimat alpejski, stawiając jako granice dla pierwszego wysokość 400—700 mtr., dla drugiego 700—1000 mtr, dla trzeciego 1000—1500, względnie do 2000 mtr.

Właściwości klimatu górskiego.

Ciepłota średnia powietrza zmniejsza się w miarę podnoszenia się terenu pod górę i to w pewnym stałym stosunku. Szwajcarska komisya meteorologiczna, badając w latach 1864—1868 bliżej ten stosunek, znalazła i podała następujące cyfry:

Grupa	Ilość stacyi	Zmniejszenie się ciepłoty o 1° C z wysokością
St. Gothard	15	165 mtr.
Simplon	9	165·7 „
Julier	10	171·5 „
St. Bernhard	8	181·8 „
Bernhardin	14	184 „
Rigi	22	204 „
Chaumont	4	206·4 „
Uetliberg	4	227·6 „

Średnio więc zmniejsza się roczna ciepłota o 1° C., co każde 186·2 mtr.

Cyfra powyższa odnosi się jednak wyłącznie do ciepłoty rocznej, w lecie jest ona niższa, w zimie znacznie wyższa, co równocześnie wykazuje, że w górach większą spotykamy jednostajność ciepłoty. Nie małe znaczenie ma w tym kierunku także i położenie danej miejscowości, zakrycie przed pewnymi wiatrami, zalesienie i inne jeszcze szczegóły, które mają ogólne znaczenie dla klimatu. Najkorzystniejsze warunki posiadają miejsca odkryte ku południowi i południo-

wemu zachodowi, zasłonięte od strony północnej, a przytem zalesione.

Ciśnienie powietrza zmniejsza się w ścisłej zależności od wzniesienia nad poziom morza; na wysokości około 5000 mtr. wynosi zaledwo połowę ciśnienia nadmorskiego. Bezpośredniem następstwem jest mniejsza zawartość drobin tlenu w danej objętości powietrza górskiego, szczegół, stanowiący bardzo ważną właściwość górskiego powietrza.

Wilgotność powietrza w górach, bezwzględna, jest niewątpliwie niższa, aniżeli w nizinach; wilgotność względna waha w granicach niestałych, zależnych od tak wielu warunków, że ogólnej zasady stawiać w tym kierunku nie można. W porze chłodniejszej roku jest prawie we wszystkich górach wyższa, aniżeli w porze cieplejszej, w godzinach południowych niższa, aniżeli w godzinach rannych, względnie popołudniowych. Zależy więc najwidoczniej od ciepłoty powietrza. Chcąc też ocenić jej znaczenie, czynić to trzeba zawsze z równoczesnem uwzględnieniem ciepłoty powietrza.

Zachmurzenie nieba bywa w górach wogóle mniejsze, aniżeli w równinach, tem mniejsze, im góry są wyższe, a bardzo małe zwłaszcza w tych wysokościach, które leżą ponad rejonem chmur.

Mniejsza bezwzględna zawartość pary wodnej w powietrzu i mniejszy stopień zachmurzenia nieba powodują, że nasilenie promieni słonecznych w górach jest znacznie większe, aniżeli w równinach, że różnice między ciepłotą powietrza, a natężeniem promieni słonecznych są bardzo znaczne, wynoszą, zwłaszcza w zimie, kilkadziesiąt nawet stopni.

Ilość opadów atmosferycznych jest w górach wedle ogólnie utartego zdania, większa, aniżeli w równinach. Za powszechną zasadę uważać tego jednak nie można. Wielkie znaczenie dla opadów atmosferycznych ma kierunek pasm górskich i położenie samej miejscowości. Jest ono tak wielkie, że suma opadów na dwóch przeciwnych skłonach pasma górskiego może być bardzo różna. W górach środkowej Europy, gdzie wiatry zachodnie, południowo- i północno-zachodnie, wysycone parą wodną, przynoszą wilgotne prądy powietrza, spostrzegać się dają w miejscowościach górskich, wystawionych na działanie tych wiatrów, opady częstsze i obfitsze w miejscowościach, leżących po stronie przeciwnej, opady rzadsze i mniej obfite. Dopiero po uwzględnieniu powyższych szczegółów mówić wolno o zwiększaniu się opadów, zależnem od wznoszenia się terenu nad poziom morza.

Ważną bardzo właściwością powietrza górskiego jest jego czystość. Brak w niem tej ogromnej ilości różnorodnego pyłu, który unosi się w powietrzu równin. Przyjmować to jednak trzeba z pewnem zastrzeżeniem. W rozległych górskich dolinach, przerzniętych drogami i drożynami, zabudowanych osadami, nie może się powietrze pod tym względem różnić od powietrza innych okolic. Jeśli mówimy o czystości powietrza górskiego, mamy na myśli li tylko powietrze miejsc, niezamieszkałych stale i gęsto.

Z nastaniem okresu badań bakteryologicznych także w usługach higieny, poświęcono bardzo wiele uwagi zbadaniu aseptyczności gruntu i powietrza górskiego, która uchodziła niemal za pewnik naukowy. Na podstawie tych właśnie ścisłych poszukiwań przekonano się, że w przyrodzonych warunkach tak ziemia, jak i powietrze w górach, tem mniej zawierają drobnoustrojów, im góry są wyższe, że jednak o bezwzględnej jałowości w granicach zamieszkania żadną miarą mówić nie można, że w osadach i koło osad ludzkich wyrastają na pożywkach posiewy drobnoustrojów równie dobrze, niekiedy w równej może nawet ilości, jak w równinach. Nie da się wszakże zaprzeczyć, że warunki dla rozwoju bakteryi są w górach o wiele niekorzystniejsze, aniżeli w równinach. Wywiera tu wpływ niższa wogóle ciepłota, większe natężenie promieni słonecznych i światła słonecznego, a do pewnego także stopnia powłoka śniegowa, względnie lodowa, okrywająca przez dłuższy czas ziemię.

Ruchliwość powietrza górskiego jest większa, aniżeli powietrza nizinnego. Oprócz wiatrów ogólnych spostrzegać się dają w górach stałe niemal prądy, zależne od wpływów miejscowych, które nie tylko powodują okresowe wiatry miejscowe t. zw. górskie i dolinne, ale także sprowadzają ciągłą wymianę powietrza między różnie położonemi i nie jednako ogrzewanemi miejscami jednej i tej samej okolicy górskiej. Wpływać w tym kierunku może także i budowa geologiczna ziemi, oraz roślinność górska.

Grunt bywa w górach najczęściej skalisty, pokryty do pewnej wysokości cienką tylko warstwą ziemi rodzajnej. Jest skutkiem tego zazwyczaj bardzo suchy i odznacza się zdolnością szybkiego wysychania. Grunt taki szybciej się rozgrzewa, ale i rychlej chłodnie.

Roślinność górska ma właściwe swoje cechy i ze względu na te różnice, na odmienne gatunki roślin, słusznie poniekąd mówimy o pewnej jej odrębności. Już w niezbyt znacznej wysokości znikają zupełnie drzewa liściaste, a rosną tylko drzewa szpilkowe, które znów wyżej ustępują miejsca kosodrzewinie, limbie i niektórym innym, ściśle górskim drzewom. I rośliny przyziemne, trawy i zioła, w różnych wysokościach różne są jakością gatunków, niejednakowo się udają i rosną.

Najistotniejsze właściwości klimatu górskiego są, w myśl tego, co o nim wiemy, następujące: 1. Ciśnienie atmosferyczne jest małe, powietrze rzadsze. 2. Ciepłota powietrza jest niższa, wahania ciepłoty mniejsze. 3. Nasilenie promieni słonecznych i światła słonecznego jest bardzo znaczne. 4. Powietrze górskie jest bezwzględnie suchsze i bardziej przejrzyste. 5. Niebo jest pogodniejsze. 6. Opady atmosferyczne są częstsze i obfitsze. 7. Powietrze górskie jest mniej spokojne wogóle, spokojniejsze w zimie, niż w lecie. 8. Powietrze górskie zawiera mniejsze ilości pyłu i jest z pewnemi zastrzeżeniami bardziej aseptyczne. 9. Ilość ozonu w powietrzu górskiem jest nieco większa. 10. Napięcie elektryczne jest w górach większe, aniżeli w nizinach. 11. Grunt górski jest suchy.

Ogólne cechy naszych gór.

Długi łańcuch gór Karpackich ciągnie się od Dunaju, w okolicach Preszburga, prawie półkolem aż do Siedmiogrodu. Kierunek ich pasm, najpierw północno-wschodni, dalej wschodni, zmienia się na kierunek południowo-wschodni, a wreszcie prawie południowy. Karpaty galicyjskie, do których snadnie także Karpaty dolnego Śląska zaliczyć można, poczynają się pod 36° wschodniej długości, (od południka Ferro), kończą pod 42° 35'. Szerokość geograf., którą zajmują, jest wobec ich przebiegu w różnych stronach różna; w części zachodniej sięgają do 50°, w części wschodniej zaledwo do

48°25' północ. szer. Ku północy wysuwają się najdalej pasma gór i wzgórz wzdłuż przebiegu rzek i większych potoków górskich; ku południowi rozsiadły się gniazda najwyższe Karpat w zachodniej części Galicyi; noszą one osobną nazwę Tatr.

Dla klimatologii ważne są bardzo nadrzeczne pasma, gdyż tu w dolinach górskich najliczniejsze są osady, najłatwiejszy dostęp, najlepsze środki komunikacyjne, a więc i jedynie możność urządzania uzdrowisk i stacyi górskich.

Rzuciwszy okiem na geograficzną kartę Karpat, widzimy, że pod względem orograficznym należy je w Galicyi podzielić na dwie, nierówne co do wielkości, części. Obszar zachodni, mniejszy, stanowi dorzecze Wisły, obszar wschodni, większy, — dorzecze Dniestru, w części nieznacznej także Dunaju. Pierwsza z wymienionych rzek dąży w górnym biegu ku północy, dalej płynie w kierunku północno-wschodnim, zmieniając go dopiero po za granicami Galicyi na północny; druga dąży ku morzu w kierunku południowo-wschodnim. Dwa te różne kierunki powodują, że i dopływy Wisły i Dniestru w różne zwracają się strony. Pierwsze kierują się bardziej i przeważniej ku północnemu zachodowi, drugie ku północnemu wschodowi w górnej części dorzecza, ku wschodowi w środkowej i dolnej części dorzecza. Dopływy Dunaju, Prut z Czeremoszem płyną prawie równolegle do Dniestru.

Posuwając się od zachodu ku wschodowi spotykamy z dopływów Wisły rzeki: Białę, Sołę, Skawę, Rabę, Dunajec z dopływami, z tych najważniejszy Poprad, Wisłokę, San ze znacznym dopływem Wisłokiem. Za źródłami Sanu ku wschodowi leży dział wód, między dorzeczem Wisły a Dniestru. Do dopływów Dniestru należą: Stryj z Oporem, Świca z Mizunką i Sukielem, Łomnica i Bystrzyca, nie licząc wielu pomniejszych. Na samych wreszcie krańcach południowo-wschodnich widzimy dopływ Dunaju, Prut z Czeremoszem.

Wzdłuż tych rzek i ich mniejszych dopływów leżą przeważnie wszystkie górskie zakłady lecznicze zdrojowe i klimatyczne, znane już ogólnie, a nadto cały szereg schronisk, mało lub zupełnie ogółowi nieznanych.

Wiadomości nasze o klimacie karpackim bardzo są jeszcze skąpe, bo skąpa liczba stacyj i spostrzeżeń meteorologicznych; i nie można niestety żadną miarą myśleć o skreśleniu dokładnego obrazu klimatologii Karpat i karpackiego podgórza. Na podstawie dotychczasowego materyału wyrobić sobie można tylko niejakie pojęcie w tym kierunku, porównując najważniejsze szczegóły, odnoszące się do zjawisk atmosferycznych, spostrzeganych w stacyach meteorologicznych zachodniej i wschodniej Galicyi.

Z zachodnich, leżących nad dopływami Wisły mamy: Bielsko nad Białką, Zawoję w górnej, Osielec i Maków w dolnej części doliny Skawy, Rabkę w dolinie Raby, Nowy Targ, Maniowy, Szczawnicę w dolinie Dunajca, Żegiestów nad Popradem i Krynicę nad Kryniczanką, dopływem Popradu, Rymanów i Iwonicz w dolinie Wisłoka, Sanok nad Sanem. We wschodniej części kraju, w stosunku do obszaru, mało jest jeszcze stacyj meteorologicznych. — Mają je: Turka w dolinie rzeki Stryja, Dolina w dorzeczu Świcy, Bohorodczany nad Bystrzycą, Delatyn, Mikuliczyn nad Prutem; Krzyworównia, Kossów i Kuty na ostatnich krańcach południowo-wschodnich Galicyi, w dolinie Czeremoszu.

Na klimat wszystkich okolic karpackich wpływać muszą oprócz warunków ogólnych, zależnych przedewszystkiem od położenia geograficznego, wzniesienia nad poziom morza i t. p., także bardzo wyraźnie warunki miejscowe, stworzone przebiegiem pasm górskich, większem lub mniejszem ich nachyleniem pionowem, osłonięciem, zalesieniem i t. d. — Chcąc więc wymienione miejscowości porównywać ze sobą, uwzględnić trzeba w pierwszym rzędzie położenie geograficzne i wzniesienie ich nad poziom morza, w dalszym inne, miejscowe warunki. Zupełnie odrębnie traktować należy Zakopane, które skutkiem odmiennego położenia i znacznej wysokości zaliczyć wypada stanowczo do miejscowości alpejskich.

W porównawczem zestawieniu pomieścimy spostrzeżenia z r. 1896 lub 1897, w tym zakresie, w jakim zawarte są w sprawozdaniach Komisyi fizyograficznej krak. Ak. Um. i w Pamiętniku Towarzystwa tatrzańskiego za r. 1896. Sprawozdania Komisyi, o wiele obszerniejsze, zawierają spostrzeżenia ciepłoty, ciśnienia barometrycznego, stopnia zachmurzenia nieba, sumy opadów atmosferycznych i przeważnego kierunku wiatrów; w spostrzeżeniach, ogłaszanych w Pamiętniku, niedostaje dat, odnoszących się do ciśnienia barometrycznego i do kierunku wiatrów.

Daty, które spotkamy w dalszym ciągu, nie mogą, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, dać wyczerpującej odpowiedzi na wszystkie szczegóły, dotyczące klimatu gór karpackich. Zawierają one tylko *minimum* potrzebnych wiadomości i nie poruszają zupełnie ogólnych spraw klimatologicznych, które w ostatnich latach więcej obudziły zajęcia i stały się przedmiotem ściślejszych i bardziej wyczerpujących badań. Wyniku ostatecznego we wszystkich kierunkach jeszcze nie posiadamy, ale te prace, które ogłoszono drukiem, między niemi najnowsza Mereckiego z r. 1899, dają zupełną pewność, że w niedalekiej przyszłości będziemy mieli dokładny, ogólny obraz klimatologii ziem polskich, tem dokładniejszy, że stworzony przez fachowe siły. (c. d. n.)

IV. Z kliniki chorób nerwowych radcy dworu prof. Krafft-Ebinga i z pracowni prof. Obersteinera w Wiedniu.

Przyczynek do sprawy rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem (*Polyneuritis alcoholica*).

Podał

Dr. Henryk Halban

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Z kolei należy omówić wyniki badania drobnowidowego wszystkich trzech przypadków. Zaczynam od zmian, znalezionych w komórkach rogów przednich, barwionych sposobem Nissla. Nadmienić tu trzeba, że w pierwszym przypadku barwienie komórek rogów przednich wypadło nadspodziewanie dobrze, mimo że sekcyę wykonano w 18 godzin po śmierci. Komórki nie okazywały żadnych zmian kształtu, nie przedstawiały zboczeń w wypustkach, ani w ciałkach Nissla, w ich ułożeniu, wielkości i zabarwieniu, ani w jądrze i jego położeniu. Przed stwardnianiem w wyskoku kładłem preparaty, jak to zwykle czynię, do formolu 4%

na 12 godzin, i może być, że to wpłynęło tak korzystnie na zabarwienie. W drugim przypadku, sekcyonowanym w 10 godzin po śmierci, sporządzałem preparaty w ten sam sposób, nieco odmienny od pierwotnego sposobu Nissla. Trzeci przypadek nadawał się najlepiej do badania sposobem Nissla, gdyż sekcya odbyła się w 4 godziny po śmierci i to w lutym, dalej konanie trwało krótko, a gorączka (39°) trwała tylko jeden dzień. W tym przypadku użyłem pierwotnego sposobu Nissla.

Jak z opisu wynika, zmiany w 2 i 3 przypadku są bardzo podobne do siebie, tylko w trzecim przypadku są znacznie wyraźniejsze i więcej komórek jest zmienionych. Ponieważ pomiędzy badanymi (około 55) przypadkami *polyneur. alcoh.* tylko niewiele badano sposobem Nissla, a i między tymi znajdują się wyniki ujemne, podobnie jak w moim pierwszym przypadku, dlatego sądzę, że należy porównać te spostrzeżenia (Ballet i Dutil, Ballet, Philippe i Gothard, Campbell, Heilbronner) z naszymi wynikami. Obraz, opisany przez Heilbronnera tem tylko różni się od mojego, że drobnoziarnisty rozpad ciałek Nissla zaczynał się w jego przypadku najpierw koło jądra, a w moim właśnie najlepiej utrzymane ciałka znajdują się koło jądra, a nadto, że Heilbronner znalazł na brzegu stosunkowo dobrze utrzymanych komórek jameczki (wakuole), a ja ich nie znalazłem. Marinesco rozróżnia wprawdzie ściśle między pierwotnem, a następowem zwyrodnieniem zależnie od tego, czy *chromatolysis* rozpoczyna się na obwodzie, czy około jądra komórki, jednak, według zdania naszego, nie można ściśle przeprowadzić tego rozróżnienia we wszystkich przypadkach. Także i w zatruciu wyskokowem bez *polyneuritis alcoholica* doświadczenie na zwierzętach nie daje pewnych, stałych danych. I tak znaleźli Goldscheider i Flatau, Nissl, Marinesco przy przewlekłem zatruciu wyskokiem rozpad ciałek Nissla z początku na obwodzie, a Vas przeciwnie w otoczeniu jądra. Zmiany w przypadkach Balleta i Dutila są jeszcze podobniejsze do zmian w naszych przypadkach. Obaj ci autorowie podnoszą, że zmiany w *polyneur. alcoh.* są zupełnie podobne do tych, które Nissl, Marinesco, Flatau, Lugaro, Dutil, Onufrowicz, van Gehuchten, Dejerine znaleźli w rdzeniu zwierząt po przecięciu nerwów obwodowych. Do podobnych wyników doszedł też Marinesco.

Co do szczegółowych zmian w komórkach, to np. odśrodkowe położenie jądra przy *polyn. alcoh.* opisywali już Schaffer, Gudden na preparatach Müllera, a później Heilbronner, Philippe i Gothard, Ballet na preparatach Nissla. Częściowego lub całkowitego występowania jądra lub jąderka z komórki, jak to opisywał Wagner w rdzeniu paralityka, a Tauber w tężcu, — nie widziałem. Często podnoszono obecność jamek śródkomórkowych (wakuoli) w preparatach Nissla, (Tschisch, Öttinger, Campbell, Pal, Rakhmaninoff, Soukhanoff, Korsakow, Minkowski, i t. d.) jednak co do ich znaczenia patologicznego nie ma jeszcze dotąd jedności. Obersteiner powiada, że obecność jamek wprawdzie nie zawsze jest oznaką sprawy zapalnej, jednak jest nią napewno wtedy, gdy w wielu komórkach i w znacznym stopniu się znajduje. Podobnego zdania są Kahler i Pick, Eisenlohr i Nerlich. Berger trzyma się w tym względzie prawideł ogólnych i przyjmuje tworzenie się rzeczywistych jamek (wakuoli) tylko w komórkach zresztą już nieprawidłowo wyglądających; uważa je zaś za wytwór sztuczny, jeżeli się znajdują w komórkach, w których są widoczne i inne sztuczne zmiany. Nissl ostrzega głównie przed komórkami, silnie się barwiącemi, („chromophile Zellen"), które są całkiem ciemne, nie dozwalają dojrzeć budowy i są ogólnie uważane za wytwór sztuczny; nie należy ich uważać za chorobowo zmienione, a więc i tworzenie się w nich jamek nie ma znaczenia. Do tego zdania przyłącza się też Heilbronner w swej pracy o *polyneuritis alcoholica*, gdzie tylko prawdziwym jamkom przypisuje znaczenie zmian chorobowych. Berger podaje dalej, że i w rzeczywiście zmienionych komórkach mogą być jamki sztucznym wytworem, „in dem dieselben im lebenden Protoplasma überhaupt nicht vorhanden sind, oder doch bei der Härtung vergrössert werden; jedenfalls zeigen sie aber an, dass das Protoplasma eine Abweichung vom normalen Verhalten darbietet und stellen somit ein indirektes pathologisches Symptom dar." Leyden, Ziegler, Erb, Dejerine, Rosenbach, Daniłło, Popow, Aufimow, Whitwell, Pecquer uważają jamki za zmiany chorobowe i pierwotne; Koneff, Gitiss, Koneff i Flesch za zmiany pośmiertne, zaś Charcot, Kreyssig, Spitzka za wytwór sztuczny. Giese i Pagenstecher, Gudden, Schulz, którzy w kilku przypadkach *polyn. alcoh.* spostrzegali wakuole na preparatach, stwardnianych w płynie Müllera, skłaniają się również ku zdaniu, że są one wytworem sztucznym.

Tych wakuoli, jak już wspomniałem, nie znalazłem nigdzie. Znacznego stopnia nagromadzenie barwika (pigmentacya), które znalazłem w obu przypadkach, opisywali już Gudden, Campbell, Rakhmaninoff; w ostatnich czasach nie przypisują mu jednak żadnego chorobowego znaczenia. Złogi barwikowe mają się zwiększać z wiekiem osobnika (Pilcz). Przeciw temu jednak trzeba podnieść, że z naszych 3 przypadków w trzecim t. j. tam, gdzie zmiany były największe, pigmentacya była najsilniejszą, przeciwnie w pierwszym, gdzie zmian w komórkach nie można było wykazać, nie było wybitnej pigmentacyi, choć rdzeń należał do najstarszego osobnika.

Co się tyczy położenia zmienionych komórek, to Erlicki i Heilbronner twierdzą, że w *polyneur. alcoh.* znajduje się więcej i silniej zmienionych komórek w rdzeniu lędźwiowym, niż w szyjnym, że więc zmiany komórek rozdzielają się odpowiednio do zmian obwodowych. W moim drugim przypadku komórki zachowują się podobnie. W trzecim, w którym zwyrodnienia są znacznie wybitniejsze i dotyczą większej liczby komórek, różnica ta zaciera się, może właśnie wskutek tego.

Ponieważ zmiany w moich przypadkach tyczą się właściwie tylko ciałek Nissla i położenia jądra, dlatego starałem się znaleść związek czasowy obu tych nieprawidłowości, co mi się jednak nie powiodło. Można było tylko stwierdzić, że odśrodkowe położenie jądra dawało się dostrzegać tylko w tych komórkach, w których ciałka Nissla były znaczniej zmienione.

Stopień schorzenia komórki więc jest, jak widzimy, przeważnie nieznaczny, gdyż głównie ucierpiały ciałka Nissla, jąderko zaś i jądro, z wyjątkiem odśrodkowego położenia, nie przedstawiały zmian, a więc, jak o tem wspomina Heilbronner, odpowiada to rozsianemu zapaleniu nerwów, pochodzenia wyskokowego (*polyneur. alcoh.*), gdzie powstają

zmiany, o których nigdy nie można z góry powiedzieć, żeby się nie mogły wyrównać. Również należy przyjąć, że w przypadkach, idących ku lepszemu, z początkiem odradzania się nerwów szkodliwość przestaje działać na komórki. To tłómaczy po części, dlaczego nie tylko w dawniejszych spostrzeżeniach, które nie dają miary z powodu braku odpowiednich sposobów badania (Senator, Siemerling, Strümpell, Müller, Dejerine, Dreschfeld, Moeli, Broadbent, Hadden, Cornelius, Renert, Bernhardt, Schulz, Hun, Öttinger), ale i w najnowszych, badanych sposobami Nissla i Marchiego, spotykamy się niekiedy z zupełnie ujemnym wynikiem. To przypuszczenie, które wypowiedział najpierw Dejerine, zdaje się być odpowiednie w przypadkach takich, jak jego, t. j. gdzie choroba trwała lata. W moim jednak ujemnym przypadku, gdzie sprawa nie trwała dłużej, niż dni 16 i zwyrodnienie nerwów nie dochodziło do wysokiego stopnia, muszę się przyłączyć do zdania Balleta, który sądzi, że niektóre rozsiane zapalenia nerwów sprowadzają zmiany tylko w nerwach, a te zmiany nie wystarczają do wywołania odczynowego zwyrodnienia w komórkach.

Dlaczego autorzy szukają dla tych przypadków *polyneur. alcoh.*, gdzie zmian w komórkach rogów przednich nie ma, wytłómaczenia, łatwo zrozumieć, przypomniawszy sobie, że po przecięciu obwodowych nerwów u zwierząt (Nissl, Ballet i t. d.) występują zawsze, i to w najkrótszym czasie, zmiany w komórkach odpowiadających uszkodzonym nerwom, a że przecież w *polyneur. alcoh.* schorzenie nerwów nie jest mniejsze, (jak n. p. w naszym przypadku), więc zmiany w komórkach rogów przednich byłyby także przyrody drugorzędnej.

Co do innych zmian w rdzeniu pacierzowym, to rozpatrzywszy się w piśmiennictwie dochodzimy do przekonania, że z największem prawdopodobieństwem zmiany te nie zależą od nerwów obwodowych, lecz albo pierwotnie powstają w rdzeniu, albo wychodzą z korzeni. W pierwszym razie chodzi o ogniska rozsiane (Pal, Payne, Sharkey, Oppenheim), ale przecież najczęściej znajdujące się w sznurach tylnych, jak to miało miejsce i w moim przypadku. Częściej jednak podawano korzenie tylne za punkt wyjścia zwyrodnienia rdzenia. W tych przypadkach można było wykazać związek obu zmian, gdyż chodziło o zwyrodnienie wstępujące w sznurach tylnych, a usadowienie i natężenie tych zmian odpowiadało zmianom w tylnych korzeniach. Takie przypadki opisali Winkler, Pal, Wilkin, Biggs, Gudden, Braun (zatrucie ołow.), Goldscheider i Moxter, Soukhanoff i Heilbronner.

Tylko w niewielu przypadkach były zmiany tylnych korzeni mniejsze, niż tylnych sznurów, a wtedy jednak położenie zmian było takie, że nie mogło ulegać wątpliwości drugorzędne wstępujące zwyrodnienie w sznurach tylnych. W niektórych przypadkach spostrzegano zmiany tylko w tylnych korzeniach (Campbell, Rennert, Biedekarten), co Campbell uważa za dowód, że schorzenie tylnych korzeni jest pierwotne.

Wyniki badań wskazują więc najczęściej na pierwotne albo drugorzędne zajęcie sznurów tylnych. Wyjaśnienie tego podaje Edinger, z którym i Heilbronner się zgadza: „Die verschiedenen nervösen Apparate sollen in verschieden starkem Masse in Anspruch genommen werden, demnach auch in verschiedenem Masse des Ersatzes für den durch die Function eintretenden Verbrauch bedürfen; finden die Ersatzvorgänge — gleichviel aus welcher Ursache — nicht mehr in ausreichendem Masse statt, so leiden zunächst diejenigen Apparate, die, als meist in Anspruch genommene, des Ersatzes bedürftig wären“ To przypuszczenie już z tego powodu nie zadawalnia, ponieważ zarazem trzebaby przyjąć, że przy każdej z tych trucizn, które działają swoiście na pewne, dokładnie dziś określone, części układu nerwowego, inna część systemu nerwowego jest zużywaną i tak n. p. musiałby każdy pijak najwięcej używać i zużywać gromadę mięśni, zaopatrywaną przez n. strzałkowy, każdy chory na porażenie ołowicze używałby najwięcej mięśni, zaopatrywanych przez n. sprychowy. Zdaje mi się, że prostszem i dostatecznem wyjaśnieniem jest przyjęcie „pokrewieństwa“ *(Affinität)* pewnych trucizn do pewnych odcinków układu nerwowego, które podał r. 1885 Schultze, a potem Redlich dla układu nerwowego ośrodkowego.

Co się tyczy poruszonego już pytania, o stosunku zmian ośrodkowych i obwodowych do siebie, to z wyjątkiem zmian w komórkach rogów przednich, które najprawdopodobniej stoją w bezpośrednim związku ze sprawą zwyrodnienia w nerwach obwodowych, przyłączam się do zapatrywania Oppenheima, Pala, Heilbronnera, Guddena, Redlicha, którzy uważają te dwie sprawy za równorzędne, wywołane tą samą szkodliwością. Za tem zapatrywaniem przemawia to, że często w *polyn. alcoh.* nie znajdujemy zwyrodnień w rdzeniu (w naszym 1 i 2 przypadku) a nadto są znane przypadki (n. p. Vierordta), w których istniały zmiany w rdzeniu bez zmian w nerwach obwodowych. Takie przypadki mogą zachęcić do badania rdzenia wszystkich nałogowych pijaków, którzy zmarli nawet bez objawów schorzenia nerwów, aby się przekonać, czy często przy nietkniętych nerwach obwodowych znajdują się zmiany w rdzeniu, wywołane zatruciem wyskokowem. Takie przypadki mogłyby pouczyć, które zmiany są wywołane zatruciem wyskokowem, a które są następowe, spowodowane zapaleniem nerwów obwodowych.

Tylko bardzo liczne badania mogą rozstrzygnąć sprawę zależności zmian ośrodkowych od zmian obwodowych.

* * *

V. Wyciągi.

Mircoli. **O ropnem pochodzeniu pląsawicy gośćcowej i spraw gośćcowych wogóle.** (*Berl. kl. Wochenschft.* N. 14. 1900). Upominając się o pierwszeństwo w wykazaniu związku między pląsawicą, gośćcom stawowym a gronkowcami, przypomina M., że swojego czasu znalazł w jednym przypadku rwy kulszowej z następowem wstępującem zapaleniem rdzenia podobnie, jak w przerostowem zapaleniu opon części szyjnej rdzenia i w ostrem zapaleniu opon miękich. (*Meningitis acutissima sporadica*), bakterye ropne. M. znajdował w ostrych sprawach gośćcowych nietylko gronkowce i paciorkowce, ale dwoinki (diplo- i gonokoki). *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Baumler. **Leczenie gruźlicy w XIX stuleciu.** (*Berl. kl. Wochenschft* N. 14. 1900). Autor wspominając o stanowisku nauk i jej zapatrywaniach na istotę sprawy gruźliczej w ciągu naszego wieku, daje krótki obraz zasad leczenia gruźlicy, których w tym czasie się trzymano. Do nich w pierwszym rzędzie należało leczenie przeciwzapalne, a więc: upusty krwi, zawłoki, pryszczydła, środki czyszczące i wymiotne; leczenie utrzymało się aż do drugiej połowy naszego stulecia. Obok mniej lub więcej niewinnych wywarów ziół, podawano także takie środki, jak antymon, rtęć, a przedewszystkiem jod; to wszystko zależnie od szkoły, której dany lekarz się trzymał. Ci, którzy jak J. Clark (1835) główną swą uwagę

zwracać poczęli na dobre odżywianie, słońce i świeże powietrze, podawali tran, korę chinową, opium. Zapatrywania na istotę choroby samej, jej rokowanie zostały oczywiście ustalone dopiero po wykryciu prątku gruźliczego. Od tego czasu można było mówić dopiero o zapobieganiu chorobie i o jej leczeniu. W myśl teoryi Buhla i Niemeyera, że gruźlica jest chorobą zakaźną, której czynnik chorobotwórczy znajduje się w ogniskach serowatych, poczęto gdzie to tylko było możliwem wycinać i usuwać serowato zwyrodniałe gruczoły, zajęte kości i stawy, jak również powierzchowne zmiany skóry. Z postępem chirurgii zakres przedsiębranych w tym celu operacyj się zwiększał, równolegle zaś miejscowe leczenie jodoformowe dobijać się zaczęło znaczenia. Obecnie chirurgiczne leczenie gruźliczych zapaleń otrzewny, a nawet ograniczonych zmian w płucach zyskuje szermierzy.

Prawdziwy przełom w ogólnej terapii gruźlicy sprowadza Brehmer: od niego zaznacza się wybitnie kierunek leczenia gruźlicy na drodze dyetetyczno-higienicznych zabiegów. — Ogólna, wszechświatowa dziś dążność do tworzenia odpowiednich leczniczych zakładów ma także w tym kierunku swoje źródło. Obecnie nauka wytęża wszystkie siły, aby umożliwić rozpoznanie jaknajwcześniejszych okresów gruźlicy, a postulatem przyszłości jest leczyć wszystkie przypadki w najwcześniejszych okresach w odpowiednio urządzonych zakładach.
Dr. St. B. Kwiatkowski.

M. Porges: **Przyczynek do działania wyciągu gruczołu tarczykowego.** (*Berl. klin. Wochenschrift* 1900, Nr. 14). W doświadczeniach na psach przekonał się P., że wyciąg gruczołu tarczykowego nie tylko spala tłuszcz i sprowadza rozpad białka, ale wywołuje także znacznego stopnia cukrzycę, którą spostrzegał nawet przez dłuższy czas po odstawieniu wyciągu. Pojawianie się cukru w moczu po wyciągach gruczołu tarczykowego spostrzegano i u ludzi, wobec czego P. stwierdza, że przetwory gruczołu tarczykowego nie są stałe, działanie ich nie jest pewne i do szerokiego zastósowania się nie nadają. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Salge i Stoeltzner: **Nowy sposób zastósowania srebra w histologii.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, 14). Autorowie zastósowali do techniki histologicznej działanie tak zwanych w sztuce fotograficznej „wywoływaczy“ na sole srebrowe. Najlepszym okazał się t. zw. amidol. Sposób postępowania z preparatami: 3 minuty w rozczynie 0·5% $AgNO_3$, opłókanie w wodzie, 1 minuta w 5% rozczynie BrNa, ponowne opłókanie, wreszcie umieszczenie w amidolu (rozczyn taki, jak używany przez fotografów). W ten sposób srebrzone preparaty można potem podbarwiać litionkarminem: próby pozłacania i platynowania preparatów w sposób, używany u fotografów, nie wydały lepszych wyników, niż samo srebrzenie, natomiast zaleca się użycie po srebrzeniu soli uranowych, poczem można podbarwiać preparaty błękitem metylowym (nie metynelowym), lub „wodnym“ (*Wasserblau* III B). Sposób swój wypróbowali autorowie dotychczas tylko na preparatach z kości krzywiczych, w których mimo odwapnienia można przy tem osiągnąć wyraźną różnicę między tkanką kostnawą, a częściami sztucznie odwapnionemi. (Sprawdzając sposób autorów, nie zdołałem dotąd otrzymać zbyt zachęcających wyników. *Przyp. spraw.*). *Ciechanowski.*

Ott: **O zatorze tętnic krezkowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 14). O. ogłasza 2 przypadki zatoru tętnic jelitowych, w których aczkolwiek sekcyą rozpoznania nie stwierdzono, jednakże spostrzegano wszystkie objawy, zatorowi takiemu odpowiadające. W jednym przypadku tłem była wada zastawki dwudzielnej i przewlekłe zapalenie nerek, w drugim wysokiego stopnia miażdżyca tętnic z następowem połowiczem porażeniem. W obu przypadkach pojawił się krwotok jelitowy, nagły spadek ciepłoty, kolki jelitowe, napięcie i bębnica brzucha, a więc przypady, znamienne dla zatoru tętnic jelitowych. *Dr. St. B. Kwiatkowski*

Rolly: **O wpływie ichtalbinu na przemianę materyi i czynność jelit u dzieci.** (*Münch. med. Wochft.* 1900, Nr. 14). Na podstawie ścisłych badań przekonano się, że ichtalbin wpływa nadzwyczaj korzystnie na przemianę materyi i poprawia stale apetyt. Również działa doskonale ichtalbin w przewlekłych nieżytach jelit, zmniejszając sprawy gnicia w równej mierze, jak jodoform lub kalomel. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Peters: **O działaniu dormiolu, jako środka nasennego.** (*Münch. med. Wochft.* 1900, Nr. 14). P. polecając dormiol (0,5—2,0 na dawkę), uważa go za tańszy, a równie nieszkodliwy i dobrze działający środek nasenny, jak paraldehyd, amylhydrat i trional.
Dr. St. B. Kwiatkowski.

Schorlemmer: **O wykazywaniu barwików żółciowych i klinicznem znaczeniu znachodzenia bilirubiny w kale.** (*Münch. med. Wochft.* 1900, Nr. 14). Do wykrywania barwików żółciowych w kale próba Gmelina nie nadaje się, natomiast dobre bardzo usługi w tych przypadkach oddaje próba sublimatowa Schmidta: 2—3 cm. świeżego kału rozciera się na szalce ze zgęszczonym rozczynem wodnym sublimatu, zostawia się w przykrytem naczyniu przez 24 godzin, poczem wyszukuje się makro- i mikroskopowo zielono zabarwione cząsteczki. W stolcach prawidłowych, jak również przy czysto żołądkowych zaburzeniach, S. nie znajdował barwików żółciowych, znachodził je zaś stale przy zaburzeniach jelitowych. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

A. Theilhaber: **O przyczynach krwotoków w okresie przejściowym.** (*Münch. med. Woch.* 1900, Nr. 14). U chorych, krwawiących w okresie przejściowym, jeżeli te krwotoki nie pochodzą z nowotworu, napotyka się zwykle na następujące zmiany w narządach rodnych. Albo kobiety takie okazują zanik starczy sromu i błony śluzowej pochwy, częstokroć złączony z nieznacznem jej obniżeniem, zanik jajników i powiększenie, a zwłaszcza wydłużenie macicy, albo też cały narząd rodny przedstawia obraz zaniku starczego. Przyczyny krwotoków przy tym obrazie anatomicznym szukano w skutkach zastoju, w miażdżycy tętnic, w „udarze“ macicy, lub też w zapaleniu błony śluzowej macicy na tle zmian w jajnikach. Autor zwraca uwagę, że przyczyny tej nieprawidłowości należy szukać w samym mięśniu macicy, skoro bowiem wystąpi zanik mięśnia macicy, a naczynia pozostaną jeszcze nieodpowiednio szerokie, występuje niedowład macicy, który jest przyczyną długotrwałych i obfitych nieregularnych krwawień. Ta sama przyczyna, zdaniem autora, powołuje krwotoki miesiączkowe u młodych dziewcząt i u kobiet dotkniętych włókniakami, a zbliżających się do okresu przejściowego.
St. D.

Schenk i Austerlitz. **Dalsze badania nad obecnością bakteryi w cewce moczowej kobiet.** (*Wiener kl. Wochs.* 1900. 14) Dawniejsze badania S. i A. dotyczyły 60 kobiet z prawidłową cewką moczową; w przeszło połowie przypadków tych nie zawierała cewka wcale drobnoustrojów, zresztą nieszkodliwe saprofity, a tylko 2 razy drobnoustroje chorobotwórcze.

Z powodu pracy Savora, który zbadawszy 141 chore ginekologiczne, 120 ciężarnych i 88 położnic doszedł do odmiennych wyników, np. tylko u 10 położnic nie znalazł w cewce moczowej bakteryi, a zresztą bardzo często znajdował bakterye ropne, podjęli autorowie ponowne badania w tej sprawie. Przedewszystkiem na 10 przypadkach nieżytu pęcherza przekonali się autorowie, że używany przez nich sposób badania jest możliwie najlepszy, a w każdym razie lepszy, niż sposób Savora; stąd wniosek, że odmienne wyniki Savora polegają na błędnej metodzie badania. Następnie zbadali 75 kobiet (po 25 chorych ginekologicznych, ciężarnych i położnic) i znowu doszli do wyników podobnych, jak w swych badaniach dawniejszych, stwierdzając nadto, że i przedsionek, podobnie jak cewka moczowa, rzadko tylko zawiera bakterye chorobotwórcze; u ciężarnych i położnic cewka prawie w połowie przypadków nie zawiera wcale bakteryi; zresztą zaś znalezione bakterye są przeważnie (prócz 2 przypadków pomiędzy badanemi położnicami) nieszkodliwe i dostają się do cewki z przedsionka. *Ciechanowski,*

Doc. Pick. Odpowiedź na artykuł Eisenmengera **„O t. zw. rzekomej marskości wątroby“** (*Pseudolebercirrhose)* (*Wiener kl. Wochs.* 1900 14). Oprócz wykazania różnych sprzeczności w pracy E. nieopartej zresztą na własnych badaniach, zaznacza P., że właśnie opisując swoją „Pseudolebercirrhose“, nie jako odrębną chorobę, lecz jako pewien zbiór objawów, zamierzał ułatwić unikanie błędów rozpoznawczych i trafne rozpoznawanie istotnego tła choroby. Tymczasem E. błędnie utrzymuje, że P. oparł swoje wywody na prostym błędzie rozpoznawczym, co najzupełniej nie zgadza się z prawdą i z usiłowaniami P. *C.*

Ehrendorfer. **O pachwinowem skracaniu i umocowywaniu więzów okrągłych przy tyłozgięciach macicy** (*Wien. klin. Wochs.* 1900 Nr. 14). Praca autora zmierza do tego, by zwrócić uwagę ogólną na skuteczność wymienionego w tytule zabiegu przy zupełnie wolnych, albo zupełnie uruchomionych tyłozgięciach macicy, jeżeli nie są połączone ze zbyt znacznem obniżeniem pochwy i macicy, jakoteż ze zbyt wielkiem zwiotczeniem powłok brzusznych. Autor w pracy swojej podawszy historyę tej operacyi opisuje jak najdokładniej sposób, w jaki się dziś tej operacyi dokonywa, łącząc ją z zamknięciem kanału pachwinowego według Bassiniego. Wspomniana operacya nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw dla chorej, ani bezpośrednich, ani następowych po możliwem zastąpieniu, jak to zazwyczaj sprowadzają inne sposoby umocowania macicy w prawidłowem położeniu. *St. D.*

Malkoff. **W sprawie aglutynacyi ciałek czerwonych.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1900. 14) M. dochodzi na zasadzie licznych doświadczeń do następujących wniosków: 1) Własność zlepiająca (aglutynacyjna) surowic polega na zawartej w nich swoistej sub-

stancyi „aglutyninie“; 2) aglutynina ma swoiste powinowactwo do tych pierwocin postaciowych (bakterye, ciałka czerwone, przybłonki), których zlepianie się wywołuje; mianowicie związaną ona zostaje tylko przez pewien rodzaj tych pierwocin, właśnie ten, na który działa zlepiająco; 3) surowica, działająca zlepiająco (aglutynująca) równocześnie kilka rozmaitych rodzajów komórek, zawiera tyle rozmaitych swoistych gatunków aglutynin, ile rozmaitych rodzajów komórek aglutynuje. *Ciechanowski.*

H. Ostermann. **Przyczynek do sprawy leczenia krwawień macicznych** *(Deutsch. med. Wochs.* 1900. Nr. 13, 14). Leczenie krwawień macicznych częstokroć nie może być przyczynowem, przeto musi być z konieczności objawowem. Istnieje cały szereg środków, które używane wewnętrznie, a nawet miejscowo mniej lub więcej dodatnio działają przeciw krwawieniom. Środkiem, który stosowany do macicy powstrzymuje napewno krwawienie, a przy tem zupełnie nie działa drażniąco na otoczenie, jest ciepła mięszanka antypiryny z salolem. Przetwór ten otrzymuje się przez stopienie obu środków w równych częściach w próbówce, przez co powstaje ciecz gęsta, lepka. Cieczy tej, właśnie ciepłej, używał autor wprowadzając ją na odpowiednich pręcikach do wnętrza macicy po poprzedniem oczyszczeniu błony śluzowej do sucha watą. Czasami już jednorazowe zastosowanie tego leczenia powstrzymywało długotrwałe krwawienia, a w ogóle autor stosował w 30 przypadkach leczenie to z pomyślnym wynikiem. *St. D.*

Dr. Menge. **Ciąża i poród po „hysterocolpocleisis“.** (*Ctbl. f. Gyn.* Nr. 13). Autor opisuje przypadek bardzo znacznej przetoki, którą najprzód próbowano zeszyć drogą jamy brzusznej, a gdy to nie dało dobrego wyniku, dokonano *hysterocolpocleisis.* Mimo tego zabiegu, zupełnie pomyślnie ukończonego, chora zastąpiła. W 6 miesiącu ciąży chora zgłosiła się do autora, a skoro wtedy nie udało się odnaleźć nigdzie w linii zeszycia pochwy żadnego otworu, polecił autor zgłosić się chorej w końcu ciąży do cięcia cesarskiego sposobem Porro. Chora zgłosiła się rzeczywiście, ale już z porodem daleko posuniętym; badanie wykazało położenie pośladkowe ustalone i rozdartą linię zaszycia pochwy. Poród odbył się siłami natury prawidłowo, połóg również, przyczem stwierdzono, że mocz przez pochwę wcale nie odpływa. Dokładne badanie w 7 tygodni po porodzie, przeprowadzone zapomocą naświetlenia pęcherza, wykazało w pęcherzu sierpowaty otwór, którego brzeg górny zachodził dachówkowato po nad dolny, przez co wytworzył się rodzaj zastawki, przepuszczającej treść z macicy do pęcherza, nie przepuszczający jednak moczu do macicy. *St. D.*

F. Ahlfeld. **O zaopatrywaniu resztek pępowiny.** (*Ctbl. für Gyn.* Nr. 13, 1900). Autor w odpowiedzi na pracę Martina o zaopatrywaniu pępowiny podaje swój sposób, który stosowany w przeszło 1000 przypadków nigdy go nie zawiódł. Po urodzeniu płodu przecina autor pępowinę w odległości 8—10 cm. od pępka i dziecko kąpie. W godzinę lub półtorej skraca znacznie kikut pępowiny, obmywa go 96% wyskokiem i opatruje aseptyczną watą. Opatrunek ten pozostaje niezmieniony przez 5—6 dni, chyba, że podmoknie moczem, przyczem dziecka zupełnie się nie kąpie. Jedwabiu, jako podwiązki do pępowiny, autor nigdyby nie używał, bo możnaby łatwo albo przeciąć naczynie, albo wywołać krwiak. Tem mniej byłby autor skłonnym do przecinania pępowiny rozpalonemi nożyczkami, które użyte nieodpowiednio przez położne, dawałyby często powód do znaczniejszych oparzeń. *St. D.*

Otto Kustner. **Leczenie operacyjne paliatywne raka macicy, nie nadającego się do leczenia doszczętnego** (*Ctbl. f. G.* Nr. 14 1900) Autor w przypadkach raka macicy nie nadających się do leczenia operacyjnego doszczętnego dokonywa t. zw. colpocleisis rectalis; myślą przewodnią tej operacyi jest to, by wszelkie cuchnące odchody odprowadzać do kiszki odchodowej i wydzielanie ich uczynić zależnem od woli chorej. Operacyę wykonać należy w następujący sposób: Oczyszcza się ostrą łyżeczką i przypaleniem owrzodzenie rakowe, zakłada się szeroką przetokę pochwowo-odbytniczą, brzegi jej obszywa się. po czem zaszywa się zupełnie wejście do pochwy. W dalszym przebiegu należy tylko starać się o utrzymanie przetoki pochwowo-odbytniczej. Ewentualne dalsze krwotoki można wstrzymywać albo tamponadą pochwy, albo też przestrzykiwaniami zimnemi przez przetokę odbytniczą. *St. D.*

O. Erhardt: **O rzadszych schorzeniach kaletek maziowych** (Z kliniki v. Eiselsberga). (*Archiv. f. klin. Chir.* T. 60 Z. 4). W rozprawce tej opisuje autor siedem przypadków zajęcia kaletek maziowych (*bursa mucosa*), rzadko spostrzeganych. Mianowicie: w 1 przypadku chodziło o wylanie się krwi do kaletki pod mięśniem trójgraniastym; u jednego chorego spostrzegał autor wysięk do kaletki kuprowej (ponad IV kręgiem krzyżowym): dwa razy zaś widział to samo w dole podkolanowym. Ciekawszem jest to, że w 6 z tych przypadków z całą pewnością lub wielkiem prawdopodobieństwem można było rozpoznawać gruźlicę, jako tło chorobowe. *Herman.*

Coste. **Przyczynek do leczenia złamań rzepki.** (Z kliniki Bergmanna). (*Archiv f. klin. Chir.* T. 60, Z. 4). Od kilku już lat Bergmann zasadniczo, w każdym przypadku złamania rzepki, wykonywa zeszycie odłamków po szerokiem odsłonięciu stawu wedle poleceń Dieffenbacha, Listera i Trendelenburga. Odsłania przeto cięciem podłużnem, równoległem do osi kończyny, poprowadzonem ponad rzepką na przestrzeni około 12 ctm., złamaną kość. Świderkiem wywierca skośne otwory, nie przechodzące jednakowoż przez powierzchnię chrzęstną rzepki. i przeprowadza przez nie drut z glinu i bronzu (Bronzealuminiumdrath), którym przybliża i ustala odłamki. Naddarty przyrząd więzadłowy zeszywa katgutem. Aby zapobiedz zgubnym następstwom ropienia, robi po obu stronach rzepki na najniższych punktach otwory, przez które przeprowadza setony. Opatrunek gipsowy zakłada także i na miednicę, i pozostawia go przez 3—4 tygodni. Po tym czasie zdejmuje opatrunek częściowo na udzie, mięsi i elektryzuje mięśnie uda i dopiero po dalszych 2—3 tygodniach zdejmuje opatrunek zupełnie i rozpoczyna gimnastykę. Jeżeli istnieje znaczny rozstęp odłamków, oddłutowuje *tuberositas tibiae*, aby znieść napięcie. *Herman.*

Lewerenz. **O chirurgicznem leczeniu podskórnych pęknięć śledziony.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 60, Z. 4). Różne przyczyny składają się na to, że statystyka pęknięć śledziony nie jest zbyt obfita. Rozpoznanie tego uszkodzenia jest zawsze trudne, bo brak swoistych objawów. Domyślać się jeno można, że między innymi narządami i śledziona uległa uszkodzeniu, gdy stwierdzimy ból, wyraźnie usadowiony w lewem podżebrzu i zwiększenie stłumienia w tejże okolicy. U swego chorego, którego przejechał ciężki wóz, stwierdził L. tylko objawy gwałtownego krwotoku do jamy brzusznej, a dopiero po otwarciu jamy brzusznej przekonał się, że źródłem krwotoku była śledziona, pęknięta dwukrotnie na swej wypukłej powierzchni, prawie poprzecznie do długiej osi. L. wykonał w tym przypadku (z jak najlepszym wynikiem dla chorego), wycięcie śledziony. Po operacyi upłynęło 2 mies., zanim stosunki we krwi powróciły do stanu prawidłowego. Mianowicie w pierwszych dniach stwierdzał L. zwiększenie się ilości ciałek białych (8—9 : 450—500 czerw.) które powoli zmniejszało się tak, że w 9 tygodniu po operacyi wypadało 1 ciałko białe na 600 czerwonych. Liczba krwinek wynosiła początkowo 3½ mil. Nigdy nie udało się autorowi stwierdzić nieprawidłowych kształtów erytrocytów, lub nieprawidłowego stosunku między ciałkami białymi. Nawiązując do swego spostrzeżenia zestawia autor z piśmiennictwa wszystkie tego rodzaju przypadki i zastanawia się nad leczeniem. Z zachowania się biernego, wyczekującego, chorzy rzadko kiedy korzyść odnoszą. Rychło następuje śmierć ze skrwawienia. Wyjątkowo jednak i tak zdarzyć się może wyleczenie, jakby o tem świadczyły blizny, znachodzone niekiedy na powierzchni śledziony przy sekcyi. Dlatego też usprawiedliwionem jest zupełnie postępowanie operacyjne t. j. laparotomia, a potem albo 1) wycięcie śledziony, albo 2) zaszycie pęknięcia, albo 3) przypalenie rany i tamponowanie. Od stanu śledziony i chorego zależeć będzie wybór sposobu. W tych przypadkach, gdzie śledziona jest niepowiększona, z otoczeniem nie zrośnięta, autor zasadniczo głosuje za wyjęciem śledziony. Dotychczasowa statystyka tak się przedstawia: ze 105 chorych, tylko wyczekująco leczonych po doznanem uszkodzeniu, wliczając już w to przypadki o wątpliwem rozpoznaniu, wyzdrowiało 15 tj. 14·3%, z 30 zaś operowanych, gdzie zatem rozpoznanie było zupełnie pewne, wyzdrowiało 16 czyli 53·3% (w szczególności po splenektomii z 25 wyzdrowiało 13, po tamponadzie z 2 wyzdrowiał 1 i 1 umarł po zeszyciu rany w śledzionie). *Herman.*

W. Respinger. **O rzekomej zaraźliwości róży.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 20, Z. 2). Autor, do spółki z Häglerem, przeszczepiali w znaczniejszej ilości przypadków łuszczący się naskórek i zawartość pęcherzyków w przebiegu róży na agar i bulion — i ani razu nie udało im się wykazać paciorkowców. Stąd wniosek, że róża nie może udzielać się przez powietrze z jednego chorego na drugiego, gdyż materjał, który w zwykłych przypadkach mógłby w takiem zakażeniu pośredniczyć, t. j. płatki naskórka i zawartość pęcherzyków, jest jałowym. Gdzie na obszarze, przez różę zajętym, znajduje się równocześnie rana, wydzielina jej po wyschnięciu mogłaby się dostać w powietrze. Umiemy jednak zapobiegać takiemu wysychaniu. Dalej z tych wyników wnosić można, że mniej groźnem jest przeniesienie na czyste rany wydzielin róży, aniżeli ropy z ropówki (*phlegmone*). Nie ma zatem potrzeby chorych z różą oddzielać, lecz co najwyżej postępować z nimi, jak z chorymi na ropówkę, ropnicę etc. *Herman.*

Dr. E. Piccoli. **Przyczynek do doszczętnego leczenia przepuklin pępkowych.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 2, 1900). Po dokładnem oddzieleniu worka przepuklinowego, szczególnie w okolicy szyjki i odprowadzeniu jego zawartości do jamy brzusznej, odcina go P. u podstawy i otwór zaszywa. Następnie palcem oddziela otrzewnę od ścian brzusznych w całym obwodzie bramy na dość znacznej przestrzeni i cięciem 3 ctm. długiem rozszerza bramę w linii środkowej ku górze i ku dołowi. Na lewy brzeg bramy zakłada kilka (4—5) szwów jedwabnych, zawiązuje je na węzeł chirurgiczny i przy każdym pozostawia oba końce długie. Szwy te przechodzą w odległości 3—4 milim. od krawędzi. Z porządku na nitkę jednego ze szwów środkowych nawleka P. igłę i przekłówa ją przez brzeg prawy bramy przepuklinowej, wkłówając od spodu do powierzchni i w odległości około 3 ctm. od krawędzi. To samo czyni z drugą nitką tego samego szwu i teraz dopiero oba końce już poraz wtóry zawęźla. To samo wykonywa z pozostałymi szwami z tą tylko odmianą, że czem dalej od środka bramy przepuklinowej, tem bliżej krawędzi brzegu prawego nici zawęźla. Po zaciągnięciu wszystkich szwów brzeg lewy bramy przepuklinowej zostaje podsunięty pod prawy, skutkiem czego teraz bramę przepuklinową zamykają zdwojone powłoki brzuszne. Właściwą operacyę kończy przyszycie wolnej jeszcze krawędzi brzegu prawego do górnej powierzchni brzegu lewego dawnej bramy przepuklinowej. *Herman.*

Glénard. **O leczeniu duru u dzieci zapomocą kąpieli zimnych.** (*Revue mens. des mal. de l'enfance.* Styczeń 1900). Śmiertelność w przebiegu duru u dzieci, wynosząca przy leczeniu zapomocą samych leków 15%, spada na 11% przy leczeniu mięszanem, a na 2,5% przy systematycznem stósowaniu kąpieli zimnych. Metoda polega na stósowaniu kąpieli o ciepłocie 22° przez 10 minut ze zlewaniami zimnemi, powtarzając je co trzy godziny, jeżeli ciepłota dosięga 39°. Przed kąpielą podaje się łyżeczkę wina Bordeaux lub hiszpańskiego. Przy grożącym zapadzie zlewania są zimniejsze, kąpiel trwa krócej i wykonuje się nacierania ciała. Lekarze, stosujący u dzieci kąpiele zimne w przebiegu duru, nie spostrzegali nigdy zapadu. W końcu zapewnia autor, że dur, leczony systematycznem stósowaniem kąpieli zimnych, jest chorobą nader łagodną. *Dr. Jan Landau.*

Hahn. *Encephalopathia saturnina* **u dziecka 13 miesięcznego po maści Hebry. Śmierć.** (*Archiv f. Kinderheilk.* 28. Z. 3 i 4). U 13 miesięcznego dziecka stósowano maść Hebry przez 4 miesiące z powodu wyprysku na głowie, poczem wystąpiły drgawki bez podwyższenia ciepłoty, przy tętnie twardem, chybkiem. Podawano brom, zmyto maść Hebry i zalecono maść siarkową. W dwa dni potem powtórnie drgawki. Dziecko źle odżywione, blade, bez gorączki, śpiączka. Ciemię wielkie wypuklone, tętniące, tętno 80, nieregularne. Na brzegu dziąseł, przylegających do zębów siecznych, zabarwienie czarne. Drżenie rąk, brak porażeń, odruchy kolanowe wzmożone. Dno oka prawidłowe. Stolec zaparty, w moczu ślad białka, dużo kwasu moczowego. Następnego dnia śmierć. Sekcya wykazała: *Hydrocephaloid levioris gradus. Enterocatarrhus chronicus.* Badanie chemiczne tkanki mózgowej wykazało obecność 0,0013 ołowiu w 4,8 g. suchej tkanki mózgowej. Jestto pierwszy przypadek chemicznie stwierdzonej *Encephalopathia saturnina* u dziecka. *Dr. Jan Landau.*

Stamm. (Hamburg). ***Thyreoiditis acuta (idiopathica).*** (*Archiv f. Kinderheilk.* 28. Z. 3 i 4). Autor opisuje rzadki przypadek pojawienia się samoistnego zapalenia gruczołu tarczykowego u 11 letniej dziewczynki. Choroba rozpoczęła się nagle gorączką, kaszlem i obrzmieniem na szyi. Obrzmienie wielkości jaja kurzego sięgało od chrząstki pierścieniowatej aż do zagłębienia na górnym brzegu mostka, przylegało do tchawicy i przesuwało ją nieco na lewo. Skóra ponad obrzmieniem prawidłowa i przesuwalna. Głos ochrypły, oddechanie swobodne. Wypukiem serce przekracza na szerokość palca lewą linię sutkową; pierwszy ton nad koniuszkiem rozszczepiony. Po dwóch dniach pod wpływem leczenia przeciwzapalnego obrzmienie się zmniejszyło, chrypka ustąpiła, a po 8 dniach obrzmienie zupełnie znikło. Ponieważ obrzmienia nie poprzedzała choroba zakaźna, przeto S. uważa je za cierpienie samoistne. *Dr. Jan Landau.*

Hagenbach-Burckhardt. **Tężyczka pęcherza moczowego** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* 49. Z. 1). Przytoczywszy przypadki Sachsa, Oddona i Eschericha, którzy spostrzegali zatrzymanie moczu w przebiegu tężyczki, opisuje autor przypadek własny, w którym na przyczynę zatrzymania moczu, stanowiącego główny objaw choroby, naprowadziły objawy tężyczki w innych mięśniach. 3 letnie dziecko pijaka, wychowywane w złych warunkach higienicznych, okazujące objawy krzywicy, przebyło zaburzenia w narządzie trawienia i drgawki. Pęcherz przepełniony; w moczu białko, dyazoreakcya. Następnego dnia pęcherz sięga do pępka, ciepłota 40° C., drgawki. W dwa dni później napady drgawek okazały się jako typowe napady tężyczki. Wyraźny objaw Chwostka i Trousseaua. Odruchy kolanowe osłabione. Zatrzymanie moczu odnosi autor do skurczu zwieracza pęcherza. Wreszcie zwraca H. uwagę na rzadkość pojawiania się tężyczki w Bazylei w porównaniu z Austryą, gdyż w ostatnich dwóch latach widział 3 — 4 przypadków tężyczki. (W ostatnich kilku tygodniach miałem sposobność spostrzegać 2 przypadki tężyczki na tle krzywicy, z których jeden na oddziale moim w Szpitalu izraelickim w Krakowie. *Przypisek sprawozdawcy*). *Dr. Jan Landau.*

J. Babiński i A. Charpentier. **Stosunek braku odruchów źrenicznych do kiły.** (Odb. z *Bull. de la soc. de derm.* 13. VII. 1899). Autor na podstawie badań odruchów źrenicznych u 1200 zdrowych ludzi i w 18 przypadkach kiły, już to dziedzicznej, już to późnej, gdzie zakażenie nie ulegało wątpliwości, twierdzi, iż brak odruchu źrenicznego na światło jest bardzo ważnym objawem kiły dziedzicznej lub nabytej, a w przypadkach wątpliwego zakażenia czyni to zakażenie bardzo prawdopodobnem. Osłabienie tego odruchu nie ma takiego znaczenia, gdyż zdarza się i w zatruciu wyskokiem. Dodać należy, iż w badanych przez autora przypadkach nie było żadnych objawów, wskazujących na chorobę organiczną układu nerwowego (wiąd rdzenia, zniedołężnienie poraźne i t. d.) oprócz zaburzeń w odruchu źrenicznym. *Dr. Latkowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 4. kwietnia 1900.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Bujwid w odczycie „O zastósowaniu rur ołowianych przy wodociągach“ przytacza procentową liczbę miast w poszczególnych państwach europejskich, które przy swych wodociągach używają rur ołowianych; zestawia rozmaite rodzaje rur, jakie do dziś dnia były i są używane, przytaczając ich dobre i złe strony; zestawia dodatnie i ujemne strony rur ołowianych i przychodzi na podstawie badań wody krakowskiej, branej w rozmaitych odstępach czasu z zamkniętych rur ołowianych, przeprowadzonych pod jego kierunkiem w Zakładzie dla badania środków spożywczych, do wniosku, że rury ołowiane mogą być zaprowadzone przy wodociągach krakowskich bez żadnej dla zdrowotności szkody, że jednak musi być wprowadzoną co do używania wody instrukcya, w której jako ważny punkt podniesionem być musi między innemi, że wody tej prędzej, niż po upływie sześciu dni, używać nie wolno (*Odczyt w całości ogłoszony będzie drukiem*).

W nader ożywionej dyskusyi zabierają głos:

Kol. Doc. Seńkowski nie zgadza się ze zdaniem kol. prelegenta, jakoby twarde wody z reguły nie rozpuszczały ołowiu, przeciwnie trafiają się bardzo twarde wody, w których ołów rozpuszcza się wcale łatwo. — Przyczyny tego zjawiska nie wyświetlono jeszcze dokładnie; przypuszczalnie odgrywa tu rolę: 1) obecność w wodzie ciał organicznych, 2) obecność chlorków i siarkanów. Doświadczenia kol. prelegenta są krótkie i nie wystarczające do wydania ostatecznego orzeczenia w tej sprawie wobec tego, że skład chemiczny wody bielańskiej nie będzie stały, lecz stosownie do opadów będzie się wahał i to prawdopodobnie w dużych granicach. Nie zgadza się także z kol. prelegentem, jakoby małe ślady ołowiu, jakie znajdowano w 3 litrach badanej wody, były nieszkodliwe; przeciwnie zdaniem jego te małe ślady wywołać mogą z czasem zatrucie przewlekłe, wobec faktu, dostatecznie stwierdzonego, że ołów działa w ustroju kumulacyjnie — Kol. Seńkowski proponuje przeto rury cynowe z płaszczem ołowianym.

Kol. Bier zaznacza, że stopień twardości wody ma największy wpływ na ilość rozpuszczalnych soli ołowianych w wodzie, obok tego wpływają na rozpuszczalność oscylacya powietrza z wodą i obecność bezwodnika kwasu węglowego. Te czynniki uważa sławny badacz Frankland za najważniejsze. — Stopień twardości wody krakowskiej jest bardzo wysoki, oscylacya powietrza z wodą będzie wykluczoną, co się zaś tyczy zawartości CO_2 w wodzie bielańskiej, to ta rzeczywiście bywa różną, jednakże i to miałoby znaczenie tylko w samych początkach. — Co do zatrucia ołowiem, jakie miało miejsce w Dessau, zaznacza, że tam 1 litr wody zawierał 40 mlgr. ołowiu i zatrucia, jakie

występowały, miały charakter ostry. — Ilość 0·7 mlgr. w 1 litrze wody uważają higieniści za dopuszczalną, krakowska woda zawiera niewielkie ślady i to w początkach. — Z rur, jakie są do dnia dzisiejszego w używaniu, trzeba uważać za najlepsze ołowiane, choćby dlatego, że używa takich, a nie innych cała Anglia, Francya i 75% miast niemieckich, pomimo że np. woda w Anglii jest bardzo miękka, a jeżeli kto, to Anglicy przy swych środkach ekonomicznych wyprowadziliby inne rury, gdyby ołowiane uważali za szkodliwe. — Wprowadzenie rur, proponowanych przez kol. Seńkowskiego, przedstawia wielkie trudności, trudnem jest mianowicie ich zatapianie; obok tego koszta takich rur są znacznie większe od kosztów rur ołowianych, co w naszych stosunkach ekonomicznych musi być brane w rachubę.

Kol. Doc. Seńkowski w odpowiedzi powtarza, że małe ilości soli ołowianych w wodzie krakowskiej nie wywołają zatrucia ostrego, ale wywołać mogą zatrucie przewlekłe, gdyż ołów działa kumulacyjnie. Spajanie rur cynowych z płaszczem ołowianym uważa za łatwe.

Kol. prof. Zarewicz przemawia, jako konsument. — Różność zdań, jaka się zarysowała w dyskusyi, nie może budzić pełnego zaufania do rur ołowianych; uważa za rzecz wskazaną dla uspokojenia konsumentów sprawę tę zupełnie jasno postawić.

Kol. prof. Browicz tłómaczy, że stawianie sprawy w sposób, w jaki postawili ją w dyskusyi mówcy, może zaniepokoić publiczność, która na pewno o tej dyskusyi się dowie, a która i tak z niedowierzaniem patrzy na wodociągi krakowskie; uważa przeto za rzecz konieczną dla uspokojenia publiczności umieścić w „Przeglądzie lek." osobny artykuł, któryby 1) obejmował statystykę miast europejskich, które dziś używają rur ołowianych, 2) któryby wykazał na podstawie tej statystyki, że woda, używana w tych miastach, okazała się nieszkodliwą. W rzeczach tego rodzaju może decydować jedynie wieloletnie doświadczenie i ono mu też więcej przemawia do przekonania, jak badania teoretyczne.

Kol. prof. Ciechanowski proponuje powtórzyć badanie nad wodą bielańską na szerszą skalę.

Kol. prof. Nowak uważa powtarzanie tych badań za zbyteczne, gdyż jego zdaniem, doświadczenia, nabyte przez tych, którzy przez szereg lat używali wody z wodociągów z rurami ołowianemi, są ważniejsze od teoretycznych badań.

Kol. prof. Wachholz opisuje przypadek zatrucia ołowiem w rodzinie, która używała herbaty, opakowanej w papier ołowiany; przypadek ten nie może budzić zaufania do rur ołowianych.

W odpowiedzi zaznacza kol. prof. Bujwid, co następuje: Wodę bielańską badał przez szereg 3 lat i doszedł do przekonania, że 1) twardość jej wykazuje wahania w granicach jednego stopnia, 2) że woda bielańska przedstawia warunki do wprowadzenia rur ołowianych takie, jakich ani woda w Anglii, ani w Niemczech nie wykazuje. Badania swoje nad wodą, stojącą w rurach ołowianych przeprowadzał przez 3 miesiące i przeprowadzał je umyślnie w najniekorzystniejszych warunkach; mimo tego, woda ta zawierała tylko ślady ołowiu i to w początkach, bo później i tych śladów nie było; nie widzi też żadnych powodów, by rury ołowiane wyrzucać. Rury cynowe z płaszczami ołowianymi uważa za niepraktyczne, zatapianie ich jest nader trudnem a i niebezpiecznem, w miejscach bowiem zatapianych łatwo tworzyć się mogą ogniwa galwaniczne, ułatwiające bardzo przedostawanie się połączeń ołowianych do wody. — Przeciw propozycyi kol. prof. Browicza nie ma nic w zasadzie; wykład jego, zawierający daty statystyczne, uczyni zadość propozycyi. Na tem zakończono obrady, odraczając II. punkt porządku dziennego do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Porządek dzienny posiedzenia zbiorowego w sprawie gruźlicy.

Celem posiedzenia w sprawie gruźlicy jest: 1) Przedstawić treściwie obecny stan nauki o gruźlicy wogóle, w szczególności o gruźlicy płuc i zestawić to, co zrobiły inne społeczeństwa w celach zapobiegawczych i w celu zwalczenia tej choroby. 2) Przedstawić na podstawie liczb, jak się przedstawia sprawa gruźlicy u nas. 3) Powziąść konkretne uchwały zdążające do zorganizowania skutecznej walki z gruźlicą u nas i zastosowania całego systemu środków zapobiegawczych w najszerszem tego słowa znaczeniu.

I, Etyologia i sposoby szerzenia się gruźlicy.

1) Prof. Bądzyński (Lwów). Pogląd ogólny na obecny stan nauki o etyologii gruźlicy.

2) Dr. O. Hewelke (Warszawa). O czynnikach, usposabiających do gruźlicy.

3) Dr. A. Sokołowski (Warszawa). Statystyczne dane w sprawie dziedziczności i zapalenia opłucnej, jako momentów, usposabiających do gruźlicy płuc.

II. Statystyka gruźlicy u nas w porównaniu ze statystyką innych krajów.

4) Radca Dr. Merunowicz (Lwów). Statystyka gruźlicy w Galicyi.

5) Dr. A. Karwowski (Poznań). Statystyka gruźlicy w WKs. Poznańskiem.

6) Dr. Polak (Warszawa) wspólnie z dr. Tchórznickim (Warszawa) i Dr. Sterlingiem (Łódź). Statystyka gruźlicy miasta Warszawy i szpitali warszawskich oraz szpitali prowincyonalnych w Królestwie.

7) Dr. Dmochowski (Warszawa). Dane statystyczne, dotyczące gruźlicy, zaczerpnięte z warszawskiego instytutu anatomo-patologicznego.

8) Dr. Dobrski (Warszawa). Uwagi w sprawie gruźlicy w Towarzystwach ubezpieczeń na życie.

Wnioski i rezolucye, dotyczące ulepszenia badań statystycznych.

II. Zapobieganie gruźlicy.

9) Prof. Dr. O. Bujwid (Kraków). Pogląd ogólny na obecny stan nauki o zapobieganiu gruźlicy.

10) Dr. Janiszewski (Zakopane). Zapobieganie gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach galicyjskich.

11) Dr. Dobrzycki (Warszawa). Profilaktyka gruźlicy w sanatoryach i zdrojowiskach w Królestwie.

12) Dr. Babiński (Warszawa). Gruźlica i jej profilaktyka w jednej z fabryk warszawskich.

Wnioski i rezulacye w sprawie zapobiegania gruźlicy. Wniosek utworzenia stałego komitetu dla badania sprawy gruźlicy i dla walki z gruźlicą. (Wnioskodawca Dr. Janiszewski).

IV. Klimatoterapia gruźlicy. Sanatorya. Organizacya walki z gruźlicą.

13) Dr. Dunin (Warszawa) ze współudziałem Dr. Sterlinga (Łódź) i dr. Wrońskiego (Otwock). Sanatorya dla suchotników.

14) Dr. Janiszewski (Zakopane). Organizacya walki z gruźlicą w Galicyi.

15) Dr. Dłuski (Zakopane). Sanatorya dla zamożnych i średnio zamożnych.

16) Dr. A. Jaruntowski (Poznań) (za pośrednictwem dr. A. Karwowskiego). Organizacya walki z gruźlicą i sanatorya w W. ks. Poznańskiem.

Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

Treść wszystkich poszczególnych elaboratów, stanowiących podstawę referatów głównych, ogłoszona będzie wraz z nazwiskami autorów w skróceniu w „Dzienniku Zjazdu", a nadto dołoży się wszelkich starań, aby elaboraty te mogły po Zjeździe w całości być ogłoszone drukiem, ile możności w postaci oddzielnego wydawnictwa. Gdyby zaś wydanie takiego odrębnego pamiętnika okazało się niemożliwe, wówczas zdążać się będzie do ogłoszenia wszystkich elaboratów bądź w prasie lekarskiej, bądź też, o ile nadawałyby się do spopularyzowania, w oddzielnych broszurach.

Dr. M. Kirkor Sekretarz — *Prof. Dr. N. Cybulski* Gospodarz posiedzenia.

W dalszym ciągu zgłoszono:

— W sekcyi XIII. 13). Dr. F. Skusiewicz (Łódź): Praktyczne ułatwienia przy badaniach moczu. (Badania doświadczalne z pracowni Dr. Serkowskiego). (223)

— W sekcyi XIV. A. 49) Dr. L. Szuman (Toruń): Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. (224)

— W sekcyi XVI. 9) Dr. E. Borzęcki (Kraków) »*Syphilis d'emblée*«. (225)

— W sekcyi XVIII. 6) Dr. A. Bednarski (Lwów) (Tytuł podany będzie później). (227)

7) Dr. K. W. Majewski (Kraków): O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy. (226)

Nadto temat obrad V.: „Ciała obce w oku i technika ich wydobywania“. — Sprawozdawca Dr. Bednarski (Lwów)

— W sekcyi XX: Dr. Gantkowski (Witkowo w Poznańskiem): „Ogólny pogląd na partactwo w lecznictwie czasów obecnych, oraz na środki i sposoby, prowadzące do zwalczania tegoż“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XXI. Na to wspólne posiedzenie przeznaczony także wykład [103] Dr. Fronczaka).

— W sekcyi XXI. 17—18) Dr. fil. B. Orzechowski (Łódź): a) „Praktyczne sposoby określania soli i wody w maśle (badania doświadczalne z pracowni Dr. Serkowskiego)“. b) „Łatwy sposób oddzielania i oznaczania cukru mlecznego w mleku (z tejże pracowni)“. (229—230)

19—20) Dr. St. Serkowski (Łódź) a) „Przenoszenie i rozprzestrzenianie się bakteryi z ubrania i przez podawanie rąk. (badania doświadczalne)“ b) „Mleko w Łodzi (bad. doświadczalne)“. (231—232)

Komitet gospodarczy IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uprasza wszystkich, pragnących uczestniczyć w Zjeździe, o zgłaszanie swego udziału bez względu na to, czy doszło ich osobne zawiadomienie o Zjeździe lub nie. Pomimo bowiem starań komitetu mogło się zdarzyć, że zawiadomienia te, dołączone do czasopism naukowych, otrzymali nie wszyscy interesowani, odrębnych zaś osobistych zaproszeń na Zjazd komitet nie rozsyła.

Komitet uprasza polską prasę codzienną o łaskawe powtórzenie niniejszego wyjaśnienia.

Prof. Dr. St. Ciechanowski.
sekretarz Komitetu (Kraków Wielopole, 4)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 10 maja.

We środę 9 b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak, na którem kol. Nartowski wykładał „O fizyologicznem i leczniczem działaniu światła“, oraz „O działaniu leczniczem światła elektrycznego“. Dyskusyi nie było. Następne posiedzenie odbędzie się dnia 16 maja.

* Warszawskie „Zdrowie“ staje się organem warsz. Tow. higienicznego. Redaktorem obrano Dr. Władysława Janowskiego.

* Nowy szpital izraelicki w Warszawie na 500 chorych, pomieszczonych w 7 pawilonach, ma kosztować 1,040 000 rubli

* Uniwersytet warszawski liczy wśród 1127 słuchaczy 360 na wydziale lekarskim, do czego należy doliczyć 82 słuchaczy farmacyi i 21 wolnych słuchaczy.

* Zjazd w Neapolu, w sprawie zwalczania gruźlicy, zamykając swe obrady wybrał międzynarodowy komitet, którego zadaniem będzie utworzyć »powszechny związek« dla walki z gruźlicą Komitet składa się z przedstawicieli 3 narodów, które pierwsze zajęły się sprawą gruźlicy, wybrani zaś zostali: ks. v. Ratibor (Niemcy), Prof. Lannelongue (Francya) i minister Baccelli (Włochy). Miejsca przyszłego zjazdu — nie oznaczono.

* 8 zjazd międzynarodowy w sprawie alkoholizmu odbędzie się w r. 1901 w Wiedniu. Wydziałowi gospodarczemu przewodniczy Prof. M. Gruber.

* Pruskie ministerstwo oświaty z pomocą izb lekarskich zarządziło jednodniowy spis chorych na choroby weneryczne zapomocą rozesłania zapytań do lekarzy, aby stwierdzić dokładniej rozprzestrzenienie się tych chorób w Prusach.

* Prof. Kitasato, dzielący się z Yersinem zasługą odkrycia prątka dżumy, utrzymuje, że obecnie odkrył drugi prątek, wywołujący podobną chorobę, w czem leżałoby wyjaśnienie, dlaczego surowica Yersinowska nie zawsze skutkuje, a zarazem nadzieja wytworzenia drugiej surowicy, użytecznej tam, gdzie pierwsza zawodzi.

* Prasa lekarska niemiecka słusznie oburza się na drożyznę mieszkań, przygotowanych przez komitet paryskiego międzynarodowego Zjazdu lek. dla uczestników; w zbiorowych bowiem kwaterach w salach szkolnych ma się płacić po $5^1/_2$ franka za noc.

Mianowani: w Lille prof. higieny Surmont profesorem patologii wewnętrznej i doświadczalnej.

Zmarli: w Giessen b. dyrektor kliniki chirurgicznej, prof. H. Bose, l. 60; w Kijowie Dr. Stanisław Witkowski, l. 40; w Wiedniu prof. Rudolf R. v. Limbeck, prymaryusz szpitala Rudolfa, znany z prac w zakresie hematologii i chorób przemiany materyi, licząc zaledwie 39 l.

Redakcya otrzymała: Dwudzieste siódme sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wraz ze sprawozdaniami szpitala św. Ludwika i kolonii leczniczej w Rabce za r. 1899. Kraków 1900.— Dr. M. Switalski: Sind starke Hautreize im Stande, Gewebsveränderungen im Rückenmark hervorzurufen? Odb. »Zeitschr. f. Electrotherapie« Coblenz. 1900.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 18. L Popielski: Ośrodek odruchowy wydzielniczej czynności trzustki. Prof. Zabłudowski: Przyczynek do leczenia niemocy męskiej (dok.) Fr. Neugebauer: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie (c.d). *Medycyna* Nr. 18; J. Steinhaus: O glejaku siatkówki. J. Rosenthal: Opis przypadków, operowanych w oddz. ginek. szpit. starozakonnych w Warszawie w. r. 1898/9 (c. d.). *Kronika lekarska* Zesz. 8 W. Giedgowd: Przypadek sinicy miejscowej. *Nowiny lekarskie* Zesz. 9. Wróblewski: Morbus maculosus Werlhofii. *Postęp okulistyczny*, kwiecień: K. Brudzewski: Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka. J. Talko: Wągr oka w Polsce *Przegląd dentystyczny* N. 4 A. Wachsman: O lutowaniu w azbeście. C. Zboril: Porcelana i emalia w dentystyce A. Troczewski (przedruk z „Czasop lek.“).

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, dnia 16 maja, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy (Collegium physicum).* Porządek dzienny: Dyrektor Wdowiszewski: „O usuwaniu nieczystości miejskich“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1504.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem obsadzenia posady lekarza okręgowego Stanisławów II. z siedzibą w Knihininie wsi rozpisuje Wydział powiatowy konkurs odnośnie do postanowień §§ 4 i 5 ust. z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. u. kr. i § 8 rozporządzenia wykonawczego do tejże l. 82 dz. u. kr.

Chcący ubiegać się o tę posadę, mają prócz dostatecznej fizycznej zdatności przedłożyć Wydziałowi powiatowemu w terminie nieprzekraczalnym do dni 30 od dnia ogłoszenia w Gazecie podanie i wykazać w takowem:

1) że posiadają obywatelstwo austryackie;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) nieskazitelny charakter;
4) znajomość języków krajowych;
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Wymieniony okręg sanitarny składać się będzie z 15 gmin na obszarze 175·6 kilometrów kwadrat., i 18.942 mieszkańców.

Do tej posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr. tudzież 300 złr. jako ryczałt na koszta podróży służbowych, nadto zamianować się mający lekarz okręgowy ma utrzymywać aptekę domową.

Po upływie roku posada ta będzie stale nadaną. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Wydział powiatowy

W Stanisławowie, dnia 30 kwietnia 1900.

Rok XXXIX. Kraków, 19 Maja 1900. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej *(humor aqueus)*.

Podał

Dr. Adam Szulisławski.

W roku 1895 ogłosił Prof. Th. Leber[1]) pracę pod tytułem: „Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse vom Flüssigkeitswechsel des Auges", w której obok bardzo pracowicie i ściśle zebranego piśmiennictwa, dotyczącego tego przedmiotu, podaje jak najdokładniejszy i krytycznie opracowany przegląd dzisiejszych naszych wiadomości co do wymiany soków odżywczych oka. Rozpatrzywszy się jednak bliżej w zebranych zdobyczach nader żmudnych i licznych prac na tem polu, widzimy niestety, że plon nie jest tak obfity, jakby się tego po zużytej w tym celu pracy należało spodziewać i że wiele jeszcze pozostało do zrobienia, wiele spraw niewyjaśnionych lub błędnie pojętych oczekuje opracowania i rozstrzygnięcia. O ile bowiem prace Deutschmanna[2]), Nicatiego[3]), Leplata[4]), Greeffa[5]), Bauera[6]) i in. z niewzruszoną już dziś pewnością dowiodły, że źródłem wydzielania cieczy wodnej jest ciałko rzęskowe ze swymi wyrostkami i tylna powierzchnia tęczówki, usiłowaniom zaś szczególnie Schwalbego[7]), Lebera[8]), Heisratha[1]), Staderiniego[2]), zawdzięczamy poznanie dróg odpływowych, o tyle skąpe są nasze wiadomości co do ilości wydzielanej cieczy wodnej, a zwłaszcza co do warunków, wpływających na to wydzielanie, jak również sprzeczne dotychczas panują poglądy co do określenia istoty cieczy wodnej. Kiedy bowiem niektórzy autorowie (Boucheron[3]), Nicati, Greeff) uważają ciecz wodną za wydzielinę gruczołową, a Nicati nawet posuwa się tak daleko, że ciałko rzęskowe, a raczej jego przybłonek wprost gruczołem cieczy wodnej nazywa (la glande de l'humeur aqueuse), widzą inni znowu (Adamük[4]), Chabbas[5]) Jesner[6]), w cieczy wodnej pewien szczególny rodzaj limfy.

W tych też dwu głównie kierunkach przeprowadziłem swoje badania, z których obecnie chcę zdać sprawę. Chodziło mi więc o doświadczalne stwierdzenie warunków, wpływających na wydzielanie cieczy wodnej pod względem ilościowym, a powtóre o rozstrzygnięcie pytania, czy ciecz wodną należy uważać za limfę, czy też za wydzielinę gruczołową.

Rozpatrzmyż teraz pokrótce, co z tych dwu zagadnień uzyskało już prawo obywatelstwa w nauce, a co wymaga dalszych badań i stwierdzenia.

Podania co do wydzielania cieczy wodnej pod względem ilościowym i w warunkach fizyologicznych znajdujemy w pracach Jesnera[7]) Bentzena i Lebera[8]), Niesnamoffa[9]), których wyniki dadzą się ująć w następujące ogólne prawidła: 1) Wydzielanie cieczy wodnej odbywa się na drodze przesączania z naczyń ciałka rzęskowego, przyczem ciśnienie w naczyniach jest mniej więcej dwa razy wyższe od ciśnienia śródocznego. 2) Wydzielanie cieczy wodnej stoi w stosunku prostym do różnicy ciśnienia w naczyniach i ciśnienia śródocznego.

[1]) *Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte.* Merkel und Bonnet. B. IV, S. 144 196.

[2]) Deutschmann. Ueber die Quellen des Humor aqueus im Auge. *Archiv Graefe* XXVI. 3. S 117—134, 1880.

[3]) La glande de l'humeur aqueuse, glande des procès ciliaires ou glande uvée. *Arch. d'Ophth.* X, p. 481—508; XI, p. 24—52; 152—174; 1890/91.

[4]) *Ann. d'Ocul.* XCVII, p. 75, 1887. *Ibid.* XCVIII, p. 89, 1887. *Ibidem* CI, p. 123, 1889.

[5]) Befund am Corpus ciliare nach Punction der vorderen Kammer. *Archiv Graefe* XXVIII 178—192, 1894.

[6]) Ueber die Ursache der veränderten Zusammensetzung des Humor. aqu. nach Entleerung der vorderen Augenkammer. *Archiv Graefe*, XLII, S. 193—213, 1896.

[7]) Untersuchungen über die Lymphbahnen des Auges und ihre Begrenzungen I. u. II. *Archiv f. mikr. Anat. VI.* S. 1—61 u. l. 261—362. 1870.

[8]) a) Filtrationsfähigkeit der Hornhaut. *Sitzungsber. der Opht. Ges.* IX. S. 365—367. 1871.

b) Studien über den Flüssigkeitswechsel im Auge. *Arch. Graefe.* XIX. 2. S. 87—182. 1873.

c) Der Circulus venosus Schlemii steht nicht in offener Verbindung mit der vorderen Augenkammer. *Arch. Graefe.* XLI. S. 235—280, 1895.

[1]) Ueber die Abflusswege des H. a. mit besonderer Berücksichtigung des sog. Fontanaschen und Schlemmschen Kanales. *Arch. Graefe.* XXVI. 1. S. 202—243, 1880

[2]) Ueber die Abflusswege des H. a. Experimentelle u. anatom. Untersuchungen. *Archiv Graefe.* XXXVII. 3. 86—123.

[3]) Des épithéliums sécréteurs des humeurs de l'oeil. *Compt. rend. de l' Acad. des sc.* Nr. 18, 1889.

[4]) Neue Versuche über den Einfluss des Sympathicus und Trigeminus auf Druck u. Filtration im Auge. *Sitzungsber. d. k. Academie der Wissenschaften* 59 Bd. 2. Abth. 1869.

[5]) Ueber die Secretion des H. a. in Bezug auf die Frage nach den Ursachen der Lymphbildung. Inaug. Dissert. Königsberg. 1878.

[6]) Der H. a. des Auges in seinen Beziehungen zu Blutdruck und Nervenreizung *Archiv Pflüger.* XXIII. 14—44. 1880.

[7]) l. c.

[8]) Ueber die Filtration aus der vorderen Augenkammer bei normalen u. glaucomatösen Augen. *Arch. Graefe* XLI. 3. S. 208—257, 1895

[9]) Ueber die quantitativen Verhältnisse der Filtration u. Secretion des Kammerwassers. *Arch. Graefe* XLII. 4 S. 1—35, 1896

Bliższych jednak szczegółów co do innych warunków, działających przy tem wydzielaniu i wpływających na jego zwiększenie, zmniejszenie, lub zgoła zatamowanie, nie podają powyżsi autorowie, bo też ich prace nie zmierzały do rozstrzygnięcia powyższych zagadnień, inne miały cele i inne zadania. Tylko Nicati (l. c.) w swoich pracach dotyka, ale także tylko pośrednio, tego przedmiotu. Doświadczenia jego, skierowane głównie w tym kierunku, aby wykazać zależność wydzielania cieczy wodnej od nerwów i na tej drodze udowodnić istnienie gruczołu, wytwarzającego ciecz wodną, aczkolwiek z wielu bardzo względów ciekawe i pouczające, nie mogą być jednak co do poruszonych szczegółów miarodajne, a to głównie z powodu sposobu, jakiego w swoich doświadczeniach używał. Wstrzykiwał on za przykładem Ehrlicha[1]), który pierwszy wykonywał doświadczenia z fluorescyną, barwik ten pod skórę lub też do jamy otrzewnowej i z czasu, potrzebnego do zabarwienia ciałka rzęskowego wzgl. cieczy wodnej, przy równoczesnem przecinaniu lub drażnieniu rozmaitych nerwów, wysnuwał wnioski o szybkości wydzielania cieczy wodnej, a tem samem o wpływie odnośnych nerwów na wydzielanie.

Nie wchodząc na razie w bliższe rozpatrywanie pytania, czy nawet stwierdzenie wpływu nerwów na wydzielanie cieczy wodnej udowadniałoby już koniecznie gruczołowe jej pochodzenie, pozwolę sobie co do samego sposobu badania przytoczyć tu zdanie tak doświadczonych badaczy, jak: Schwalbe[2]), Leber[3]), Ehrenthal[4]), którzy (a szczególnie niejednokrotnie Leber) zgodnie przestrzegają przed zbyt pochopnem wysnuwaniem wniosków co do wydzielania cieczy wodnej i w ogóle co do krążenia soków odżywczych oka z rozmieszczenia fluorescyny, lub innych barwików, wprowadzonych do oka czy to bezpośrednio, czy też zapomocą wielkiego krążenia. Ściśle wziąwszy, z doświadczeń autorów, pracujących z fluorescyną, dopuszczalnym byłby tylko jeden wniosek, t. j. że barwik, do krwi wprowadzony, przechodzi wszędzie, gdzie istnieją naczynia i że fluorescyna posiada zdolność przenikania (dyfuzyi) wszystkich mniej więcej tkanek oka, a one nawzajem zdolność przepuszczania jej w większym lub mniejszym stopniu. A jasną jest rzeczą, że sprawa przenikania ze sprawą wydzielania i krążenia soków odżywczych oka nie ma i nie może mieć nic wspólnego.

Punktem wyjścia i drogowskazem dla rozstrzygnięcia drugiego pytania t. j. co do istoty cieczy wodnej były mi wyniki doświadczeń Heidenheina[5]), złożone w pracy pod tytułem: „Versuche und Fragen zur Lehre von der Lymphbildung“. Podstawę do tej pracy, stanowiącej przełom w dotychczasowych naszych pojęciach o wytwarzaniu się limfy, znalazł autor w wykryciu pewnych ciał, które wprowadzone do ogólnego krwi obiegu sprowadzają ogromne nieraz zwiększenie wydzielania limfy i to bez równoczesnego podniesienia ciśnienia w naczyniach krwionośnych. Ciała te ochrzcił Heidenhein mianem: „Lymphagoga“ i podzielił je, stosownie do ich działania, na dwie gromady. Pierwszą stanowią ciała, które powodują zwiększenie wydzielania limfy przez przyspieszenie przesączania surowicy krwi z naczyń — tu należą: wyciągi z mięśni raków, główi tułowi pijawek, ciał muszli rzecznych, wątroby i jelit psa, pepton i białko kurze. Ciała, należące do drugiej grupy, t. j. cukier gronowy, mocznik, sole w większej ilości do krwi wstrzyknięte, działają przez odciągnięcie wody pierwocinom tkaninowym (komórkom, włóknom) i przeprowadzenie jej w przestwory limfatyczne. W obu razach skutek jest ten sam, t. j. zwiększenie wydzielania limfy. Pytanie, jak się wobec tych ciał będzie zachowywała ciecz wodna, nasunęło się samo przez się, a sądzę, że odpowiedź na nie rozstrzygnie z wielkiem prawdopodobieństwem sprawę pochodzenia, a raczej istoty cieczy wodnej. (c. d. n.)

[1]) Ueber provozierte Fluorescenzerscheinungen am Auge. *Deutsche med. Wochenschrft.* Nr. 2. 1882.

[2]) Lehrb. d. Anat. der Sinnesorgane. Erlangen. S. 176—179 i S. 214—219, 1887.

[3]) l. c.

[4]) Kritisches u. Experimentelles zur Lehre v. Flüssigkeitswechsel im Auge. Referat. *Jahresbericht d. Anat. u. Physiol.* XVI. S. 106—109 1888.

[5]) *Archiv f. Physiologie B.* 49. S. 209—301, 1891.

II. O klimacie górskim.

(Ustęp z wykładów o Balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem 1899/900).

Podał

Dr. Ludomił Korczyński

Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Położenie geograficzne uwzględnionych w zestawieniu miejscowości i wzniesienie ich nad poziom morza jest następujące:

Nazwa miejscowości	Długość wschodn. Grenvich	Szerokość północna	Wzniesienie n. p. m. w mtr.	
Bielsko	19°3′	49°49′	344	Dorzecze Wisły
Zawoja	19°33	49°40′	530	
Maków	19°42	49°44′	—	
Osielec	19°47	49°40	—	
Rabka	19°59	49°36′	487	
Nowy Targ . . .	20°2′	49°28′	—	
Szczawnica . . .	20°30	49°26	484	
Krynica	20°57	49°25′	586	
Iwonicz	21°48	49°36′	304	
Sanok	22°12′	49°33′	314	
Turka	23°2′	49°9′	587	Dorzecze Dniestru
Dolina	24°0′	48°58	450	
Bohorodczany . .	24°33	48°47	349	
Delatyn	24°38	48°58′	424	Dorz. Dunaju
Mikuliczyn . . .	24°38′	48°24	—	
Krzyworównia . .	24°54	48°10′	545	
Kosów	25°9′	48°19	400	
Kuty	25°15′	48°16′	—	
Zakopane	19°57′	49°18′	837	

Ciepłota ⁰C.

a) Dorzecze Wisły.

Nazwa miejscowości	Bielsko			Zawoja			Maków			Osielec			Rabka		
Miesiące i pory	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.
Styczeń	— 4·6	+ 3·2	—18·4	— 4·8	+ 4·0	—20·6	— 6·1	+ 1·9	—23·1	— 6·3	+ 3·8	—24·4	— 6·4	+ 2·3	—24.1
Luty	— 1·8	6·1	—12·6	— 3·1	5·6	—16·6	— 2·0	4·3	—12·2	— 3·1	5·8	—16·7	— 3·0	5·9	—17·8
Marzec	+ 4·7	19·5	— 5·4	+ 3·9	18·0	— 6·2	+ 3·8	18·6	— 7·8	+ 3·8	19·4	— 8·6	+ 3·0	16·9	— 8·0
Kwiecień	4·8	21·0	— 3·4	4·1	18·0	— 4·8	4·8	18·4	— 3·1	4·5	20·8	— 3·4	+ 5·1	20·8	— 2·8
Maj	11·1	26·6	+ 1·9	11·2	23·2	+ 3·8	11·3	22·3	+ 2·8	11·2	25·2	+ 3·3	11·6	23·3	+ 3·5
Czerwiec	17·5	28·1	6·6	16·8	27·6	9·6	16·5	26·2	11·1	16·3	27·2	8·0	16·7	25·4	9·1
Lipiec	18·7	32·3	8·0	17·8	28·4	9·9	17·8	25·4	9·8	17·4	30·3	8·7	17·4	25·6	10·0
Sierpień	16·0	31·1	8·2	15·7	26·8	10·1	15·7	23·0	8·4	15·5	27·8	7·9	15·6	23·6	10·5
Wrzesień	14·2	26·0	5·8	13·5	25·0	5·6	13·9	25·0	7·4	13·5	26·6	4·2	13·1	22·8	6·0
Październik	12·8	21·9	3·8	12·2	20·0	2·0	12·6	20·3	2·8	12·0	22·8	1·5	11·3	18·8	2·4
Listopad	0·3	13·9	—11·0	0·2	11·1	—11·2	0·9	11·2	— 9·8	0·2	11·5	—12·6	0·3	12·7	—13·0
Grudzień	— 0·9	13·9	—15·5	— 1·4	9·2	—18·6	— 1·3	7·8	—15·7	— 1·7	8·8	—19·6	— 3·0	5·0	—23·4
Roczne	+ 7·7	32·3	—18·4	+ 7·2	28·4	—26·0	+ 7·3	26·2	—23·1	+ 6·9	30·3	—24·4	+ 6·8	25·6	—24·1
Zima	— 2·6	6·7	—18·4	— 3·5	+ 6·0	—26·0	— 3·3	6·8	—23·1	— 4·0	6·8	—24·4	— 4·1	5·9	—24·1
Wiosna	+ 6·8	26·6	— 5·4	+ 6·4	23·2	— 6·2	+ 6·6	22·3	— 7·8	+ 6·5	25·2	— 8·6	+ 6·5	23·3	— 8·0
Lato	17·4	32·3	+ 6·6	16·7	28·4	+ 9·6	16·6	26·2	+ 8·4	16·4	30·3	+ 7·9	16·6	25·6	+ 9·1
Jesień	9·1	26·0	—11·0	8·6	25·0	—11·2	5·8	25·0	— 9·8	8·5	26·6	—12·6	8·2	22·8	—13·0

Nazwa miejscowości	Nowy Targ			Szczawnica			Krynica			Iwonicz			Sanok		
Miesiące i pory	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.
Styczeń	—15.3?	+ 2·0	—30·0	— 9·0	+ 2·3	—26·3	— 7·1	+ 2·2	—17·1	— 7·8	+ 1·5	—21·0	— 7·2	+ 2·2	—22·6
Luty	— 5·0	3·0	—15·0	— 3·5	4·3	—18·2	— 2·1	4·6	—12·8	— 3·8	2·6	—14·8	— 2·8	6·8	—12·7
Marzec	+ 6·4	23·0	— 4·0	+ 2·7	18·3	—12·3	+ 2·6	11·8	— 8·4	+ 3·5	17·8	— 6·4	+ 3·5	17·6	—12·0
Kwiecień	5·7	20·0	— 2·0	4·3	22·1	— 7·4	4·3	15·1	— 1·2	4·8	20·2	— 4·0	6·3	23·4	+ 0·4
Maj	12·0	22·4	+ 2·2	11·6	25·1	+ 1·0	11·7	23·9	+ 4·4	12·3	25·0	+ 1·4	14·2	27·2	5·8
Czerwiec	17·3	26·8	9·0	16·1	27·2	7·3	15·8	25·4	8·9	17·1	24·4	9·6	18·4	29·0	10·4
Lipiec	17·9	28·2	9·4	17·5	29·3	8·3	17·1	26·5	9·7	19·0	30·8	11·2	20·2	32·0	10·4
Sierpień	16·3	23·0	10·5	15·5	22·2	9·2	15·0	24·8	8·0	17·1	29·3	9·8	17·3	29·0	10·4
Wrzesień	14·5	24·2	8·2	13·1	25·2	3·2	12·4	22·2	3·0	14·5	23·6	6·4	14·6	24·6	7·3
Październik	12·7	18·4	— 0·5	12·3	21·3	1·3	11·1	17·6	3·8	13·6	20·6	6·6	—	—	—
Listopad	0·2	12·2	—15·0	0·3	13·3	—16·2	0·3	10·9	—13·8	0·2	14·6	—12·2	—	—	—
Grudzień	— 4·5	8·0	—30·0	— 2·3	7·4	—27·0	— 2·7	5·3	—26·0	— 1·3	5·8	—20·4	— 1·5	10·1	—27·7
Roczne	+ 6·5	28·2	—30·0	+ 6·6	29·3	—27·0	+ 6·5	26·5	—26·0	+ 7·5	30·8	—21·0	—	—	—
Zima	— 7·9	11·0	—30·0	— 5·4	5·1	—29·0	— 4·0	4·6	—26·0	— 4·9	5·6	—21·0	— 4·3	6·8	—22·6
Wiosna	+ 8·3	23·0	— 4·0	+ 6·2	25·1	—12·3	+ 6·2	23·9	— 8·4	+ 6·9	25·0	— 6·4	+ 8·0	27·2	—12·0
Lato	17·2	28·2	+ 9·0	16·4	29·3	+ 7·3	15·9	26·5	+ 8·0	17·7	30·8	+ 9·6	18·6	32·0	+ 10·4
Jesień	9·1	24·2	—15·0	8·6	25·2	—16·2	7·9	22·2	—13·8	9·5	23·6	—12·2	—	—	—

b) Dorzecze Dniestru.

Nazwa miejscowości	Turka			Dolina [1]			Bohorodczany		
Miesiące i pory	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.
Styczeń	— 9·3	0·0	—29·8	— 2·2	+ 9·0	—16·0	— 7·7	+ 3·0	—20·0
Luty	— 5·3	+ 2·0	—20·0	— 6·0	3·0	—19·0	— 3·1	9·0	—18·0
Marzec	+ 1·4	15·0	—16·5	— 0·3	13·0	—16·0	+ 2·5	16·8	—14·0
Kwiecień	3·8	21·0	— 7·2	+ 6·6	18·0	— 5·0	5·3	21·6	— 3·4
Maj	11·4	23·8	+ 2·2	12·7	22·0	0·0	12·9	26·0	+ 3·0
Czerwiec	15·4	26·0	8·0	15·5	26·0	+ 8·0	16·7	27·0	9·0
Lipiec	17·4	29·2	8·0	18·8	31·0	11·0	18·8	29·6	11·0
Sierpień	16·6	28·2	8·0	17·1	28·0	6·0	18·2	30·0	11·0
Wrzesień	13·4	22·6	4·4	13·2	27·0	1·0	14·8	28·0	5·0
Październik	11·8	20·4	3·0	8·9	22·3	0·0	11·5	20·0	2·0
Listopad	— 1·5	12·0	—19·0	3·9	13·0	—12·0	— 1·3	12·0	—14·8
Grudzień	— 2·9	7·8	—37·4	— 3·4	5·0	—25·0	— 4·3	3·0	—27·0
Roczne	+ 5·7	29·2	—37·4	+ 6·9	31·0	—25·0	+ 6·7	30·0	—27·0
Zima	— 6·5	5·0	—37·4	?	?	?	— 4·9	9·0	—27·0
Wiosna	+ 5·5	23·8	—16·4	6·3	22·0	—16·0	+ 6·9	26·0	—14·0
Lato	16·5	29·2	+ 8·0	17·1	31·0	+ 6·0	17·9	30·0	+ 9·0
Jesień	7·9	22·6	—19·0	8·7	27·0	—12·0	8·4	28·0	—14·8

[1]) Spostrzeżenia za rok 1895.

c) Dorzecze Dunaju

(Prut z Czeremoszem).

Nazwa miejcowości / Miesiące i pory	Delatyn			Mikuliczyn			Krzyworównia			Kosów			Kuty		
	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.	Śred.	Max.	Min.
Styczeń	—6·3	+4·0	—20·0	— 7·7	+ 2·0	—26·0	— 9·6	+ 2·2	—26·2	— 6·4	+ 6·5	—19·8	— 5·5	+ 8·6	—22·0
Luty	—2·8	9·0	—16·0	— 4·7	7·0	—18·0	— 4·1	8·2	—15·2	— 1·8	6·2	—16·7	— 2·0	12·6	—13·5
Marzec	+3·5	15·0	— 7·0	+ 3·0	17·4	— 8·4	+ 1·9	16·4	—18·2	+ 4·7	19·9	— 6 6	+ 6·2	24 8	— 8·0
Kwiecień . . .	5·9	24·0	— 5·0	4·7	23·2	— 3·8	4·2	21·0	— 5·0	6·2	24·2	— 1·6	7 6	27·1	— 2·0
Maj	13·1	26·0	+ 4·0	12·7	25·0	+ 2·4	11·3	25·0	+ 2·4	14·6	27·4	+ 5·0	15·6	31·2	+ 5·0
Czerwiec . . .	17·0	27·0	9·0	16·1	26·0	7·6	15·2	26·0	6·4	18·3	30·0	10·1	19·9	31·1	10·7
Lipiec	19·5	31·0	11·0	17·9	28·6	8·6	17·6	29·2	7·8	20·8	33·2	10·0	22·0	34·5	13·0
Sierpień . . .	18·8	30·0	11·0	17·4	28·0	10·6	17·3	29·4	7·8	20·7	33·8	12·4	21·1	34·2	15·0
Wrzesień . . .	15·7	25·0	9·0	14·8	25·0	6·0	13·8	24·0	5·0	16·9	31·0	7·6	18·1	32·4	11·2
Październik . .	12·3	22·0	4·0	11·9	21·0	3·0	10·2	21·6	— 1·6	13·2	24·6	2·8	15·2	27·8	4·7
Listopad . . .	—0·1	13·0	—14·0	— 0·4	15·0	—19·2	— 1·2	13·0	—16·8	0·5	13·7	—11·8	1·9	20·0	—13·5
Grudzień . . .	—2·1	9·0	—20·0	— 2·2	9·0	—27·0	— 3·8	6·8	—27·8	— 2·4	9·9	—22·5	— 1·4	12·0	—24·0
Roczne	+7·4	31·0	—20·0	7·0	28·6	—27·0	+ 5·8	29·4	—27·8	+ 8·8	33·8	— 22·5	+ 9·9	34·5	—24·0
Zima	—4·4	9·0	—25·0	— 5·7	7·0	—28·0	— 6·1	8·2	—28·3	— 3·9	6·6	— 24·2	— 3·4	12·6	—23·8
Wiosna . . .	+7·5	26·0	— 7·0	+ 6·8	25·0	— 8·4	+ 5·8	25·0	—18·2	+ 8·5	27·4	— 6·6	+ 9·8	31·2	— 8·0
Lato	18·4	31·0	— 9·0	17·1	28·6	+ 7·6	16·7	29·4	+ 6·4	19·9	33·8	+ 10·0	21·0	34·5	+ 10·7
Jesień	9·3	25·0	—14·0	8·8	25·0	—19·2	7·6	24·0	—16·8	10·2	31·0	—11·8	11·7	32·4	—13·5

Ze względu na wzniesienie nad poziom morza wszystkich powyższych stacyj meteorologicznych, rozdzielić je należy na trzy grupy, mieszcząc w grupie pierwszej miejscowości, wyniesione między 300 a 400 mtr. n. p. m., w drugiej miejscowości, wyniesione między 400 a 500 mtr., w trzeciej wreszcie miejscowości, leżące powyżej 500 mtr. Dopiero po takiem ugrupowaniu dokładniej można ocenić ciepłotę i jej przebieg.

Nazwa miejcowości i wzniesienie n. p. m. w metrach	Bielsko 344	Iwonicz 304	Sanok 314	Bohorodczany 349	Kosów 400	Rabka 487	Szczawnica 484	Dolina 450	Delatyn 424	Zawoja 530	Krynica 586	Turha 587	Krzyworównia 545
Średnia roczna ciepłota	7·7	7·5	?	6.7	8·8	6·8	6·6	6·9	7·4	7·2	6·5	5·7	5·8
Średnia ciepłota lata	17·4	17·7	18·6	17·9	19·9	16·6	16·4	17·1	18·4	16·7	15·9	16·5	16·7
Średnia ciepłota zimy	— 2·6	— 4·9	— 4·3	— 4·9	— 3·9	— 4·1	— 5·4	?	— 4.4	— 3·5	— 4·0	— 6·8	— 6·1
Różnica między ciepłotą lata i zimy	20·0	22·6	22·9	22·8	23·8	20·7	21·8	?	22·8	20·2	19·9	23·3	22·8

Suma opadów atmosferycznych w m/m. Stopień zachmurzenia nieba według skali 1—10.

a) Dorzecze Wisły.

Nazwa miejscowości / Miesiące i pory	Bielsko		Zawoja		Maków		Osielec		Rabka		Nowy Targ		Szczawnica		Krynica		Iwonicz		Sanok	
	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.
Styczeń . . .	57·9	6·2	50·1	?	45·6	6·1	30·7	6·1	25·8	6·8	35·9	4·7	49·6	5·8	31·0	7·2	76·3	6·9	39·2	6·6
Luty	18·1	6·6	36·0	?	30·1	6·6	33·8	6·8	23·6	7·6	47·3	6·2	25·3	6·4	23·1	8·2	59·1	7·0	32·7	7·5
Marzec . . .	70·8	5·8	38·8	?	63·4	5.9	46 6	6·1	41·1	6·4	40·7	4·4	58·6	5·4	83·5	6·0	86·6	5·1	76·7	7·1
Kwiecień . .	114·4	8·3	109·5	?	112·9	7·4	91·6	7·6	91·0	8·5	85·0	6·7	89·3	7·9	93·7	7·8	49·9	6·8	61·5	6·5
Maj	127·0	7·6	126·7	?	148·2	7·3	97·3	7·5	82·1	7·1	73.6	8·1	77·7	7·5	88·2	7·2	34·4	5·7	100·2	6·4
Czerwiec . .	137·5	5·7	112·5	?	85·3	5·5	99·5	5·4	111·8	5·8	80·4	5·0	129·0	5·6	78·7	5·1	107·6	3·5	138·9	5·3
Lipiec . . .	120·6	5·6	142·9	5·8	123·0	5·0	103·3	5·7	124·1	6·0	154·4	4·9	126·4	6·1	130·2	5·5	74·1	4·8	41·6	5·2
Sierpień . . .	210·0	7·2	246·7	8·0	128·1	7·1	171·3	7·0	212·3	7·9	149·8	7·0	111·3	7·4	170·7	6·9	40·8	5·4	138·8	6·6
Wrzesień . .	103·2	5·8	74·5	6·7	73·2	5·8	59·5	6·2	64·8	7·0	54·4	6·5	78·4	5·8	75·8	6·0	97·4	4·6	101·1	6·5
Październik .	34·8	5·1	18·3	5·4	16·3	4·3	20·2	4·6	22·9	5·3	18·0	3·2	9·7	4·8	13·8	5·7	21·9	4·6	21·1	?
Listopad . .	38·7	6·8	55·2	6·9	36·0	6·7	43·7	6·5	41·3	7·0	41·5	6·0	25·2	6·4	45·2	6·8	61·9	6·7	100·3	?
Grudzień . .	20·9	6·2	24·6	6·5	23·9	6·3	21·8	5·8	13·3	6·9	18·9	5·9	27·6	6·9	23·2	7·6	24·1	6·7	10·3	6·4
Roczne . . .	1053·9	6·4	1036·1	?	886·0	6·1	854·1	6·2	854·1	6·8	799·9	5·7	798·1	6·3	857·1	6·6	734·1	5·6	854·6	?
Zima	164·8	6·8	174·7	?	113·7	7·0	128·5	6·6	62·7	7·1	162·2	4·5	144·3	6·8	115·5	8·0	154·1	7·1	129·6	7·1
Wiosna . . .	312·2	7·2	275·0	?	324·5	6·8	235·5	7·0	214·2	7·3	199·3	6·4	225·6	6·9	265·4	7·0	170·9	5·8	238·4	6·6
Lato	468·1	6·2	502·1	?	336·4	5·8	374·1	6·0	448·2	6·5	384·6	5·6	366·7	6·4	379·6	5·8	222·5	4·6	319·3	5·7
Jesień . . .	176·7	5·9	148·0	6·3	125·5	5·6	123·4	5·7	129·0	6·4	113·9	5·2	113·3	5·6	134·8	6·2	181·2	5·3	222·5	?

b) Dorzecze Dniestru.

Nazwa miejscowości	Turka		Dolina		Bohorodczany	
Miesiące i pory	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.
Styczeń	31·1	3·8	45·2	—	5·2	6·5
Luty	22·6	4·2	11·8	—	7·2	7·1
Marzec	65·8	2.8	16·9	—	13·8	7·0
Kwiecień	65·6	4·0	53·9	—	14·2	7·4
Maj	57·6	3·3	82·3	—	38·4	6·4
Czerwiec	132·6	2·8	146·3	—	18·3	5·1
Lipiec	83·3	2·5	95·7	—	52·7	4·3
Sierpień	99·7	2·9	103·9	—	46·2	5·0
Wrzesień	99·2	3·3	106·5	—	81·4	6·3
Październik	24·6	2·3	36·2	—	16·2	4·7
Listopad	64·4	3·1	75·8	—	64·3	6·6
Grudzień	37·4	3·8	38·1	—	35·6	7·4
Roczne	783·9	3·2	812·6	—	393·3	6·1
Zima	84·8	4·1	102·0	—	37·0	7·2
Wiosna	189·0	3·3	153·1	—	66·4	7·0
Lato	315·6	2·7	345·9	—	117·2	4·8
Jesień	188·2	2·9	218·5	—	161·9	5·8

c) Dorzecze Dunaju.

Nazwa miejscowości	Delatyn		Mikuliczyn		Krzyworównia		Kosów		Kuty	
Miesiące i pory	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.	Suma opad.	Stop. zachm.
Styczeń	11·6	?	20·0	5·1	19·2	6·3	69·5	4·1	18·7	4·9
Luty	14·2	7·3	20·9	7·4	6·6	6·6	7·4	5·9	12·4	5·8
Marzec	50·3	6·5	60·0	6·6	39·1	6·8	22·1	4·4	45·9	4·2
Kwiecień	35·4	?	42·6	7·8	29·7	6·6	33·8	4·3	37·9	8·0
Maj	81·9	?	80·1	6·4	48·0	5·3	53·3	2·8	56·9	4·9
Czerwiec	116·7	?	123·7	5·6	115·7	5·0	113·5	3·5	127·9	5·3
Lipiec	49·8	5·2	74·8	5·3	69·9	4·7	65·3	3·8	58·8	3·6
Sierpień	39·0	5·5	82·2	5·3	41·1	5·5	52·0	2·3	50·4	4·9
Wrzesień	87·8	5·7	78·2	5·5	73·4	5·3	86·2	4·2	31·9	5·7
Październik	28·4	4·4	41·1	4·3	24·0	5·1	17·4	2·8	21·9	4·8
Listopad	59·3	6·3	65·8	6·4	34·4	6·7	76·8	6·2	73·4	4·5
Grudzień	39·8	7·1	50·6	7·0	45·2	6·7	67·2	4·5	72·4	6·1
Roczne	614·2	—	740·0	6·0	546·3	5·8	664·5	4·0	608·5	5·2
Zima	55·7	—	68·9	6·6	56·7	6·8	107·9	5·5	59·1	6·2
Wiosna	167·6	—	182·7	6·9	116·8	6·2	109·2	3·8	140·7	5·7
Lato	205·5	—	280·7	5·4	226·7	5·1	230·8	3·2	237·1	4·6
Jesień	175·5	5·4	185·1	5·4	131·8	5·7	180·4	4·4	127·2	5·0

	Nazwa miejscowości i wzniesienie n. p. m. w metrach	Bielsko 344	Iwonicz 304	Sanok 314	Bohorodczany 349	Kosów 400	Rabka 487	Szczawnica 484	Dolina 450	Delatyn 424	Zawoja 530	Krynica 586	Turka 587	Krzyworównia 545
Suma opadów	Roczna	1053·9	734·1	854·6	393·3	664·5	854·1	798·1	812·6	614·2	1036·1	857·1	783·9	546·3
	Zimowa	164·8	154·1	129·6	37·0	107·9	62·7	144·3	102·0	55·7	174·7	115·5.	84·8	56·7
	Wiosenna	312·2	170·9	238·4	66·4	109·2	214·2	225·6	153·1	167·6	275·0	265·4	189·0	116·8
	Letnia	468·1	222·5	319·3	117·2	230·8	448·2	366·7	345·9	205·5	502·1	379·6	315·6	226·7
	Jesienna	176·7	181·2	222·5	161·9	180·4	129·0	113·3	218·5	175·5	148·0	134·8	188·2	131·8
Stop. zach. nieba	Roczny	6·4	5·6	—	6·1	4·0	6·8	6·3	—	—	—	6·6	3·2	5·8
	Zimowy	6·8	7·1	7·1	7·2	5·5	7·1	6·8	—	—	—	8·0	4·1	6·8
	Wiosenny	7·2	5·8	6·6	7·0	3·8	7·3	6·9	—	—	—	7·0	3·3	6·2
	Letni	6·2	4·6	5·7	4·8	3·2	6·5	6·4	—	—	—	5·8	2·7	5·1
	Jesienny	5·9	5·3	—	5·7	4·4	6·4	5·6	—	5·4	—	6·2	2·9	5·7

Średni kierunek wiatru i liczba dostrzeżonych kierunków. (Rok 1897.)

a) Dorzecze Wisły.

Nazwa miejscowości	Bielsko								Zawoja							
miesiące:	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW
Styczeń	11	10	7	3	19	10	27	6	14	9	3	0	0	0	22	15
Luty	11	5	8	1	10	3	37	5	3	8	3	0	0	0	46	2
Marzec	8	4	1	1	26	10	33	8	0	0	3	0	0	2	61	1
Kwiecień	12	9	4	7	21	9	14	9	0	0	12	0	0	8	32	0
Maj	15	15	8	1	18	2	21	13	0	0	17	3	1	7	44	0
Czerwiec	15	18	19	2	11	1	12	1	0	0	11	7	16	11	24	0
Lipiec	8	2	1	0	18	13	29	22	0	0	1	5	10	22	32	0
Sierpień	3	2	8	6	32	12	27	3	0	0	2	3	17	10	28	0
Wrzesień	7	6	1	6	29	15	19	7	0	1	8	1	5	6	40	0
Paździer.	13	5	11	9	24	8	13	5	0	12	14	0	0	3	43	0
Listopad	15	10	5	2	8	3	28	13	25	7	7	0	0	1	35	8
Grudzień	18	12	4	5	15	9	19	10	11	6	3	0	0	5	43	4
Roczne	136	98	77	43	231	95	279	102	53	43	84	19	49	75	450	30
Zima	35	24	22	6	55	14	78	15	25	24	8	0	0	1	100	23
Wiosna	35	28	13	9	65	21	68	30	0	0	32	3	1	17	137	1
Lato	26	22	28	8	61	26	68	26	0	0	14	15	43	43	84	0
Jesień	35	21	17	17	61	26	60	25	25	20	29	1	5	10	118	8

Nazwa miejscowości	Szczawnica								Iwonicz							
miesiące:	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW
Styczeń	9	20	35	3	4	3	13	6	1	20	0	3	44	20	0	5
Luty	5	10	13	1	3	2	35	15	3	22	0	0	38	9	6	6
Marzec	3	16	11	3	6	8	38	8	1	20	3	0	30	20	14	5
Kwiecień	16	11	17	3	11	2	19	11	7	44	0	0	18	14	5	2
Maj	16	7	12	0	2	5	35	16	3	40	0	1	11	11	4	23
Czerwiec	20	12	13	2	4	5	20	14	6	50	0	0	8	7	0	19
Lipiec	25	6	10	1	5	8	25	13	1	13	4	1	8	37	4	25
Sierpień	32	8	10	1	11	7	16	8	3	20	0	0	18	31	10	11
Wrzesień	12	10	13	3	6	9	25	12	2	13	0	0	22	14	27	12
Paździer.	17	9	10	12	6	2	24	13	1	41	0	0	19	18	5	9
Listopad	12	14	22	0	0	8	21	13	0	17	5	1	40	14	9	4
Grudzień	4	24	41	0	1	2	17	4	0	8	1	1	21	41	18	3
Roczne	171	147	207	29	59	61	288	133	28	308	13	7	277	236	102	124
Zima	29	42	68	6	13	9	70	33	4	76	0	3	111	53	8	15
Wiosna	35	34	40	6	19	15	92	35	11	104	3	1	59	45	23	30
Lato	77	26	33	4	20	20	61	35	10	83	4	1	24	75	14	55
Jesień	41	33	45	15	12	19	70	38	3	71	5	1	81	46	41	25

Nazwa miejscowości	Sanok							
miesiące:	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW
Styczeń	2	11	8	16	22	16	7	11
Luty	3	8	8	7	21	21	7	9
Marzec	26	0	1	13	46	1	2	1
Kwiecień	3	7	6	14	18	11	15	16
Maj	16	15	5	6	15	9	5	22
Czerwiec	12	18	14	13	11	8	5	9
Lipiec	4	23	0	7	18	28	3	10
Sierpień	0	4	0	24	4	3	20	38
Wrzesień	0	7	11	27	4	15	24	2
Paździer.	10	8	5	9	18	16	9	18
Listopad	11	14	3	14	14	15	12	7
Grudzień	4	6	4	16	36	16	10	1
Roczne	91	121	65	166	227	159	119	144
Zima	8	35	25	39	72	45	17	29
Wiosna	45	22	12	33	79	21	22	39
Lato	16	45	14	44	33	39	28	57
Jesień	21	29	19	50	36	46	45	27

b) Dorzecze Dniestru. *c) Dorzecze Dunaju.*

Nazwa miejscowości	Turka								Dolina	Bohorodczany								Delatyn							
Miesiące i pory	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW	N NE E SE S SW W NW	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW
Styczeń .	5	3	0	0	29	5	2	3	Przeważnie W	11	0	0	0	0	2	20	9	2	32	7	0	0	44	2	6
Luty . .	6	0	0	0	9	15	5	14	« «	8	0	0	0	0	3	31	9	1	12	0	0	0	54	6	11
Marzec. .	6	0	0	0	27	7	6	9	« «	2	0	14	8	0	4	10	14	5	16	2	0	0	52	8	10
Kwiecień .	8	4	0	0	15	4	1	18	Wyłącznie W	0	0	1	1	5	2	12	3	11	14	1	1	0	43	3	17
Maj . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	« «	0	1	0	3	4	2	14	8	7	3	5	2	2	56	10	8
Czerwiec .	—	—	—	—	—	—	—	—	Przeważnie W w końcu miesiąca S	0	12	6	0	0	3	11	4	3	7	1	0	2	61	4	12
Lipiec . .	—	—	—	—	—	—	—	—	Przeważnie W	0	0	9	0	0	0	22	23	1	2	2	1	1	63	12	11
Sierpień .	—	—	—	—	—	—	—	—	Przew. W, rzadz. S	0	0	9	9	2	0	21	0	3	7	5	4	0	52	8	14
Wrzesień .	--	—	—	—	—	—	—	—	Przew. W, rzadziej SW i NW	0	0	1	0	3	0	8	13	4	8	0	2	1	48	22	5
Październ.	—	—	—	—	—	—	—	—	Przew. W, rzadziej S, SW i NW	0	0	3	3	0	6	40	2	2	5	2	2	0	49	26	7
Listopad .	—	—	—	—	—	—	—	—	Przew. N, rzadziej W i NW	2	1	5	0	8	1	26	9	18	9	0	0	0	55	6	2
Grudzień .	—	—	—	—	—	—	—	—	Przeważnie W i N	6	0	0	0	0	6	10	1	9	17	0	0	1	48	11	7
Roczne .	—	—	—	—	—	—	—	—	Przeważnie W	29	14	48	24	22	29	225	94	66	132	25	12	7	625	118	110
Zima . .	16	5	0	0	62	22	8	26	« «	19	0	0	3	0	5	55	28	8	74	9	1	0	141	14	23
Wiosna .	—	—	—	—	—	—	—	—	Prawie wyłącz. W	2	1	15	12	9	8	36	25	23	33	8	3	2	151	21	35
Lato . .	—	—	—	—	—	—	—	—	Przeważnie W i S	0	12	24	9	2	3	54	27	7	16	8	5	3	176	24	47
Jesień . .	—	—	—	—	—	—	—	—	Niestałe. W, NW, S i SW	2	1	9	3	11	7	74	24	24	22	2	4	1	152	54	14

Ciśnienie barometryczne w m/m.

a) Dorzecze Wisły. *b) Dorzecze Dniestru.*

Nazwa miejscowości	Bielsko			Szczawnica			Krynica			Turka		
Miesiące i pory	Średn.	Max.	Min.	Średn.	Max.	Min.	Średn.	Max.	Min.	Średn.	Max.	Min.
Styczeń . . .	729·3	741·9	710·4	716·6	727·8	700·7	708·6	719·0	690·7	712·5	723·8	697·8
Luty	734·2	747·5	711·5	720·3	731·5	702·9	712·5	722·9	692·9	715·3	724·2	699·0
Marzec	726·8	736·8	711·3	713·8	722·3	702·3	706·8	715·9	697·2	710·0	717·3	699·3
Kwiecień . . .	729·0	740·2	711·7	715·7	725·5	700·5	708·2	717·8	694·3	711·8	721·4	697·8
Maj	727·4	734·8	718·6	714·5	721·7	707·0	706·7	713·8	700·0	—	—	—
Czerwiec . . .	732·2	740·5	726·6	719·3	727·6	713·6	711·6	718·5	706·3	—	—	—
Lipiec	729·3	735·9	724·4	716·6	722·5	709·3	709·1	716·6	705·0	—	—	—
Sierpień . . .	731·6	736·8	725·7	718·9	723·3	713·1	711·2	715·1	706·8	—	—	—
Wrzesień . . .	732·1	740·7	721·3	719·4	727·8	711·0	711·6	719·2	704·5	—	—	—
Październik . .	736·7	745·3	727·1	723·5	732·7	714·6	714·6	720·5	702·6	—	—	—
Listopad . . .	738·5	750·9	708·9	724·8	737·0	698·7	717·6	726.9	692·5	—	—	—
Grudzień . . .	735·7	746·1	721·3	722·4	733·1	709·4	715·1	724·0	702·9	—	—	—
Roczne	731·4	750·9	708·9	718·1	737·0	698·7	710·2	726·9	690·7	714·4	728·9	699·4
Zima	731·5	747·5	710·4	718·4	731·5	700·7	710·5	722·9	690·7	715·6	728·9	694·5
Wiosna . . .	727·7	740·2	711·3	714·6	725·5	700·5	707·2	717·8	694·3	711·9	722·4	699·4
Lato	731·0	740·5	724·4	718·2	727·6	709·3	710·6	718·5	705·0	713·6	718·5	707·9
Jesień	735·7	750·9	708·9	722·5	737·0	698·7	714·6	726·9	692·5	714·6	728·2	704·3

według spostrzeżeń z roku 1896

Przypatrzywszy się bliżej kolejno wszystkim zestawieniom, w niektórych przynajmniej kierunkach pokusić się można o określenie klimatu Karpat. Dostrzedz można, że klimat ten nie jest równy, że jest odmienny na zachodzie, a odmienny na wschodzie.

Co do ciepłoty przedstawiają się warunki najkorzystniej na ostatnich zachodnich krańcach, w dolinie Wisły, Biały, Soły i górnej Skawy. Spostrzeżenia z dwóch stacyi meteorologicznych, leżących w tej okolicy, mianowicie z Bielska i z Zawoi wykazują, że pomimo najznaczniejszego wysunięcia ku północy tych miejscowości, a co do Zawoi także, stosunkowo do innych, znacznego wzniesienia nad poziom morza, ciepłota jest tam względnie najwyższa, przebieg roczny ciepłoty najłagodniejszy, różnice między zimą, a latem najmniejsze, wynoszą około 20^{0} C. W miarę posuwania się na wschód, coraz wyraźniej występuje obniżanie się ciepłoty, widoczne są coraz większe wahania w jej przebiegu i coraz większe różnice między ciepłotą zimy i lata. Szczególnie niekorzystnie przedstawiają się pod tym względem okolice, położone nad górnym biegiem rzek Dniestru i Stryja, i nad najwyższym biegiem Czeremoszu. Dopiero nad biegiem nieco niższym tej ostatniej rzeki, na ostatnich południowo-wschodnich krańcach Galicyi, spotykamy się z nagłym wzrostem ciepłoty rocznej. Ale i tu jeszcze zima bywa surowsza, lata upalniejsze, przebieg ciepłoty rocznej wogóle mniej stały, a różnice ciepłoty pory najcieplejszej i najzimniejszej większe, aniżeli w zachodniej części Galicyi.

Na ciepłotę wpływa wśród innych czynników niewątpliwie także stan nieba, a do pewnego stopnia, zwłaszcza w zimie, ilość opadów atmosferycznych.

Ogólnie biorąc jest niebo na zachodzie więcej zasnute chmurami, aniżeli na wschodzie. Niebem bardzo pogodnem

odznaczają się południowo-wschodnie krańce Galicyi, a ze środkowych okolice nieopodal źródeł Dniestru i Stryja. Na zachodzie najpogodniejsza bywa jesień, najbardziej chmurna wiosna, równe prawie pod tym względem jest lato i zima; na wschodzie lato bywa jaśniejsze, niż jesień, zima, nawet w miejscowościach wyżej położonych, jak n. p. w Krzyworówni, jest przeciętnie dość chmurna.

Ilość opadów atmosferycznych jest uderzająco znaczna w dolinie górnej Wisły, Biały, Soły i Skawy w najwyższym biegu, a więc na zachodzie; w kierunku ku wschodowi spada odrazu bardzo widocznie już w nieco niższym biegu Skawy, utrzymując się i w dolinach następnych rzek, aż do Bystrzycy, na średniej wysokości 750—850 mm.; w Bohorodczanach, w dolinie Bystrzycy, jest uderzająco mała, co zdaje się zależeć od wpływów ściśle miejscowych; w dorzeczu Prutu podnosi się nieco, ale nie dosięga już tej wysokości, co w części zachodniej, a nawet środkowej kraju, waha się w granicach między 550—660 mm., wyjątkowo jest wyższa w Mikuliczynie, gdzie wynosi 740 mm.

Rozłożenie opadów na poszczególne pory roku także nie jest jednakie. Na zachodzie jest opad w zimie przeważnie obfitszy, aniżeli na wschodzie. Odnosi się to prawie bez wyjątku do całego dorzecza Wisły. W dorzeczu Dniestru jest on już mniejszy, w dorzeczu Dunaju jeszcze mniejszy. Najobfitsze w opady są wogóle miesiące letnie, a przedewszystkiem czerwiec.

Co do wiatrów, to na bardzo tylko ogólnikowe pozwolić sobie można uwagi, w części dlatego, że liczba spostrzeżeń w tym kierunku jest jeszcze bardzo nieznaczna, w części zaś dlatego, że kierunek wiatrów zależy, zwłaszcza w górach, od tak wielu czynników miejscowych, iż trzebaby podawać charakterystykę jeśli już nie każdej miejscowości z osobna, to w każdym razie przynajmniej charakterystykę poszczególnych okolic i grup górskich.

Z tego materyału, który zużytkowaliśmy w zestawieniach, zdaje się wynikać, że w zachodniej części kraju, aż po granice dorzecza Dunajca, przeważają wiatry zachodnie i to we wszystkich prawie porach roku; w Iwoniczu i Sanoku, a więc w dolinie Wisłoka i Sanu, częstsze są wiatry południowe, w dolinie Świcy i Bystrzycy, — dorzecze Dniestru, — wieją znów przeważnie wiatry zachodnie, w dorzeczu Prutu wiatry południowo-zachodnie. Wiatry północne wieją dość często nad górną Wisłą i nad niektóremi okolicami naddunajcowemi; we wschodniej części kraju spostrzegać się dają często wiatry północno wschodnie, rzadziej czysto północne.

Mniej jeszcze można mówić o ciśnieniu barometrycznem, mając do rozporządzenia spostrzeżenia z czterech tylko górskich stacyj. Zdaje się, że w tym kierunku nie będzie można dostrzedz żadnych wybitniejszych różnic między wysokością i wahaniami wysokości w zachodniej i wschodniej części kraju, że podlegać one będą prawom ogólnym. O wszystkich czterech naszych stacyach, z których posiadamy odnośne spostrzeżenia, to tylko powiedzieć można, że ciśnienie powietrza jest w nich najwyższe w jesieni, najniższe na wiosnę, prawie równe w zimie i w lecie.

W myśl tych wszystkich uwag podzielić można pod względem klimatycznym z ogólnego stanowiska wszystkie te miejscowości, które jako uzdrowiska, względnie schroniska, są już odwiedzane, a w dalszym ciągu wskazać te, które z korzyścią możnaby w tym celu zużytkować.

Bezwarunkowo najlepsze warunki mają górskie okolice nadwiślańskie dolnego Śląska z niezbyt wysoko położonymi zakładami leczniczymi, Bystrą i Jaworzem. Nadają się one bardzo dobrze tak na letnie, jak i na zimowe uzdrowiska. Dorównuje im zupełnie Zawoja, leżąca o 200 blisko metrów wyżej nad poziom morza, a pod niektórymi względami wprost je przewyższa. Dość dobre klimatyczne warunki, jako uzdrowiska z sezonem letnim i jesiennym, mają Rabka, Szczawnica i Krynica. Doliny rzek Wisłoka i Sanu w zachodniej części kraju, a Dniestru i Stryja we wschodniej, mniej są pod względem klimatycznym korzystne. Warunki poprawiają się pod tym względem w dolinie rzeki Świcy i Bystrzycy. W dorzeczu Prutu stosunki są jeszcze lepsze. Wzdłuż toru kolejowego, biegnącego doliną Prutu ku Węgrom, mamy cały szereg miejscowości, dobrych na stacye klimatyczne. Z ważniejszych, idąc ku granicy węgierskiej, wymienić można Delatyn, Dorę, Jaremcze, Mikuliczyn, Worochtę, a wreszcie graniczną stacyę kolejową Woronienkę. Są one tem lepsze, im bardziej leżą ku południowi i im bardziej wznoszą się nad poziom morza. Najwłaściwszy dla nich sezon, lato i jesień. Postępując dalej ku południowemu wschodowi spotykamy w klimacie Kosowa i Kut bardzo pomyślne warunki dla stworzenia zimowych uzdrowisk w jednej z miejscowości tych okolic.

Cały ten długi pas Karpat, który przeszliśmy pobieżnie, leży w strefie klimatu podgórskiego. Żadna ze znanych miejscowości nie sięga granicy 700 mtr. Do tego samego rodzaju uzdrowisk zaliczyć także należy Ojców i sąsiadujące z nim miejscowości. Nie posiadamy jednak z tych okolic bliższych szczegółów.

Odrębne cechy mają Tatry, wśród nich przedewszystkiem Zakopane. Klimat zakopański, w szerszem tego słowa pojęciu, różni się pod niejednym względem od klimatu innych części Karpat, posiada cechy klimatu wybitnie podalpejskiego i z tego stanowiska opracowany został już dawniej i wcale dokładnie przez Dr. Florkiewicza i Prof. Poniklę. (Dok. nast.)

III. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu chirurgicznem rozszerzeń i jam oskrzelowych.

(Spostrzeżenie kazuistyczne).

Podał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego d. 9 marca 1900).

(Ciąg dalszy).

W literaturze chirurgicznej spotykamy okrągło 60 podobnych spostrzeżeń. Zestawiam je tu wedle statystyki H. Quinckego, Tuffiera i zapisków, znajdujących się w literaturze od r. 1897.

1) M. 49 l., zajęty płat górny prawy. Wypiłowanie III żebra. Wyleczenie z polepszeniem. Śmierć po 5 m. skutkiem skrobiawicy (*amyloidosis*). (Mosler i Hüter. Berl. klin. Wochschr. 1873 p. 42.)

2) M. 24 l., zajęty płat dolny prawy. Wypił. VI i VII ż. Wyleczenie z polepszeniem. (W. Koch Deutsche med. Wchschr. 1882 p. 440).

3) K. 29 l., w płacie dolnym prawym. Wypił. VI ż. Rozległe jamy oskrzelowe. Śmierć 7 dnia po oper. Sekcya wykazała: ogniska zapalne świeże, skrobiawica, zapalenie żyły wrotnej. (W. Koch Deutsche med. Wchschr. 1882 p. 441).

4) M. ? l. Siedziby zmian niepodano. Pneumotomia bez wypiłowania żeber. Wyleczenie bez przetoki. Śmierć po 15 miesiącach skutkiem gruźlicy ogólnej. (Mosler i Hüter. Verh. d. Congr. f. innere Med. 1882 T. II).

5) M. 49 l., zajęty płat dolny prawy. Pneumotomia bez wypiłowania żebra. Wyleczenie Śmierć w $1^1/_2$ m. potem skutkiem zapalenia oskrzeli i płuc. (D. Powell i Lyel. Lancet 1880 T. II)

6) M 40 l. Jamy oskrzelowe po stronie prawej. Po nacięciu skóry i mięśni nakłócie trójgrańcem między 5—6 żebrem. Śmierć po tygodniu. Jamy oskrzelowe zajmowały głównie przednie części płatów. Przyczyną śmierci był ropień w mógu (Williams et Marshall. Lancet 1882 T. II).

7) M 25 l, zajęty płat prawy dolny. Nacięcie klatki piersiowej i płuc w VII przestworze międzyżebrowym. Jamy nie znaleziono. Krwawienie z rany. Po 1 m. śmierć. Podczas sekcyi znaleziono rozległe jamy po obu stronach. (Bull. Nord. med. Arch. T. XV p. 17 1883).

8) K 11 l Pneumotomia po wypiłowaniu VI żebra. Otwarcie rozległej jamy. Wyleczenie. Powikłanie ropnem zapaleniem opłucnej (Kaczorowski. Deutsche med. Wchschr. 1883 p. 432.)

9) M. 32 l. Jamy oskrzelowe po stronie prawej u dołu. Po nacięciu przestworu międzyżebrowego X nakłócie jamy opłucnowej—wylała się ropa. *Drainage.* 18 dnia po oper. śmierć. Sekcya: Płuco lewe zupełnie zdrowe. Jamy tylko w dolnym płacie prawym. Dwa ropnie w mózgu (Biss i Marshall. Med. Tim. and Gazette 1884 T. I p. 747).

10) M. 37 l. Wypiłowanie XI ż. z przodu. Nakłócie płuc trójgrańcem. Wyleczenie. Śmierć po 2 latach z krwotoku płucnego (Lauenstein. Ctrbl. f. Chir. 1884 p. 290).

11) M. 50 l. Jama w dolnym płacie prawym. Nakłócie grubym trójgrańcem. Rozszerzanie przetoki blaszkownicą. Wyleczenie Śmierć. po 2 m. Mania. Nie chciał się odżywiać. (De Cérenville. Rev. med. de la Suisse rom. 1885 p. 462).

12) ? Jama w dolnym płacie lewym. Nakłócie grubym trójgrańcem. Rozszerzanie blaszkownicą. Wyleczenie. Śmierć po 9 tygodniach wśród ostrego nieżytu oskrzeli. (Ten sam. Ibid.).

13) M. 54 l. Jamy w prawym płacie dolnym. Wypiłowanie VI żebra, po 24 godz. otwarto płuca termokauterem. Natrafiono na jamę wielkości jaja kurzego. Wyleczenie (Rochelt. Wien. med. Presse 1886 p. 1264).

14) M. 67 l. W płacie lewym. Nacięcie w VIII przestworze międzyżebr. Wyleczenie. Po roku śmierć skutkiem porażenia serca. Williams i Godlee. Brit. med. Journ. 1886 I p. 590).

15) K. 21 l. Wypiłowanie VIII. ż. — nakłócie płuc. Sączek. Wyleczenie z polepszeniem (Ci sami. Med. chir. trans. 1886 p. 234).

16) M. 55 l. Objawy po stronie lewej w linii pachowej. Nacięcie w X przestworze miedzyżebr. 3 dnia śmierć. Zajęty tylko płat dolny lewy. Zwyrodnienie tłuszczowe serca. (Benson i Godlee. Lancet 1887 p. 716).

17) M. 35 l. Śmierć z chloroformu podczas operacyi. Zmiany po obu stronach. (Godlee i Powell. Lancet 1887 p. 716).

18) K. 29 l. Płat dolny lewy. Wypiłowanie X żebra. Otwarcie jamy otorbionej w opłucnej. *Drainage.* Pneumotomia odsłoniła małą jamkę. Po operacyi ostre zapalenie opłucnej. Niewyleczona. (Godlee. Ibid.)

19) M. 27. l. Objawy jamy na wysokości kąta łopatki lewej. Po wypiłowaniu odpowiedniego żebra otwarto jamę w płucach. Wyleczenie (Stewart. Brit. med. Journ. 1887 p. 179).

20) M. 32 l. W płacie dolnym prawym. Płuca otwarto termokauterem po wypiłowaniu żebra. Odsłonięto jamę głęboką na 7 ctm. Wyleczenie. (Hofmokl. Soc. imp. roy. des med. de Vienne. 1888).

21) M. 13 l. U dołu po stronie lewej. Wypiłowanie III ż. Odsłonięcie jamy wielkości jabłka. Przeciwcięcie (*contraincisio*) między 9 a 10 ż. Tu natrafiono na jamę, zawierającą $^1/_2$ ltr. ropy. Śmierć 7 d. po oper. (Mosler i Vogt w rozprawie maugur. Hartwicha. Greifswald 1889).

22) M. 20 l., objawy po stronie prawej u dołu. Nacięcie w przestrzeni międzyżebrowej. Skutkiem gwałtownego napadu kaszlu przerwano operacyę. Dopiero po 8 dniach pneumotomia. Odsłonięto jamę. Wyleczenie. Śmierć po 6 miesiącach skutkiem zgorzeli płuc w płacie dolnym lewym, w którym zresztą jam oskrzelowych nie było. (Mackey. Brit. med. Journ. 1889 p. 660).

23) M. 48 l. Jamy w lewym płacie doln. Wypiłowanie żebra. Powstała odma piersiowa, gdyż zrostów opłucnowych nie było. Dalsze operowanie niemożliwe. Śmierć w kilka godzin później. Sekcya wykazała dużą jamę oskrzelową w płacie doln. lew. (Krecke. Munch. med. Wchschr. 1891 p. 399).

24) M. 17 l. Resectio VIII żebra. Zrostów opłucnowych nie było. Przyszyto płuca do brzegów rany zewnętrznej. Po 8 dn. otwarto płuco termokauterem. Wyleczenie z polepszeniem. Po 9 m. śmierć skutkiem zapalenia opon mózgowych. Przetoka pozostała. (Laache. N. Mag. for. Loeger 1891 Nr. 4).

25) K. 18 l. Jama w płacie lew. doln Wypiłowanie VIII żebra. Śmierć w chloroformie. Rozszerzenie oskrzeli głównie w płacie d. l. — pojedyncze jamki w płacie górn. l. i w płucu prawem. (Coupland. Lancet 1892 p. 869).

26) M. 43 l. — jama w szczycie prawym. Pneumotomia termokauterem w II. przestw. międzyżebr. *Drainage.* Wyleczenie. (Hofmokl Wien. med. Presse 1893).

27) K. l. Jamy w całem płucu lewem; *pleuritis purulenta saccata sin.*, prawdopodobnie skutkiem zgorzeli ogniskowej płuc. Wypiłowanie VII, VIII i IX żebra na znacznej przestrzeni. Natrafiono na dużą jamę. Tamponada. Wyleczenie bez przetoki po późniejszej torakoplastyce (Walter. Congr. d. deutsch. Chir. 1895).

28) M. 50 l. Resekcya III żebra. Wyleczenie z polepszeniem. Pozostała przetoka. Po 2 m. podczas operacyi Estlandera śmierć z chloroformu. (Reclus. Clin. chir de la Pitié 1894 p. 39).

29) M. 25 l., po lewej stronie u dołu z tyłu. Pasta z chlorkiem cynku. Wypiłowanie 9, 10 i 11 ż. po 3 tyg. Wyleczenie ze znacznem polepszeniem. (Quincke. Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. I Z. 1.)

30) M 34 l. W lewym płacie dolnym. Pasta z chlor. cynk. na 5 tyg., potem resekcya 9 i 10 żebra. Pneumotomia termokauterem Wyleczenie z polepszeniem. Później stwierdzono gruźlicę. (Ten sam Ibid.)

31) M. 36 l. Po lewej u dołu. Wypiłowanie 9, potem 10 żebra Pneumotomia. Polepszenie. Umarł po 2 latach. (Ten sam. Ibid.)

32) M. 39 l. Po lewej stronie u dołu jamy oskrzelowe i zgorzel płuc. Pasta z chlor. cynk. przez 14 dni. Wypiłowanie VI żebra. Pneumotomia termokauterem. Śmierć po 3 dniach z wyczerpania. (T. s. Ib.).

33) M. 66 l.; po lewej u dołu. Wypiłowanie 9 żebra Nakłócie po 7 dniach bez rezultatu. Śmierć przed otwarciem płuc. Zwyrodnienie skrobiowate. (T. s. Ib.)

34) K. 42 l. Rozszerzenie oskrzeli po stronie lewej u dołu bez objawów jamy. Wypiłowanie 10 ż. — pasta stosowana przez 9 dni. Pneumotomia termokauterem. Po 4 dniach śmierć w zapadzie (T. s. Ib.).

35) M. 12 l. Objawy rozszerzenia oskrzeli bez objawów jamy po całej stronie prawej. Wypiłowanie 2, 3, 8 i 9 żebra. Pneumotomia termokauterem. Bez żadnej poprawy wypisany z przetokami (T. s. Ibid.).

36) M 18 l. Rozszerzenie oskrzeli w prawym płacie dolnym, powikłane ropieniem. Wypiłowanie 10 żebra — pasta z chlor. cynk. przez 5 tygod. Otwarto jamę termokauterem. Sączek. Polepszenie. Przetoka. Po roku rozszerzenie przetoki i podczas tego śmierć z krwotoku płucnego. (T. s. Ibid.).

37) M. 31 l. Rozszerzenie oskrzeli po lewej stronie z tyłu u dołu, bez objawów, znamiennych dla jamy. Pasta z chlor. cynkowym przez 16 dni. Wycięcie 9 i 10 żebra. Dobrowolne otwarcie płuc przez przeżarcie pastą z chlorkiem cynkowym. Śmierć nagła po 4 dniach — może skutkiem dostania się powietrza do żył płucnych?. (T. s. Ibid.).

38). M. l. 49. Liczne walcowate rozszerzenia po obu stronach z przewagą po stronie lewej u dołu. Pasta i $ZnCl_2$ przez 5 tyg. Wypiłowanie 10 żebra. Pneumotomia termokauterem. Wyleczenie z polepszeniem (T. s. Ibid.).

39). M. 45 l. Po stronie lewej w dole. Wypiłowanie 7 żebra. Odsłonięto większą jamę, łączącą się z kilkoma mniejszemi *Drainage*. Wyleczenie z wybitnem polepszeniem. Po 2 latach śmierć wśród objawów ropnia mózgowego. (Pierre Delbet w d'Azincourt. Thes. de Paris 1896 p. 75).

40). M. 26 l. Po lewej stronie. Pneumotomia. Śmierć po 3 dniach, skutkiem ropnego zapalenia opłucnej, wywołanego dostaniem się do niej treści jam. (Biondi Clin. chirurg. Milano 1895 t. III).

41). ? Rozszerzenia oskrzeli po jednej stronie. Wypiłowanie żebra. Śmierć 11 d. Podczas sekcyi nie znaleziono większej jamy (Wills. Lancet 1896 p. 1565).

42). K. ? l. Rozszerzenia oskrzeli, połączone z krwiopluciem. Zapomocą pneumatomii odsłonięto jamę wielkości orzecha włoskiego. Po kilku dniach krwioplucie powtórzyło się. Nowe nacięcie płuc, zapomocą którego odsłonięto znów parę jam tak wielkich, jak pierwsza. Wyleczenie po kilku miesiącach. (Capechkow. Wracz 1897 Nr 6).

43). ? Rozszerzenie oskrzeli w prawym płacie dolnym. Wypiłowanie 3 i 4-ego żebra. Odsłonięto jamę wielkości jaja kurzego. Po poprawie śmierć 4 m. po operacyi. (Gerard Marchant w Guillemot et Herbet. Soc. anatomique 1896 p. 952).

44). M. 34 l. W płacie dolnym lewym. Bez wypiłowania żebra, nacięcie w VI przestw. międzyżebr. Natrafiono na jamę. Śmierć po 12 dniach. Duży ropień w mózgu. (Nélaton. Thes. de Brésard 1897).

45). K. ? l. Pneumotomia. Wyleczenie z polepszeniem. (Nelaton. Ibidem).

46). ? Pneumotomia; po przemijającem polepszeniu wystąpiły dawne objawy. (Broca u Nelatona — ibidem).

47). K. 32 l. Pneumotomia; polepszenie (Kümmel j. n.).

48) M 6 l. Pneumotomia; polepszenie. (Kümmel. w Handb. d prakt. Chir. 1900 T. II. p. 689 i n,).

49). K. 22 l. Pneumotomia po wstępnem wypiłowaniu VII i VIII żebra lewego z tyłu z powodu rozszerzenia oskrzeli. Odsłoniła się jama wielkości orzecha włoskiego. Po 10 dniach odkryto 3 nowe jamy. Po utworzeniu się blizn nastąpiło wyleczenie, które trwa już $3^1/_2$ lat. Tylko po oziębieniu chory nieco więcej odpluwa. (K. Sapeschko Annalen d. russ. Chir. 1899 Z. I).

50). M. 28 l. Na tle dawnych rozszerzeń oskrzelowych w prawem płucu powstaje ostry ropień posokowaty, dający się wybadać w górzo z przodu a w tyle u dołu. Pasta z chlorkiem cynku. Najpierw wypiłowanie III żebra i odsłonięcie jamy ropnia; po 10 tyg. wypiłowanie 9-ego żebra w tyle, zakończone jednakowoż śmiercią z wyczerpania i zapalenia płuc i oskrzeli. (Pochat. Inaug. Dissert. Kiel 1895).

51). K. 23 l. Po lewej stronie z tyłu i z boku przewlekły nieżyt oskrzelowy z rozszerzeniem i następową zgorzelą. Resekcya IV żebra w linii pachowej. Pneumotomia termokauterem. Na jamę nie trafiono. Śmierć po 10 dniach. Sekcya wykazała liczne ogniska zgorzelinowe dawniejsze po stronie lewej, świeże po prawej. (Runeberg. Arch. f. klin. Med. 1889 Nr. 41 p. 91).

52). M. 17 l. Po lewe stronie z boku objawy rozszerzenia oskrzeli i ropnia po wpadnięciu rurki intubacyjnej Nr. 3. Wypiłowanie III żebra. Odsłonięcie opłucnej. Po 3 dniach nakłócie płuca i rozszerzenie otworu na tępo. Po 19 dniach śmierć wśród krwotoku płucnego. (Sutherland. Lancet 1892 p. 188).

53). M. 47 l. Po stronie prawej z tyłu u dołu jamy wyraźne, po utkwieniu zęba trzonowego w prawem oskrzelu. Gruźlica płuc. Nacięcie VIII przestw. międzyżebr. i pneumotomia. Przetoka utrzymywała się przez 8 m., przez ten czas była pewna ulga. Po zagojeniu się przetoki objawy pogorszyły się. W rok więc po pierwszej operacyi wypiłowanie IX żebra, które odsłoniło jamę podłużną. W 2 m. potem śmierć skutkiem gruźlicy. (Godlee. Lancet 1889 i Brit. med. Journ. 1892).

54). M. 17 l. Rozszerzenie oskrzeli w prawym płacie dolnym i jedna duża jama w płacie środkowym po zachłyśnięciu się źdźbłem zboża. Nacięcie w VI pr. przestw. Otwarto w płucach kilka jam, wypełnionych krwawą ropą. Po 5 tygodniach śmierć skutkiem ropnia mózgowego i podprzeponowego. (Godlee l. c.).

55). K. 20 l. Z prawej strony z tyłu u dołu rozszerzenia oskrzeli, powikłane małymi ropniami. Pasta z chlorkiem cynkowym przez 16 dni — wypiłowanie VIII, XI i X żebra. Pneumotomia termokauterem. Odsłonięto kilka rozszerzonych oskrzeli, większej jamy nie znaleziono. Przetoka utrzymywała się przez dwa lata, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. (Quincke l. c.).

56). K. 50 l. Po zakrztuszeniu się kością rozszerzenie oskrzeli i przewlekły ropień z prawej strony z tyłu u dołu. Empyema circamscriptum. Nacięcie w VIII przestw. międzyż. Polepszenie. Mała przetoka pozostała. (Godlee l. c.).

57). M. 47 l. Rozszerzenie oskrzeli i przewlekły ropień po prawej stronie z tyłu w dole po zakrztuszeniu się kością. Przez trzy tygodnie pasta z chlorkiem cynkowym. Resekcya VII, VIII i IX ż. Pneumotomia termokauterem. Odsłonięto kilka oskrzeli. Znaczna poprawa z utrzymaniem się przetoki. (Quincke l. c.).

58). M. 53 l. Z lewej strony z przodu w dole dawne rozszerzenia oskrzeli, na tle których rozwinęła się ostra zgorzel płuc. Operacya *in extremis*. Wypiłowanie V ż. w linii pachowej. Termokauterem otwarto dużą jamę zgorzelinową. Śmierć w kilka godzin potem. (De Céreuville. Rev. med. d. l. Suisse romande 1892 p. 229).

59). M. 18 l. Rozszerzenie oskrzeli z ostrą zgorzelą po prawej stronie w tyle i w dole. Wypiłowanie 9-ego żebra. Opłucna nie zrośnięta, zatem przyszyto płuco do rany zewnętrznej. Pneumotomia, otwarto jamę. Potem nacięcie w XI przestw. międzyżebrowym, otwarto drugą jamę. Powikłanie posokowatem zapaleniem opłucnej. Wyleczenie po $4^1/_2$ miesiącach. (De Céreuville l. c.).

60). Chory Rydygiera, na wstępie opisany. (C. d. n.).

IV. O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z uduszenia, otrucia chloroformem lub rażenia prądem elektrycznym

Podał

Prof. Dr. J. Prus

Dyrektor Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

(Według wykładu w Tow. lek. lwowskiem dnia 11 listopada 1899 r.).

(Dokończenie).

3. Wskrzeszanie w przypadkach śmierci z rażenia prądem elektrycznym.

Jak wiadomo, zastosowanie prądu elektrycznego, nawet bardzo słabego, na odsłonięte serce sprowadza z reguły natychmiast porażenie serca wśród pojawienia się drgań włókienkowych w mięśniu sercowym, przyczem parcie krwi opada nagle do zera, a krążenie krwi zupełnie ustaje. Zwierzę okazuje przez chwilę wyraźny niepokój i duszność, poczem traci przytomność, wreszcie oddechy słabną i znikają.

Przypuszczając, że słaby prąd elektryczny nie może wywołać żadnych głębszych zmian w mięśniu sercowym, sądziłem, że właśnie w tych przypadkach śmierci mój sposób wskrzeszania będzie się mógł poszczycić najlepszymi wynikami. Niestety doświadczenia, wykonane na zwierzętach w rozmaity sposób, nie ziściły tej nadziei, a co gorsza wykazały, że właśnie w przypadkach tego rodzaju śmierci najtrudniej przywrócić regularną samoistną czynność serca.

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący. Po uśpieniu zwierzęcia otwierałem tchawicę i łączyłem tętnicę szyjną z manometrem. Otworzywszy następnie klatkę piersiową bądźto w linii środkowej ciała, bądźteż po stronie lewej i odsłoniwszy należycie serce, dotykałem dwiema delikatnemi elektrodami platynowemi różnych miejsc serca, używając bardzo słabego prądu stałego, lub przerywanego.

Siła prądu była zazwyczaj tak mała, że prąd można było zaledwie wyczuć na języku. W innych doświadczeniach posługiwałem się prądem o silnem napięciu, a mianowicie prądem z maszyny dynamo-elektrycznej o napięciu 110 Volt. W tych atoli przypadkach nie otwierałem klatki piersiowej, lecz dotykałem odpowiedniemi elektrodami skóry na klatce piersiowej w okolicy serca. Tak w pierwszym, jak i w drugim szeregu doświadczeń pojawiało się zwykle natychmiast po zastosowaniu prądu porażenie serca.

Doświadczeń wykonałem 35, a mianowicie prąd stały słaby stósowałem na serce w 14 doświadczeniach, prąd przerywany w 7 doświadczeniach, a prąd o silnem napięciu (100—110 Volt) 14 razy.

Czas, jaki upłynął od chwili zadziałania prądu stałego na odsłonięte serce aż do porażenia serca, wynosił zaledwie $^1/_{10}$ sekundy. Obliczenia tego czasu dokonałem przy pomocy sygnału Depretza. Po zastósowaniu prądu przerywanego, jak niemniej prądu o silnem napięciu, czas ten był zwykle dłuższy, a mianowicie równał się *minimum* 2 sekundom, *maximum* 1 minucie i 50 sekundom.

Od chwili porażenia serca aż do chwili ustania ruchów oddechowych upływała zwykle minuta lub dwie, w wyjątkowych przypadkach czas ten był dłuższy (dochodził do 7 minut) lub przeciwnie krótszy (kilka sekund).

Czas jaki upłynął od chwili porażenia serca aż do rozpoczęcia mięsienia serca, wahał się od 22 sekund do jednej godziny. W szczególności czas ten wynosił 22″,—25″,—40″,—49″,— 1′,— 1′14″,—1′30″, —1′40′,—1′47″, — 2′ (w przypadkach), — 2′30″,—2′42″,—3′, —5′ (w 2 przypadkach), —5′40″— 5′47″,—6′,—6′26″,—7′24″, —8′ (w 3 przypadkach), —8′3″,—9′10″,— 10′ (w 4 przypadkach), 11′30″,—19′58″,—30′,—45′,—1^h.

Czas przez, jaki musiano mięsić serce, aby pojawiły się pierwsze ślady samoistnych miarowych ruchów serca równał się *minimum* 30 sekundom, *maximum* 1 godzinie i 36 minutom — a w szczególności: 30″,—2′,—3′4″,—3′30″,—13′, —16′ (w 2 przypadkach), 16′50″,—18′10″,—20′,—22′,—31′, —33′,—35′,—37′,— 39′,— 46′,— 48′,— 52′,—54′,— 56′,—1^{h}8′ 36″,—1^{h}10′,—1^{h}12′,—1^{h}14′,—1^{h}27′,—1^{h}30′,—1^{h}36′. W 4 przypadkach nie można było wzniecić żadnych śladów samoistnych miarowych ruchów serca mimo mięsienia, trwającego blisko przez dwie godziny. Mięsienie rozpoczęto w jednym przypadku już po upływie jednej minuty od chwili porażenia serca, w drugim przypadku po 6 minutach, w trzecim przypadku po 10 minutach, a w czwartym przypadku po jednej godzinie.

Samoistna regularna czynność serca powróciła tylko w 5 przypadkach. W dwóch doświadczeniach pojawiła się pod wpływem mięsienia od razu regularna czynność serca, a mianowicie w jednym przypadku po 18 minutach i 40 sekundach mięsienia, w drugim zaś przypadku dopiero po jednej godzinie 8 minutach i 40 sekundach mięsienia. W trzech przypadkach wystąpiła regularna czynność serca po pewnym czasie nieregularnej czynności. Okres ten wynosił w jednem doświadczeniu 36 minut, w drugiem doświadczeniu 46 minut, a w trzeciem doświadczeniu 2 godziny, 3 minuty i 10 sekund.

Czas, jaki upłynął od chwili rozpoczęcia mięsienia serca aż do pojawienia się samoistnych ruchów oddechowych równał się *minimum* 17 sekundom, a *maximum* 1 godzinie i 18 minutom. W szczególności czas ten wynosił 17″,—30″ (2 razy), — 46″,— 50″,— 58″,— 1′,— 1′15″,— 1′40″,— 2′,— 3′ (4 razy), 4′ (3 razy), — 5′,— 5′8″,—6′55″—7′,— 8′ (2 razy), —11′,—12′ (2 razy), — 13′15″,—17′50″,—22′30″,—26′,—42′, — 1^h 18′, W dwóch przypadkach nie było wcale przerwy w samoistnem oddechaniu mimo porażenia serca, mięsienie bowiem rozpoczęto wcześnie, a mianowicie już po 25″ i po 40″ trwania porażenia serca. — W jednym przypadku oddech samoistny wcale nie powrócił pomimo dwugodzinnego mięsienia serca i sztucznego oddechania. W doświadczeniu tem upłynęła godzina od chwili porażenia serca aż do rozpoczęcia mięsienia.

Na 35 doświadczeń powiodło się wskrzeszenie tylko 5 razy t. j. w 14% przypadków.

W pierwszym przypadku wskrzeszenia rozpoczęto mięsienie serca i sztuczne oddechanie po 5′40″ od chwili porażenia serca prądem elektrycznym. Samoistny oddech powrócił po 22′30″, a samoistne ruchy serca pojawiły się po 1^h 8′40″, przybierając od razu cechę regularnej i energicznej czynności. Na szczególniejszą uwagę zasługuje ta okoliczność, że w krótkim czasie po powrocie samoistnego oddechania a dość długo, bo pół godziny przed samoistną czynnością serca, pojawiły się nietylko odruchy, lecz także ruchy dowolne łap tylnych, a później także przednich. — Pies żył po wskrzeszeniu przez $1^1/_2$ godziny, poczem został zabity.

W drugim przypadku upłynęło 19′58″ od porażenia serca do rozpoczęcia mięsienia serca i sztucznego oddechania. Samoistny oddech powrócił po 6′55″, pierwsze ślady ruchów serca pojawiły się po 1^h 36′, a regularna czynność serca wystąpiła dopiero po 2^h 12′ mięsienia. Również w tym przypadku odruchy i ruchy dowolne powróciły wcześniej, niż czynność serca, mianowicie o godzinę wcześniej. Psa zabito pół godziny po wskrzeszeniu.

W trzecim przypadku rozpoczęto mięsienie serca po upływie 25 sekund od porażenia serca. Samoistne oddechanie odbywało się bez przerwy. Po 18′10″ powróciła od razu regularna czynność serca. Zwierzę żyło po wskrzeszeniu przez trzy kwadranse, poczem zostało zabite.

W czwartym przypadku upłynęło od chwili porażenia serca do rozpoczęcia mięsienia i sztucznego oddechania 2′30″. Samoistny oddech powrócił już po 46 minutach, pierwsze ruchy samoistne serca pojawiły się po 16′50″, regularna zaś czynność serca dopiero po 2^h 20, mięsienia. Odruch rogówkowy i podeszwowy pojawił się dość wcześnie, a mianowicie już po 10 minutach samoistnego oddechania. Ruchy dowolne wystąpiły w 12 minut później. Pies żył godzinę, poczem zwierzę zabito.

W piątym przypadku rozpoczęto mięsienie serca i sztuczne oddechanie po upływie 8 minut od porażenia serca. W tym przypadku pojawiła się wcześniej regularna czynność serca (a mianowicie o 10 minut), niż samoistne oddechanie. Pierwsze ślady samoistnych ruchów serca wystąpiły po 22′ mięsienia, regularna zaś czynność serca dopiero po 1^h 8′ mięsienia. Samoistny oddech pojawił się po 1^h 18′ mięsienia serca i sztucznego oddechania. Pies żył przez 1^h 16′, poczem został zabity.

Na 30 przypadków, w których wskrzeszenie się nie powiodło, w jednym tylko przypadku nie pojawiły się ani samoistne ruchy serca, ani samoistne oddechy. W doświadczeniu tem wywołano porażenie serca przez zastósowanie prądu o napięciu 110 Volt na nienaruszoną klatkę piersiową, a mięsienie serca rozpoczęto dopiero w godzinę po porażeniu serca.

W 29 przypadkach, w których wskrzeszenie się nie powiodło wprawdzie z powodu, że samoistna regularna czynność serca nie powróciła, — pojawiły się jednak samoistne oddechy. I tak w 22 przypadkach powrócił samoistny oddech stosunkowo dość wcześnie, bo już po kilku minutach mięsienia serca i sztucznego oddechania. W 5 przypadkach zaczęło zwierzę samodzielnie oddechać po kilkunastu minutach stósowania metody wskrzeszania. W jednym przypadku

upłynęło 26 minut, w innym zaś 42 minut od rozpoczęcia mięsienia serca aż do pojawienia się samoistnych oddechów.

Dodać tu muszę, że w 4 przypadkach pojawiły się — oprócz samodzielnych ruchów oddechowych — odruchy oraz ruchy dowolne łapami pomimo tego, że regularna czynność serca nawet później wcale nie powróciła. W 4 przypadkach czas od chwili porażenia serca do rozpoczęcia mięsienia wynosił: 49″,—1′14″,—7′24″,—10′.

Z powyższych doświadczeń okazuje się, że serce, porażone prądem elektrycznym, nadzwyczaj trudno pobudzić do samoistnej regularnej czynności nawet pomimo wczesnego zastósowania mięsienia serca i sztucznego oddechania.

Otwarcie przyznać się muszę, że należytego wytłómaczenia tego faktu podać nie umiem. Przypuszczenie, że prąd elektryczny poraża ośrodek, mający się znajdować według Kroneckera i Schmeya w przegrodzie międzykomórkowej, a rządzący zbornością ruchów serca, nie wytrzymuje, zdaniem mojem, krytyki; trudno bowiem pojąć, dlaczegoby prąd, zaledwie wyczuwalny na języku, miał porażać pewną gromadę komórek nerwowych, ukrytych w przegrodzie serca, skoro powszechnie wiadomo, że tak słabe prądy z reguły nie sprowadzają porażenia, lecz przeciwnie działają pobudzająco na komórki nerwowe. Już prawdopodobniejsze wydawałoby się przypuszczenie, że pod wpływem nawet bardzo słabego prądu występuje tężec mięśnia sercowego i że właśnie ten tężec nie pozwala na pobudzenie regularnej samoistnej czynności serca. Zważywszy atoli, że pod wpływem prądu elektrycznego w chwili porażenia serca pojawiają się zawsze drgania włókienkowe, podobne do ruchów robaczkowych, a serce jest wiotkie, musimy i to tłómaczenie uznać za niedostateczne. Przeciwko przypuszczeniu, że porażenie serca przychodzi do skutku w drodze odruchowej, przemawia nietylko krótki czas ($^1/_{10}$ sekundy), jaki upływa od chwili zadziałania prądu na serce aż do chwili porażenia serca, lecz także ta okoliczność, że przecięcie nerwów błędnych i rdzenia przedłużonego nie przeszkadza porażeniu serca przez prąd elektryczny. Uwzględniając zarazem, że rozmaite czynniki mechaniczne, jak silne uciskanie, nakłówanie, zgniatanie, naciąganie lub skręcanie serca, nie sprowadzają z reguły porażenia serca, musimy przyznać, że należyte wytłómaczenie porażenia serca pod wpływem prądu elektrycznego napotyka na wielkie trudności. Trudności te tem więcej wzrosną, jeżeli nadmienię, że w niektórych przypadkach można stósować prąd różnej jakości i różnej siły w najrozmaitszy sposób i to nawet przez kilka minut bez przerwy na serce, a pomimo tego serce nie ulega porażeniu. Dodać muszę, że w badaniach swych zwracałem szczególniejszą uwagę na miejsce przyłożenia elektrod, lecz i w tym względzie nie stwierdziłem żadnej różnicy w zachowaniu się komórek, przegrody lub przedsionków. Wobec tych trudności pominąć muszę dalszy rozbiór pytania, czy prąd elektryczny poraża zwoje ruchowe serca, których istnieniu zresztą His i Romberg zaprzeczają, czy też bezpośrednio działa na mięsień sercowy.

Na tem miejscu ze szczególniejszym naciskiem uwydatnić muszę, że przeciwko pomysłowi, który podał prof. Sippel (Ein Beitrag zum Chloroformtod. — *Deutsche medic. Wochenschr.* Nr. 44, 1899), aby w przypadkach porażenia serca skutkiem chloroformu starać się o pobudzenie czynności serca zapomocą prądu elektrycznego, wystąpić należy z całą stanowczością; zastósowanie bowiem prądu elektrycznego na odsłonięte osierdzie lub wprost na serce za pośrednictwem delikatnej igiełki, wkłutej powierzchownie w mięsień sercowy, jak to radzi Sippel, byłoby niemal najpewniejszym sposobem ostatecznego porażenia serca. Na podstawie wyniku mych badań muszę jak najusilniej odradzać od tego sposobu ratowania ludzi, u których serce z jakiegokolwiek powodu bić przestało. Jakkolwiek znane mi są doświadczenia Bowditcha i innych na sercu żaby, oraz doświadczenia Ziemssena wykonane na sercu Katarzyny Serafin, u której można było przy pomocy odpowiednich zmian w kierunku prądu zmieniać dowolnie rytm czynności serca, to jednak nigdybym się nie odważył u człowieka na zastósowanie choćby najsłabszego prądu za pośrednictwem elektrody, wkłutej w mięsień sercowy lub wprost na odsłonięte serce. Co więcej, muszę również ostrzedz przed stósowaniem silnych prądów u ludzi nawet na nienaruszoną klatkę piersiową w okolicy serca, albowiem, jak to z doświadczeń moich wynika, prąd elektryczny o silnem napięciu (100—110 Volt), przepuszczony nawet przez nienaruszoną klatkę piersiową u psa z reguły poraża serce, podczas gdy tego rodzaju prąd, zastosowany w innych okolicach ciała, ba nawet na odsłonięty mózg lub rdzeń pacierzowy, nie sprowadza zwykle śmierci zwierzęcia. Gdy jeden biegun przyłożyłem na odsłonięty mózg psa, a drugi biegun na odsłonięty rdzeń pacierzowy w części lędźwiowej, również nie ginęło zwykle zwierzę mimo napięcia prądu do 110 Volt, lecz dostawało tylko napadu padaczkowego. Wobec tych doświadczeń zdaje się nie ulegać wątpliwości, że śmierć ludzi, ginących od pioruna lub od prądu elektrycznego, pochodzącego z dynamomaszyny, wynika z porażenia serca prądem elektrycznym.

Jakkolwiek doświadczenia moje wskazały na znaczną trudność w przywróceniu regularnej czynności serca w przypadkach porażenia serca prądem elektrycznym, to jednak przez wzgląd nawet na ten szczupły odsetek dodatnich wyników wskrzeszenia ośmielam się wypowiedzieć zdanie, że zwierzęta, zabite prądem elektrycznym, można przyprowadzić do życia za pomocą mięsienia serca i sztucznego oddechania.

Rzućmy teraz okiem na ogólny wynik mych badań i porównajmy je przedewszystkiem z doświadczeniami Boehma.

W pierwszym rzędzie widzimy ważną różnicę w sposobie mięsienia serca. Podczas gdy Boehm usiłował mięsić serce przez miarowe uciskanie nienaruszonej, a podatnej klatki piersiowej, sposób mój polega na bezpośredniem uciskaniu palcami serca odsłoniętego, wobec czego warunek, wymagany przez Boehma, aby klatka piersiowa była podatną, nie wchodzi tu wcale w rachubę.

Powtóre dzięki właśnie temu nowemu sposobowi możemy pokusić się o wskrzeszenie nawet w tych przypadkach, w których od chwili śmierci osobnika upłynęła pełna godzina; natomiast Boehm rozpoczynać musiał mięsienie serca albo natychmiast po ustaniu ruchów serca, znaczących się na kimografie, a najpóźniej w $1^1/_2$ minuty w przypadkach uduszenia, — w 3 lub w 4 minuty w przypadkach zatrucia solami potasowemi, a w 3 do 9 minut w przypadkach zatrucia chloroformem.

Po trzecie widzimy znaczną różnicę w określeniu czasu, w którym pobudliwość serca ma wygasać. I tak Boehm twierdzi, że serce, którego ruchy ustały skutkiem uduszenia t. j. z braku tlenu, traci nadzwyczaj szybko swą pobudliwość i to o wiele szybciej, niż w tych rodzajach śmierci, w których brak tlenu nie jest tak znaczny, jak w uduszeniu. Moje badania atoli wykazały, że pomimo jednogodzinnego trwania śmierci, czy to z uduszenia, czy też z otrucia chloroformem, pobudliwość serca jest jeszcze do tego stopnia zazwyczaj zachowaną, że po zastósowaniu mojego sposobu wskrzeszania regularna i energiczna czynność serca może powrócić.

Po czwarte badania moje dowodzą, że układ nerwowy ośrodkowy może jeszcze odzyskać swą pobudliwość nawet w tych przypadkach, w których śmierć trwała już przez godzinę, a w których po upływie tej godziny mimo następowego sztucznego wzniecenia krążenia i oddechania nie objawiał się żaden ślad czynności przez dalszą drugą, ba nawet trzecią godzinę.

Po piąte uwydatnić muszę, że co się tyczy objawów, wśród których życie na nowo budzić się zaczyna, wyniki mych badań potwierdzają w zupełności spostrzeżenia Boehma. Doświadczenia moje wykazały bowiem, że parcie krwi, tętno, oddechanie, źrenice, odruchy, ruchy dowolne, czucie, czynność zmysłów oraz ciepłota ciała zachowują się po wskrzeszeniu zwierzęcia w ogólności w ten sposób, jak to Boehm w swej pracy podał. Nadmienić atoli muszę, że porządek, w jakim poszczególne czynności ustroju po wskrzeszeniu powracają, nie zawsze jest odwróceniem tego porządku, w którym czynności te w okresie zbliżającej się śmierci wygasały. I tak w niektórych przypadkach, w których serce było istotnie *ultimum moriens,* powracał najprzód samoistny oddech, a nie czynność serca, i na odwrót. W tym więc względzie nie godzę się z zapatrywaniem Boehma.

Zapytajmy się teraz, czy wyniki mych badań, oparte na setce doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, mogą znaleść zastósowanie w praktyce lekarskiej, — innemi słowy, czy możemy się pokusić o wskrzeszenie zmarłego z uduszenia, otrucia chloroformem lub rażenia prądem elektrycznym?

Nie mam najmniejszej wątpliwości, że zastósowanie mojego sposobu wskrzeszania wśród korzystnych warunków nawet u ludzi musi dać pomyślny wynik.

Zdanie to dziś o tyle śmielej wypowiadam, o ile już na podstawie własnego doświadczenia stwierdzić mogłem, że u człowieka w przypadku uduszenia nie wygasa pobudliwość serca natychmiast z chwilą śmierci osobnika, lecz przeciwnie serce jest jeszcze w dwie godziny po śmierci człowieka pobudliwe.

Przypadek ten dotyczy mężczyzny 48 letniego, który dnia 19 stycznia 1900 odebrał sobie życie przez powieszenie się w piwnicy gmachu uniwersyteckiego. Denat, nazwiskiem Błażej Haliniak, był woźnym uniwersytetu lwowskiego. Według zeznań jego żony, Haliniak nosił się od dłuższego czasu z zamiarem odebrania sobie życia z obawy, że z powodu nałogowego pijaństwa utraci swą posadę. Gdy w dniu wymienionym o godzinie 4-tej po południu znaleziono denata, wiszącego w piwnicy, nie stwierdzono u niego już życia. Zawezwani lekarze stacyi ratunkowej stósowali przez dłuższy czas wszelkie znane sposoby ratowania — z wynikiem atoli ujemnym. W godzinę później dowiedziawszy się o tym wypadku udałem się do gmachu uniwersyteckiego, a uzyskawszy od żony denata pozwolenie na otwarcie tchawicy i na odsłonięcie serca celem zastósowania mięsienia serca i sztucznego oddechania, zawezwałem Doc. Dra Wehra, który przy pomocy Doc. Dra Gabryszewskiego otworzył najprzód tchawicę, a następnie dokonał otwarcia klatki piersiowej bez naruszenia worków opłucnowych według swego własnego sposobu. Przekonawszy się, że odsłonięte serce nie okazuje najlżejszych nawet śladów jakichkolwiek ruchów, ująłem serce w rękę i rozpocząłem mięsienie serca, podczas gdy równocześnie zaczęto wtłaczać powietrze do płuc zapomocą mieszka. Po 15 minutach mięsienia serca zauważyłem pierwsze ślady samoistnego miarowego kurczenia się przedsionków. Skurcz odbywał się pod postacią fali, przebiegającej od granicy przedsionkowo-komórkowej w kierunku uszka serca. Jeżeli mięsienie serca wstrzymałem na kilka minut, to skurcze przedsionków słabły stopniowo, a wreszcie zupełnie ustawały, za ponownem jednak uciśnieniem serca palcami pojawiały się pod postacią wspomnianej fali. Gdy jednak wśród dalszego mięsienia — pomimo wstrzyknięcia fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do żyły, przebiegającej na zewnętrznej stronie ramienia, — skurcze przedsionków nie tylko nie potęgowały się, lecz przeciwnie stopniowo słabły, i gdy przekonałem się, że z powodu zbyt małej pojemności mieszka oraz z powodu nieodpowiedniej rurki, wprowadzonej do tchawicy, należyte wzniecenie sztucznego oddechania jest niemożliwe, odstąpiłem od dalszej czynności ratunkowej.

Spostrzeżenie, że serce ludzkie w przypadku śmierci z uduszenia było jeszcze w dwie godziny po śmierci osobnika pobudliwe, jest, zdaniem mojem, niezwykłej doniosłości. Spostrzeżenie to wskazuje, że myśl moja wskrzeszania zmarłych może się urzeczywistnić. Skoro bowiem w przypadku uduszenia serce ludzkie nie straciło zupełnie swej pobudliwości nawet w dwie godziny po śmierci osobnika, twierdzić mogę, że w pierwszej godzinie po śmierci osobnika pobudliwość serca była jeszcze do tego stopnia zachowaną, iż pod wpływem mięsienia serca powróciłyby nie tylko przedsionki, lecz także komórki do regularnej czynności — podobnie, jak to doświadczenia na zwierzętach wykazały.

Uwzględniając wyniki mych badań, wypowiadam śmiało to zdanie, że w nagłych przypadkach śmierci u ludzi z uduszenia lub rażenia prądem elektrycznym, a zwłaszcza z otrucia chloroformem, należy po wyczerpaniu wszelkich dotychczas znanych sposobów ratunku przystąpić do zastósowania mojego sposobu wskrzeszania. Mam tę niepłonną nadzieję, że w niejednym przypadku śmierci nagłej, a przedewszystkiem w przypadkach śmierci z chloroformu wśród operacyi, — w tychto przypadkach bowiem operator może dość wcześnie przystąpić do otwarcia klatki piersiowej i zastósować mięsienie serca, — sposób mój okaże się skutecznym. —

V. Wyciągi.

E. Schultze. **O równoważnikach padaczkowych.** (*Epileptische Aequivalente*). (*Münch. med. Wochft.* N. 13 i 14. 1900). Nawiązując do przypadku sądowego, w którym epileptyk w czasie napadu popełniał kradzieże, podczas służby wojskowej zaś kilkakrotnie z szeregów uciekał, zestawia S. rozmaite objawy padaczki, z których jedne odznaczały się podczas napadów całkowitą świadomością, inne połączone były z zupełną niepamięcią (amnezyą). Przytacza również przypadek Thomsona, w którym chory bezpośrednio przed napadem przypominał sobie nagle jakieś małoznaczące zdarzenia z lat dziecięcych, tracił zaś pamięć wypadków najświeższych. Wreszcie podkreśla autor porywy samobójcze, utratę woli, omamy słuchowe i wzrokowe, zniezczulenia, porażenia mięśni — jako dalsze objawy, obok dziedziczności zaś i urazu, choroby zakaźne (szczególniej w młodym wieku), — jako najważniejszych przyczyn padaczki.
Dr. St. B. Kwiatkowski.

F. Schenk i G. Zaufal. **Badania bakteryologiczne rąk, wyjaławianych drogą mechaniczno-chemiczną.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 15. 1900). Wobec niedostateczności chemicznego wyjaławiania rąk coraz większe znaczenie przybiera mechaniczne oczyszczanie. Z myślą tą wystąpili najpierw Schleich i Sänger. Oczyszczanie rąk tylko mechaniczne mydłem Schleicha daje wyniki ujemne. Przez oczyszczanie zaś mechaniczne czy to mydłem Schleicha, czy Sängera z następowem odkażeniem chemicznem (1‰ ciepły roztwór sublimatu 3—5 minut) uzyskano w 80% zupełnie jałowe ręce. Mydło Sängera, jako mniej złożone i tańsze, a osiągające cel w tym samym stopniu, co mydło Schleicha, zasługuje na pierwszeństwo.
Doc. M. Rutkowski.

Prof. Hoffa. **Leczenie stopy koślawej** (*pes valgus*). (*Münch. med. Woch.* Nr. 15, 1900). Stopa koślawa sprowadza wybitne zmiany w mięśniach, utrzymujących w granicach prawidłowych wysklepienie stopy. Najwięcej to dotyczy mięśnia goleniowego tylnego (*m. tibialis posticus*), który nie tylko jest znacznie słabszy, ale ulega jeszcze rozciągnięciu, o ile bowiem sklepienie stopy się zapada, o tyle mięsień ten musi się przedłużyć. Stosownie do tego zastosował H. leczenie, polegające na skróceniu tego mięśnia, względnie jego ścięgna (cięcie pod kostką wewnętrzną) z doskonałym wynikiem. Nowy ten sposób stanowi wielki postęp, skraca bowiem znacznie czas leczenia.
Doc. M. Rutkowski.

C. Lauenstein. **W sprawie katgutu** (*Münch. med. Woch.* Nr. 15. 1900). W ciągu ostatnich lat 20 uzyskano cały szereg zupełnie pewnych sposobów wyjaławiania katgutu. Zakażenie wyjałowionego katgutu jest zakażeniem następowem, powstającem już to przed operacyą (ręce, powietrze), już też w ciele operowanego (skóra, błona śluzowa). Obok najdokładniejszej aseptyki należy katgut napoić środkiem przeciwgnilnym. Możność wyjałowienia katgutu wraz z nieocenioną własnością wessalności czynią go znakomitym materyałem do podwiązek i szwów. Wadą katgutu jest pęcznienie w żywych tkankach i własności, czyniące go dobrą pożywką dla drobnoustrojów.
Doc. M. Rutkowski.

Fr. Lange. **Okostnowe przeszczepianie ścięgien w porażeniach.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 15, 1900). W celu zastąpienia mięśnia porażonego mięśniem zdrowym przyszywano ścięgno mięśnia zdrowego do porażonego; w ten sposób wytwarzano niejako nowy mięsień, składający się w części dośrodkowej z mięśnia prawidłowego, w części zaś obwodowej ze ścięgna mniej lub więcej przez porażenie zmienionego. Stanowi to wielką wadę dotychczasowego postępowania. L. przyszywa ścięgno mięśnia zdrowego, mającego zastąpić czynność mięśnia porażonego, wprost do okostnej. W niektórych przypadkach krótkość ścięgna stanowi przeszkodę w osiągnięciu tego celu. W tych razach stwarza L. sztuczne ścięgno z nitek jedwabnych, około których wytwarza się następowo torebka ze zbitej tkanki łącznej. Wyniki osiągnięte przez L. są bardzo korzystne.
Doc. M. Rutkowski.

Prof. Bruno. **Rany postrzałowe wedle najnowszych doświadczeń wojennych.** (*Münch. med. Wochft.* Nr. 15, 1900). Bruno stwierdza zupełną zgodność swych zapatrywań, uzyskanych drogą doświadczalną jeszcze w r. 1889, z doniesieniami chirurgów, biorących udział w walce południowo-afrykańskiej, o działaniu ręcznej broni palnej o małym kalibrze. Pociski tej broni, opatrzone płaszczem, okazują w znacznie niższym stopniu działanie rozsadzające, wskutek czego światło wlotu, wylotu, jak i kanału postrzałowego jest nadzwyczaj małe, rany przeto przedstawiają raczej typ zranień podskórnych. Rany klatki piersiowej ze zranieniem płuc przebiegają bardzo szczęśliwie, prawie bez objawów. Rany brzucha mniej często będą wymagały pomocy chirurgicznej; nawet w stwierdzonych (?) przypadkach przebicia jelita (krew w stolcu) nastąpiło wygojenie bez groźniejszych powikłań.
Doc. M. Rutkowski.

A. Elzholz. **O związku pomiędzy psychozą Korsakoffa, a *Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior*.** (*Wien. klin. Woch.* Nr. 15. 1900). Korsakoff podał osobliwą formę zaburzeń psychicznych, wikłających rozsiane zapalenie nerwów (*polyneuritis*) i nazwał ją *psychosis polyneuritica*, lub *cerebropathia psychica toxaemica*; tego ostatniego miana użył dla zaznaczenia, iż zarówno objawy mózgowe, jakoteż objawy ze strony nerwów obwodowych należy odnieść do działania substancyi trujących. Z objawów tych znamiennymi dla psychozy Korsakoffa są: utrata pamięci, zwłaszcza zdarzeń najświeższych, ostra niepamięć (*amnesia*) nagle występująca, brak oryentowania się co do miejsca, czasu i osób. Przyczyną tego cierpienia jest najczęściej zatrucie wyskokiem. W roku 1881 zaś podał Wernicke obraz anatomo-patologiczny i objawy kliniczne cierpienia pod nazwą *polioencephalitis acuta haemorrhagica superior*. Cierpienie to ma polegać na ostrej sprawie zapalnej, której towarzyszą nader liczne drobne wybroczyny na dnie komory czwartej, wodociągu Sylwiusza, w komorze trzeciej, w jądrach nerwów mięśni ocznych. Przeważnym objawem jest tu porażenie mięśni ocznych, szybko się pojawiające i szybko postępujące, a prowadzące do rychłego porażenia wszystkich mięśni ocznych, z wyjątkiem zwieracza tęczówki i m. unoszącego powiekę. W dalszym ciągu pojawiał się bezład, śpiączka, a w 10—14 dni śmierć. Spostrzegano jednak przypadki, w których przebieg był znacznie powolniejszy — w których zajęte były mięśnie tylko jednego oka, a natomiast występowały zaburzenia w mowie, utrudnienia w połykaniu itp. Suckling i Murawieff podają przypadki, które zakończyły się wyzdrowieniem. W przeważnej liczbie spostrzeganych przypadków, przebiegających przewlekle, a kończących się bądź to śmiercią, bądź wyzdrowieniem, zauważono połączenie *polioencephalitis* Wernickego z psychozą Korsakoffa. Na podstawie częstości łączenia się obu tych cierpień ze sobą i na podstawie tych samych czynników przyczynowych (alkohol), wnosi autor, iż oba te cierpienia są tylko różnymi objawami jednej i tej samej sprawy chorobowej, w której raz występują na plan pierwszy zaburzenia ze strony *psyche* — to znów przeważają objawy fizyczne, znamionujące *polioencephalitis* Wernickego.
Dr. J. B.

A. Hesselbach: **Torbiel jajnikowy, jako przeszkoda porodowa, wydalony przez kolpotomię tylną.** (*Deutsche med. Woch.* 1900, Nr. 15). Postępowanie przy torbielach, uwięzłych w miednicy małej podczas porodu, jest nieustalonem i większość autorów jest przeciwną wyłuszczeniu tych torbieli drogą pochwy podczas porodu. Autor miał sposobność operować podobny przypadek z zupełnie dobrym wynikiem i na tej podstawie zaleca właśnie takie postępowanie. Przypadek ten dotyczy wieloródki, która w 36 godzin po rozpoczęciu się bólów porodowych, a w 12 po pęknięciu pęcherza płodowego dostała się do kliniki autora. Badanie wykazało położenie podłużne główkowe, ustalone, i w zatoce Douglasa uwięzły torbiel jajnikowy, stanowiący bezwzględną przeszkodę porodową. Wobec tego stanu przeciął autor tylne sklepienie, całą ręką wszedł do jamy otrzewnowej, przekonał się, że torbiel jest zupełnie wolny i posiada długą szypulę, opróżnił torbiel przez nakłucie, ściągnął jego ściany do pochwy: poród ukończył kleszczami. Po porodzie podwiązał szypułę i ściany torbiela odciął, — ranę po przecięciu sklepienia zeszył. Przebieg połogu zupełnie prawidłowy. Przez to postępowanie uniknął autor długotrwałego ropienia, jakieby musiało nastąpić, gdyby był torbiel tylko naciął, a ściany jego zeszył z raną w sklepieniu.
St. D.

P. Jacob: **Przyczynek do ortopedyi chorób układu nerwowego środkowego.** (*Berl. klin. Wochft.* 1900, Nr. 15). Z postępem ortopedyi objawia się obecnie dążność nieopuszczania rąk nawet przy chorobach układu nerwowego środkowego, wobec których dotychczas staliśmy bezczynnie. Na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie, przedstawił J. chorą z zanikiem obu podudzi i przedramion (*Atrophia man. et ped. juvenilis*), która od lat 13 pełzać mogła tylko na czworakach. Ponieważ mięśnie ud były zupełnie prawidłowe, nasuwała się myśl odjęcia podudzi i założenia szczudeł; że jednak chora miała torbiaki przedrzepkowe (*hygromata praepatellaria*), amputacyi nie wykonano, tylko zbudowano przyrząd, który opierając się na miednicy i udach, strzemiączkowato obejmując podudzia, pozwolił chorej utrzymać się na nogach. Równocześnie dostosowano do przedramion odpowiednie laski, do których poduszeczkowatych rękojeści przymocowywano rzemykami ręce. Początkowo przy pomocy stołka do chodzenia, potem tych lasek, a wreszcie bez nich nauczyła się chora chodzić.

Wogóle objawia się obecnie powszechnie dążność do leczenia mechanicznego i ortopedycznego pojedynczych nawet mięśni, których czynność albo wspiera się, albo zastępuje odpowiednim przyrządem.
Dr. St. B. Kwiatkowski.

G. Koevesi i W. Róth-Schulz: **Zaburzenia w sprawności wydzielniczej chorobowo zajętych nerek.** (*Berl. klin. Wochft.* 1900, Nr. 15). A. Koranyi oznaczając punkt zamarzania poszczególnych moczów, śledził zmiany w czynności odpowiednich nerek. Za pomocą tego samego sposobu postanowili K. i R.-S. badać nerki chorobowo zajęte co do zdolności wydzielania silnie rozcieńczonych moczów. Podając w oznaczonym czasie pewną ilość wody (Salvator) rozmaitym chorym, mierzyli co ½ godz. ilość moczu i oznaczali stopień marzliwości. W ten sposób doszli do wniosku, że: 1. w zapaleniach miąższowych siła wydzielnicza nerek jest zmniejszona; 2. w zapaleniach międzymiąższowych jest zwykle mało, czasem zupełnie nienaruszona; 3. że podobnie zwykle utrzymaną jest w wyrównanych wadach serca; 4. a w niewyrównanych odpowiada postaci przejściowej między zapaleniem miąższowem a marskością nerek.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Prof. Neumann. **W sprawie przeszczepienia gruźlicy przez rytualne obrzezanie** (*Wiener med. Presse.* Nr. 13. 1900). Powszechnie są znane przypadki przeszczepienia kiły, róży, błonicy podczas rytualnego obrzezania, wykonanego przez nieumiejętnych operatorów. Niedostateczna czystość rąk, nieodkażanie odpowiednich narzędzi, nadewszystko zaś sposób tamowania krwi z powstałej na napletku rany przez wysysanie ustami — oto są źródła zakażenia. Autor opisuje 4 przypadki w ten sposób zaszczepionej gruźlicy u noworodków, z których dwa z zejściem niepomyślnem. Następowe badanie plwocin dotyczącego operatora wykazało dosadnie gruźlicę, a względnie prątki gruźlicze.

Dr. Henryk Pisek.

Goldmann. **Sirolina jako lek i jako środek zapobiegawczy w schorzeniach narządu oddechowego.** (*Wiener med. Presse* Nr. 13 i 14. 1900). Na podstawie 24 przypadków (19 dzieci, 5 dorosłych) przewlekłego nieżytu oskrzelowego przyrody gruźliczej, leczonych siroliną z wynikiem pomyślnym, zachwala autor środek ten jako pierwszorzędny lek w chorobach narządu oddechowego pochodzenia gruźliczego — a to tem bardziej, ponieważ nie sprowadza żadnych ubocznych działań, ani ze strony przewodu pokarmowego, ani układu nerwowego. Dzieciom podaje się 3 łyżeczki siroliny dziennie w mleku lub kawie, zaś dorosłym stosunkowo więcej w winie lub bez dodatków.

Dr. Henryk Pisek.

Politzer: **Zapobieganie krzywicy.** (*Wiener med. Presse* 1900, Nr. 15). Ogólnie rozpowszechnione mniemanie, jakoby krzywica nawiedzała dzieci jedynie dzieci klas biedniejszych, nie odpowiada rzeczywistości, ponieważ niejednokrotnie spotyka się tę chorobę i wśród warstw zamożniejszych. Objawy bowiem chorobowe, występujące u dzieci w 5—6-tym miesiącu życia, odnoszone zwykle do „ząbkowania", okazują się po dokładnem badaniu i w dalszym przebiegu jako krzywicze. Jeśli się dalej zważy, że choroba ta w początkowym swym okresie przedstawia bardzo wdzięczne pole dla zabiegów leczniczych, a z drugiej znów strony, jakie spustoszenie sprawia zupełnie nie leczona — łatwo wówczas pojąć, jak doniosłe ma znaczenie wczesne rozpoznanie krzywicy. Do najwcześniejszych objawów krzywicy należą przedewszystkiem pergaminowate tyłogłowie (*craniotabes*), kwadratowy kształt i opóźnione zamknięcie się ciemiączek w ogólności, a czołowego w szczególności, lub też jego powolne wprawdzie, ale systematyczne powiększanie się; z tego ostatniego objawu prawie na pewno można rozpoznać już istniejącą lub dopiero rozwijającą się krzywicę; dodając do tego nocne poty głowy, jej częste wahadłowe ruchy, ogólny niepokój, wówczas już rozpoznanie nie ulega wątpliwości. Do późniejszych zaś objawów należą zmiany w kośćcu klatki piersiowej i występująca czasami bolesność przy dotykaniu kości; opóźnione ząbkowanie jest w każdym razie podejrzane. Ponieważ, według autora, najgłówniejszemi przyczynami krzywicy bywa zepsute powietrze i wilgoć mieszkań (niedostateczne odżywienie lub zaburzenia żołądkowo-jelitowe już w mniejszym stopniu), nasuwa się jasny wniosek, że dostarczenie dzieciom czystego i świeżego powietrza, a w dalszym rzędzie uregulowanie dyety dadzą świetne wyniki, co też statystyka istotnie stwierdziła; z leków zaś aptecznych zaleca autor usilnie przetwory fosforu tak w przypadkach przypuszczanej, jak i zupełnie rozwiniętej krzywicy.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. W. Jaworski. **Aquae minerales-aquae medicinales.** (*Pamiętnik wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego*, 1900). Autor wykazuje, iż wody mineralne nie są najważniejszym czynnikiem leczniczym w zdrojowiskach, lecz tylko pomocniczym dla innych, jak dyeta, kąpiele, zmiana trybu życia, warunków klimatycznych i t. p. W leczeniu zaś domowem wody mineralne nie osiągają wcale wpływu, gdy n. p. nie zastosuje się odpowiedniej dyety. Dalej podnosi autor, iż wody mineralne są to *medicamenta cruda*, jak zarzucone *pulv. cort chinae*, lub *Jaborandi* t. j. przypadkowe mięszaniny różnych soli, zawierające często składniki uboczne, które osłabiają działanie składników ważniejszych n. p. węglanu sodu w wodach alkalicznych lub siarkanu sodowego w wodach glauberskich; niekiedy nawet zawierają wody mineralne składniki, wprost zdrowiu szkodliwe, jak węglan barowy, amonowy, kwas krzemowy, fluorek wapniu, fosforan glinowy. Te ostatnie znajdują się w ilości niewielkiej, lecz szkodliwość ich przez picie wód przez całe miesiące może ujawnić się przez sumowanie. W innych znów wodach mineralnych ilość składników działających nie jest dostateczną, aby ich działanie wystąpić rzeczywiście mogło. Wobec tych danych muszą sztuczne wody lecznicze przewyższać działanie wód mineralnych, gdyż nie zawierają składników przypadkowych lub szkodliwych, a będąc chemicznie czystymi rozczynami jednej lub kilku soli o tem samem działaniu farmakodynamicznem, łatwiej mogą wywrzeć wpływ leczniczy. Wody lecznicze należy jeszcze opracować ze względu na wskazania lecznicze w kierunku technicznym, farmakologicznym i klinicznym, przyczem autor radzi uwzględnić następujące szczegóły: *a*) Wody lecznicze muszą być wyrabiane na wodzie przekroplonej i zawierać czysto sole w rozczynie. *b*) Stosownie do wskazań należy je nasycać mniejszą lub większą ilością czystego CO_2 i po przygotowaniu należy naczynia pozostawić przez kilkanaście dni w spokoju, aby składniki na siebie działać mogły. *c*) Stopnie zgęszczenia i dawki należy miarkować według skutku, jaki w ustroju chcemy wywołać. *d*) Należałoby przeto pogłębić dotychczasowe badania rozczynów pojedynczych, jak i soli w rozmaitych zgęszczeniach pod względem działania na błonę śluzową przewodu pokarmowego, na narząd moczowy, przemianę materyi, krew i t. p. *e*) Według powyższych wskazówek utworzone rozczyny należy oddać do użytku klinicznego, który z biegiem czasu może wykazać potrzebę dalszych zmian w składzie wód leczniczych.

Jednocześnie wypowiada autor przekonanie, iż płonną jest obawa, aby wody lecznicze zastąpić mogły zdrojowiska, gdyż one nie stoją obecnie wodą mineralną, lecz metodami leczniczemi, które dla każdego zdrojowiska wyrobiły się z biegiem czasu. Następnie opisuje autor skład wszystkich wód leczniczych, dotąd wyrabianych za granicą i u nas, a z tych ostatnich wód, wyrabianych na polecenie Tow. lek. krak. w fabryce Rzący i Chmurskiego w Krakowie, jak wody bromowej, jodowej, litowej, żelazistej, kwaśnej, higienicznej. Na samym zaś końcu podaje autor trzy wody lecznicze własnego przepisu, alkaliczną, ziemną i magnową, których skład i szczegółowe zastosowanie lecznicze czytelnik znajdzie podane w oryginale.

Dr. Latkowski.

J. Babiński. **Niezborność ruchów pochodzenia móżdżkowego** „(*asynergie cérébelleuse*)". (Odbitka z *Revue neurologique*, 9. IX. 1899). Autor opisuje przypadek, w którym obok porażeń w zakresie nerwu twarzowego, dróg piramidalnych, objawów porażenia opuszkowego i zmian w czuciu, zależnych od zajęcia środkowych dróg czuciowych, występowały zaburzenia, zależne od zmian w móżdżku, jak: drżenie, kończyn i głowy, utrata zdolności zachowania równowagi, zaburzenia ruchowe przy zachowanej sile mięśniowej i świadomości położenia członków, mowa skandowana, oczu drżenie (nystagmus). Obok tych objawów zauważył autor zaburzenia ruchowe, dotąd przez nikogo nie opisane, a mianowicie: znamienną postawę chorego podczas chodu, mianowicie górna część ciała nie podążała za kończynami dolnemi, lecz cały tułów pozostawał w tyle i chory tracił równowagę. Przy przechylaniu głowy i tułowia ku tyłowi kończyny dolne pozostawały nieruchome i nie uginały się jak w warunkach prawidłowych, wskutek czego chory zawsze upaść musiał przy przegięciu się ku tyłowi. Przy usiłowaniu siadania w łóżku chory krzyżował ręce na piersiach, uda zginał ku miednicy, pięty zaś unosił na 50 cm. powyżej posłania. W końcu przy ruchach określonych, wykonywanych w pewnym celu n. p. wskazania jakiegoś punktu palcem u nogi, udo wykonywało prawidłowe zgięcie, podudzie zaś przy końcu wyprostowania wykonywało ten ruch nieprawidłowo szybko i nagle. Autor te zaburzenia w skojarzeniu ruchów nazywa niezbornością ruchów pochodzenia móżdżkowego, ponieważ siła mięśniowa w zakresie tych mięśni była utrzymana, a tylko zaburzenie w kojarzeniu ruchów tułowia i kończyn dolnych nie pozwoliło choremu się poruszać.

Na podstawie tych objawów niezborności autor rozpoznał w dalszym swoim przypadku nowotwór móżdżku, co badanie pośmiertne stwierdziło.

Dr. Latkowski.

Doc. L. Switalski. **Laparotomia w gruźliczem zapaleniu otrzewnej.** (*Pam. wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego*). Autor opisuje 11 przypadków zapalenia gruźliczego otrzewnej, leczonych przez laparotomię. W żadnym przypadku nie było wybitniejszych zmian w płucach, w pięciu przypadkach były zmiany gruźlicze w trąbkach. Wyniki leczenia były korzystne; działanie lecznicze laparotomii tłómaczy autor zadrażnieniem otrzewnej tak przez powietrze, jak i przez sam zabieg operacyjny.

Dr. Latkowski.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 27 kwietnia 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, obecnych członków 58.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Ziembicki referuje o jednym przypadku samobójstwa w którym interweniował chirurgicznie. Przypadek dotyczy młodego człowieka (urzędnika szpitala), który targnął się na swe życie, zadawszy sobie ranę kulą rewolwerową w okolicę serca. Przeniesiony natychmiast na oddział chirurgiczny, gdy stan był całkiem beznadziejnym, został w parę godzin po zamachu operowanym. Kol Ziembicki w krótkich słowach opisuje *status praesens*, tok swego rozumowania, tak co do uszkodzenia organów, jak i co do lokalizacyi pocisku, jakoteż stosunki, znalezione w czasie operacyi. Rezultatem zabiegu było to, że chorego przez założenie tamponów i ucisku w okolicy wnęki płuca udało się do dnia następnego utrzymać przy życiu, a zarazem i to spostrzeżenie, że resekcya tylko jednego żebra dała dostateczny dostęp do worka sercowego i wnęki płuca. Rzecz cała będzie przedstawioną na zjeździe przyrodników w Krakowie i ogłoszona drukiem. Sekcyę na zwłokach denata wykonał kol. Sieradzki w obecności Dra Obtułowicza i Dra Lachowicza, a obecnie przedstawia preparaty z niej otrzymane.

Dyskusya: Kol. Prus. podniósłszy, że cięcie i zabieg kol. Ziembickiego były dostateczne, gdyż uzyskał to, co zamierzał tj. otwarcie worka i tamponadę i zaznaczywszy, że tu już sam krwotok jako taki działał szkodliwie, referuje jeden przypadek, w którym na powieszonym (*suicidium*) w dwie do czterech godzin po śmierci, w obecności kolegów Wehra i Gabryszewskiego otwarłszy worek osierdziowy dokonał mięsienia serca. Serce poprzednio nie okazujące żadnych ruchow, po piętnasto-minutowem mięsieniu zaczęło okazywać ruchy samoistne, a mianowicie przedsionki poczęły bić rytmicznie. Denata jednak nieudało się jnż przywołać do życia. Jako ważny moment tego ujemnego rezultatu przytacza kol. Prus niedostateczne wskutek braku odpowiednich przyrządów (mieszek za mały) sztuczne oddechanie. Zarazem dzieli się kol. Prus z członkami wiadomością, że obecnie w doświadczeniach doszedł do tej perfekcyi, iż po pełnej godzinie jest w stanie każdego, w znany sposób pozbawionego życia psa wskrzesić i że pomaga sobie do tego przez wprowadzenie do tętnic w kierunku dośrodkowym słabego roztczynu soli kuchennej z dodatkiem cukrzanu sodowego.

Kol. Rydygier broni swego większego cięcia, jako dającego lepszy dostęp, a zwracając się do kol. Prusa protestuje przeciwko słowu śmierć rzeczywista i wskrzeszanie.

Kol. Wehr jest zdania, że w danym wypadku resekcya jednego żebra najzupełniej wystarczała, gdyż tu chodziło o tamowanie krwotoku, a nie o szycie mięśnia sercowego, zarazem kol. Wehr jest zadowolony, że kol. Z. użył jego cięcia skórnego.

Kol. Obtułowicz opisuje 2 analogiczne przypadki z własnej praktyki sądowo-lekarskiej; w przypadku pierwszym, skutkiem postrzału szrutem grubego kalibru, 18-letnia dziewczyna, ugodzona w lewą połowę klatki piersiowej, — żyła jeszcze kilkanaście godzin, chociaż został strzaskanym, a następnie na oddziale chirurgicznym kol. Ziembickiego resekowanym cały szereg żeber i chociaż okazał się zmiażdżonym cały dolny odcinek serca bez otwarcia jednak komórek (dowód wytrwałości i energii tak ciężko uszkodzonego mięśnia sercowego); — w drugim natomiast przypadku wystarczyło już przeszycie płuca lewego, całkiem wolnego, do opłucnej żebrowej nigdzie nie przyrośniętego, przez 1 ziarno szrutu, aby u 20-letniego, dobrze zbudowanego młodzieńca przez następowe nagromadzenie się krwi i powietrza w jamie opłucnowej sprowadzić zejście śmiertelne w ciągu dni dwóch. Zazwyczaj rany postrzałowe klatki piersiowej z przeszyciem płuc goją się łatwo i prędko, jeżeli płuca są skutkiem dawniej przebytych spraw zapalnych przyrośnięte do opłucnej żebrowej, a kol. O. widział w swej praktyce cały szereg szczęśliwych wyleczeń pod tym względem, gdyż urazowe zapalenia płuc, nie powikłane z uszkodzeniami znaczniejszych naczyń krwionośnych, wywołują nieznaczną tylko gorączkę i stosunkowo nieznaczne tylko osłabienie u zranionych i nieraz bardzo szybko biorą obrót pomyślny kończąc się zupełnem wyzdrowieniem (streszcze nie własne).

Kol. Sieradzki zwraca uwagę na mechanizm zranionych naczyń, który wyjaśnia stosunkowo małe *haemopericardium* i zaznacza swe zapatrywania na sprawę definicyi śmierci.

Kol. Pisek przyczynę śmierci w danym wypadku widzi w ucisku wylanej krwi do worka na serce, — a nie w niedokrewności, — przyczem omawia szczegóły dyagnostyczne *haemopericardii* (symptom Naismitha).

Kol. Skałkowski opowiadając przypadki z własnego doświadczenia chce widzieć pewną indywidualność w odporności i wytrzymałości mięśnia sercowego.

Kol. Prus w odpowiedzi oświadcza, że wszystkie inne definicye śmierci uważa za nienaukowe, a za śmierć rzeczywistą osobnika uważa chwilę ustania oddechania i ustania ruchów serca, jakkolwiek tkanki poszczególne pobudliwości swej jeszcze nie straciły i stanowczo przy swych terminach obstaje.

W dalszej dyskusyi zabierali głos kol. Merczyński, Skałkowski, Szulisławski i Podlewski.

Kol. Sieradzki przedstawia szereg preparatów ran postrzałowych serca i zranień klatki piersiowej.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

VII. II. Zjazd balneologów austryackich w Raguzie i Ildże

(30 marca do 5 kwietnia 1900)

Sprawozdawca Dr. J. Baschkopf w Sarajewie.

Zjazd, urządzony przez „Centralny związek balneologów austryackich", którego prezydyum na Zjeździe przedstawiali prof. Winternitz, prof. Clar, doc. Klein i Dr. Wettendorfer, rozpoczął się w najpiękniejszej bodaj miejscowości wybrzeży Adryatyku, w Raguzie, przy pokaźnym udziale lekarzy kąpielowych oraz przedstawicieli innych gałęzi nauk lekarskich, praktykujących w zdrojowiskach w sezonie letnim, lekarzy rządowych i wojskowych. Honorowe przewodnictwo Zjazdu oddano w ręce radcy Dr. Ivanicsa, prymaryusza szpitala w Sarajewie, radcy Dr. Koblera i lekarza obwodowego Dr. Wędziłowicza. — Pomijając opis zwykłych formalności zjazdowych, strzeszczamy pokrótce ważniejsze z pośród kilkunastu wykładów, wygłoszonych w Raguzie.

Dr. W. Degré zastanawiał się nad istotą zołzów i leczeniem tej choroby solanką jodową Darkau. Degré na podstawie własnych badań i spostrzeżeń sądzi, że zołzy i gruźlica ani nie są identyczne, ani też nie stoją w ścisłym wzajemnym związku; a stwierdzając, że w zołzach nigdy nie spotykano prątków gruźliczych, chyba jeżeli gruźlica tworzyła pierwotne zachorzenie, utrzymuje, że w zołzach mamy do czynienia ze swoistym bodźcem chorobowym; w końcu omawia znakomity wpływ źródła w Darkau na zmiany zołzowe.

Dr. Hoisel w wykładzie p. t.: „Uwagi w ważnej sprawie zawodowej" żądał, aby w zdrojowiskach kierownikiem był naczelny lekarz zdrojowy, nie zaś laik, albowiem w interesie dobra leczącej się publiczności powinny wszelkie sprawy higieniczne i administracyjne zdrojowisk skupiać się w ręku lekarza. Zdrojowisko, to niejako otwarty zakład leczniczy, a szpitalami kierują przecież zawsze lekarze.

Radca Dr. Daller wykładał o wodach mineralnych w Srebrenicy w Bośnii, a w szczególności o źródle Gubera.

Rodak nasz, radca Dr. Glück mówił o znaczeniu wody Gubera w leczeniu chorób skórnych na podstawie swego dziesięcioletniego doświadczenia w setkach przypadków. Odosobnienie w więzieniu sprowadza, jak wiadomo, już po kilku miesiącach zmniejszenie apetytu, gnuśność przewodu pokarmowego, zblednienie widocznych błon śluzowych i spadek ciężaru ciała. Na podstawie badań hematologicznych, przeprowadzonych na więźniach w zakładzie karnym w Zonicy w Bośni, przekonał się G., że te objawy chorobowe są następstwem postępującej oligocythemii i ubywania hemoglobiny. Otóż w pięciu takich przypadkach podawał G. więźniom przez kilka tygodni wodę Gubera, przez co niedokrewność traciła cechę postępującą, powiększała się znowu ilość czerwonych ciałek i hemoglobiny, chociaż nie zmieniły się stosunki higieniczne i odżywienie więźniów. Te pomyślne wyniki skłoniły G. do systematycznego stosowania wód Gubera w tych wszystkich przewlekłych chorobach skórnych, w których równocześnie istniały objawy niedokrewności. Środki, zawierające arsen i żelazo, stosujemy od dawna z dobrym skutkiem w dermatoterapii. Przeważająca liczba tych środków posiada jednak strony ujemne: łatwo się rozkładają, trudno się wsysają przez błonę śluzową przewodu pokarmowego. Otóż wszystkie

tych nieprzyjemności łatwo można uniknąć przez stosowanie naturalnych wód mineralnych, zawierających arsen i żelazo, a w szczególności przez stosowanie wody Gubera, posiadającej ze względu na swój skład odsetkowy pierwszeństwo przed wszystkiemi podobnemi wodami mineralnemi. G. podawał wodę Gubera w 2 gromadach chorób skórnych. Po pierwsze polecał ją, jako środek wytwarzający krew, w trądziku ludzi wyniszczonych (*acne cachecticorum*), w trądziku nosa i twarzy (*acne rosacea*), w przewlekłej pokrzywce, w *furunculosis chronica*, w pryszczycy (*eczema*) u osób niedokrewnych, w niektórych przypadkach liszaja żrącego i *lichen scrophulosorum*, a wreszcie u tych niedokrewnych kiłowych, u których swoiste leczenie nie sprowadzało dodatniego wyniku. Po drugie stosował G. wodę Gubera, jako środek wprost leczniczy: w łuszczycy zwyczajnej, *lichen ruber*, w przewlekłym wyprysku u dzieci, w półpaścu, w końcu w kilku przypadkach symetrycznej asfiksyi rąk i nóg u osobników młodocianych i to zawsze z dobrym wynikiem. Wnosi stąd G., że woda Gubera daje najlepsze wyniki we wszystkich chorobach, w których wskazane są arsen i żelazo.

Prof. Winternitz okazał przenośny przyrząd własnego pomysłu do kąpieli, zawierających CO_2.

Dr. Schwarz oświadczył się przeciw rozpowszechnionemu obecnie zwyczajowi wysyłania dzieci dotkniętych krztuścem do innych okolic. Postępowanie to stoi w rażącem przeciwieństwie z zarządzeniami zapobiegawczemi, wskazanemi w wszystkich chorobach zakaźnych. Według zdania mówcy wywiera zresztą zmiana miejsca pobytu tylko bardzo nieznaczny wpływ na przebieg napadów i trwanie całej choroby. Zato wyrządzamy dotkliwą krzywdę takim miejscowościom, w szczególności zdrojowiskom, dotychczas wolnym od krztuśca, do których przesyłamy chore dzieci.

Prym. G. Kobler mówił o stosowaniu wody Gubera w chorobach wewnętrznych. Polecamy ją w niedokrewności, w rozmaitych cierpieniach nerwowych, kobiecych, gruczołów chłonnych i t. p. Obecności w wodzie tej prócz arsenu i żelaza także czynników, działających korzystnie na przewód pokarmowy, przypisać należy, że ją chorzy bardzo dobrze znoszą i łatwo ulega wessaniu. Ta cenna własność wody pobudzenia czynności trawienia przez podwyższenie ogólnego stanu odżywienia skłoniły K. do stosowania źródeł Gubera także w chorobach sercowych, w których dotychczas nie stosowano ani żelaza, ani arsenu. Uzyskał on tak dobre wyniki, że uważa wodę Gubera za dobry środek odnawiający krew, wzmacniający i regulujący czynność serca.

Dr. Wędziłowicz, polecając Raguzę, jako klimatyczną stacyę zimową i zdrojowisko morskie, przedstawia niezwykle dobre stosunki zdrowotne tej miejscowości, prawie wolnej od chorób nagminnych. Raguza ma klimat średnio-wilgotno-ciepły. Znamienne jego właściwości są: 1) względnie wielka zawartość tlenu, a mała kwasu węglowego: znaczne bogactwo w ozon i mierna zawartość soli w powietrzu, wolnem od kurzu i zarodków; 2) małe wahania ciepłoty; 3) silne odblaski świetlne, wychodzące z powierzchni wodnej, których wpływ higieniczny polega na niszczeniu drobnoustrojów; 4) wielki stopień wilgotności powietrza i jej nieznaczne wahania; 5) wielkie ciśnienie powietrza i rozległe przewiewy powietrzne. Wpływ tego klimatu polega: 1) na zwolnieniu i wzmacnianiu czynności serca; 2) na zmniejszeniu ilości oddechów i pogłębieniu wdechów; 3) na wzmaganiu pocenia się i moczenia, podwyższeniu przeróbki materyi, pobudzeniu apetytu i podwyższeniu ciężaru ciała.

Docent Kuthy omawiając higienę zdrojowisk podnosi znaczenie gromadzenia i niszczenia plwocin ze względu na zapobieganie gruźlicy i zestawiwszy wady służących ku temu stałych, oraz kieszonkowych spluwaczek, między któremi względnie najlepszą jest podana przez Dettweilera, zaleca spluwaczkę swego pomysłu.

Prof. Kisch wykazał w nadesłanej na Zjazd pracy: „Balneologiczne leczenie otyłości“, jak zamiast dawniejszego grubo empirycznego postępowania, zmierzającego do szybkiego sprowadzedzenia jak największego wychudnienia zapomocą stosowanych bez wyboru środków przeczyszczających i napotnych, głodzenia i przemęczania — mamy obecnie leczenie, oparte na prawach przemiany materyi, staramy się mianowicie o to, aby nadmiar tłuszczu powoli, się zużywał, bez naruszenia białka ustroju, bez zmniejszenia siły mięśniowej, bez osłabienia ustroju. Do tego potrzeba dokładnego indywidualizowania, uwzględniającego, czy mamy do czynienia z postacią pletoryczną, czy anemiczną otyłości, czy tłuszcz jest zbity, czy też miękki, czy otyłość jest następstwem nadmiernego odżywiania się, czy tylko błędnego jednostronnego żywienia się, braku ruchu lub nadużywania wyskoku, czy skutkiem dziedzicznego usposobienia rozwinęła się już w wczesnej młodości, czy powodem są pewne ustrojowe choroby, jak kiła, zołzy. Leczenie dyetetyczne można skutecznie wesprzeć innymi zabiegami, jakoto systematycznem piciem wód mineralnych, działających moczopędnie i przeczyszczająco i kąpielami mineralnemi, szczególnie w samych zdrojowiskach. Picie wód mineralnych zwiększa oddawanie CO_2 sprowadzając przez to wprost większe zużycie tłuszczu; przez działanie moczopędne i przeczyszczające wpływa korzystnie na zboczenia w krążeniu krwi, spowodowane przez otłuszczone serce. Czuwając nad tem, aby leczenie takie nie naruszyło białka ustroju, powinien lekarz zdrojowy nie tylko systematycznie ważyć chorego dla zapobieżenia zbyt szybkiemu i zbyt znacznemu ubytkowi, lecz także równocześnie kontrolować siłę mięśniową wogóle, a serca w szczególe. Dynamometr więc i sfigmograf są niezbędnemi narzędziami w kierowaniu leczeniem zdrojowem otyłych. Niemniej ważnem jest badanie przemiany materyi i różnicy między przyjmowaniem płynów i wydzielaniem moczu tam, gdzie skutkiem niedostatecznej siły otłuszczonego serca występuje zastój w układzie żylnym z zmniejszeniem ilości moczu. Właśnie wody mineralne, obfitujące w CO_2, pobudzają potężnie moczenie i tem samem przyczyniają się do uregulowania hydrostatycznej równowagi. Pierwsze miejsce zajmują tu wody glauberskie, a szczególnie źródła zimne, obfitujące w CO_2 i siarkan sodowy. W nich łączy się działanie rozkładu tłuszczu ze znacznym wpływem na narząd krążenia. Pod wpływem alkalicznie słonych źródeł następuje znaczna utrata tłuszczu i ciężaru ciała przy dodatnim bilansie azotowym. Wyższość zimnych wód glauberskich nad takiemi cieplicami polega nietylko na tem, że zawierają siarkan sodowy, lecz także na zawartości CO_2 i niższej ciepłocie. CO_2 sprowadza powiększenie parcia krwi, które w połączeniu z powiększeniem napięcia naczyniowego skutkiem picia zimnej wody wywołuje znaczne powiększenie oddawania moczu. Podobnie, ale mniej silnie, działają wody, zawierające sól kuchenną, która ulega bardzo łatwo wessaniu, działa moczopędnie, tylko w bardzo znacznych dawkach przeczyszczająco. Wszystkie te rodzaje wód stosujemy przeważnie w otyłości pletorycznej, natomiast dla niedokrwistych otyłych nadają się prawie wyłącznie wody czysto żeleziste i szczawy alkaliczne, bardzo bogate w dwuwęglan żelaza, które wpływając na narządy krwiotwórcze poprawiają skład krwi, przez co usuwają korzystne tło dla wytwarzania się tłuszczu. Do wzmocnienia leczenia odtłuszczającego przez picie tych wód mineralnych służą gorące kąpiele mineralne, jakoteż kąpiele, zawierające obficie CO_2. Gorące kąpiele (40—45°) powiększają oddawanie ciepła przez skórę, a tem samem i spalenie tłuszczu, a to jest tem ważniejsze, że u tłustych jest utrata ciepła przez skórę mniejszą, ponieważ powierzchnia ciała u otyłych w stosunku do wnętrza ciała jest mniejszą, niż u wysokich, a chudych, dalej ponieważ podskórna podściółka tłuszczowa jako zły przewodnik ciepła ogranicza jego oddawanie. Kąpiele gorące sprowadzają ubytek ciężaru przez utratę wody ustroju, zwłaszcza, jeśli zapomocą dłuższego ogrzania ciała po kąpieli gorącej przez ruchy lub zawijania, albo zapomocą powietrza, przesyconego parą wodną (rosyjska łaźnia parowa), lub też suchego, gorącego (łaźnia iryjsko-rzymska) wywoła się poty. Wolno stosować takie kąpiele gorące tylko u otyłych, których serce i naczynia są zupełnie prawidłowe, w przeciwnym bowiem razie mogą wystąpić nieprzyjemne objawy, nawet nagła śmierć. Prócz gorących ogólnych, można stosować także kąpiele miejscowe na poszczególne części ciała, nożne, ręczne i nasiadowe gorące naprzemian, oraz gorące wilgotne okłady i gorącą wodą napojone gąbki na miejsca, trudno dostępne dla kąpieli (Schweninger). Kąpiele mineralne, obfitujące w CO_2, są potężnym bodźcem skórnym, przyspieszającym krążenie krwi w skórze. Ciepłota obwodowa się wzmaga, środkowa się obniża; szczególnie ważnem jest działanie kąpieli, obfitującej w CO_2, na czynność serca i krążenie krwi ze względu na osłabione serce otyłych, kąpiel bowiem podwyższa parcie krwi, zwalnia tętno, wzmacnia je i ułatwia pracę serca. W końcu przypomina K., że mimo to balneoterapia nie jest swoistym środkiem w otyłości, lecz tylko korzystnie wspiera właściwe leczenie otyłości, którem jest: uregulowanie odżywienia i pracy mięśniowej. (dok. nast.)

* * *

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono:

— W sekcyi II (chemicznej): Temat obrad II: „O konieczności utworzenia wydawnictwa chemicznego polskiego peryodycznego“ Sprawozd. Dr. J. Zawidzki (Lipsk).

Wykłady: Dr. L. Marchlewski (Kraków): 6) Nowe dowody pokrewieństwa chemicznego filoporfiryny i hematoporfiryny.

7) Studyum nad barwikami żółtymi grupy luteinów. 8) Studyum nad izatyną. 9) Synteza nowego układu pierścieniowego. 10) W sprawie budowy chemicznej glukozydów i związków potasowcowych glukozy. 11) Studyum nad cukrem trzcinowym i buraczanym. 12) O niektórych związkach azowych, pochodnych dwufenilaminu i zastósowaniu ich technicznem. 13) Synteza kwasu purpuroksantynowego. 14) Chlorki kwasów sulfonowych aromatycznych, jako odczynniki na alkaloidy i ptomainy. 15) Oxym metyloantrachinonu i pochodne. 16) Natura chemiczna t. zw. kwasu lanuginowego. 17) Gazomiernicze oznaczenie kwasu solnego w soku żołądkowym. 18) Ulepszenie metody gazomierniczej do oznaczenia węgla w żelazie i stali. (233—245)

Prof. Br. Znatowicz (Warszawa): 19) Nitrowanie ciał aromatycznych zapomocą azotynu srebrowego (doświadczenie lekcyjne). 20) Parę notatek z praktyki chemicznej: przyrządy i okazy. (246—247)

— W sekcyi XVII (neurologicznej) Dr. M. Biro (Warszawa): 4) O chorobie Friedreicha. 5) Kilka słów o leczeniu padaczki. 6) W sprawie odruchu ścięgna Achillesa przy rwie kulszowej. (246—250)

7) Dr. K. Stróżewski (Warszawa): O leczeniu bezwładu tabetycznego. (251)

— W sekcyi XIX. Dr. J. Jaworski (Warszawa): 22) O ciąży, porodzie i połogu, wikłanych wadami serca. 23) O nowem wskazaniu do użycia kleszczy porodowych ze względu na stan płodu.

Kraków 15 maja 1900. (252—253)

Ciechanowski
sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 maja.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem Dyrektor Wdowiszewski wygłosił odczyt: »O usuwaniu nieczystości miejskich.«

Delegatem na uroczystość 500-letniego jubileuszu Uniw. Jag. wybrało Towarzystwo lek. Dra Augusta Kwaśnickiego.

* Dr. A. Kwaśnicki, Redaktor główny »Przeglądu« powrócił do swych zajęć redakcyjnych.

* Działalność warszawskiego Tow. higienicznego poczyna wydawać coraz więcej owoców. Obecnie w Szreńsku zawarli obywatele umowę z lekarzem o pomoc lekarską dla służby folwarcznej.

* W Piotrkowie poruszono myśl założenia oddziału »Towarz. higienicznego«.

* W Królestwie polskiem szerzy się piękna myśl zakładania prowincyonalnych przytułków położniczych. W Piotrkowie zbierają się już składki; w Radomiu ofiarował na ten cel p. K. Staniszewski 5000 rs.

* Wystawa przyrządów do pielęgnowania chorych w Berlinie w maju r. z. przyniosła zysku 14.000 Marek, za które zostanie założone muzeum przyrządów do pielęgnowania chorych. Obecnie odbywa się druga podobna wystawa w Frankfurcie n. M. i pierwsza we Włoszech, w Neapolu. (*Czasopismo lek.* 5.).

* Dr. Władysław Jarosz mianowany został prymaryuszem szpitala krajowego w Złoczowie.

Mianowani: Doc. Dr. Bernheimer z Wiednia prof. okulistyki w Insbrucku.

Zmarli: w Paryżu Dr. G. Apostoli, l. 53, znany z prac w zakresie elektroterapii ginekologicznej. Dr. Tadeusz Pawłowicz i Dr. Konstanty Smorczewski zmarli w Warszawie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Pamiętnik Tow. lek. warsz.* Zeszyt. I. 1900: T. Maszewski: O niektórych warunkach sprawności ptyaliny. F. Białokur: O wpływie moszczu winogronowego na trawienie w żołądku. K. Brudzewski: Przyczynek do nauki o refrakcyi dla oka ludzkiego. L. Korczyński: Pogląd na rozwój balneologii polskiej w latach 1887—1899. W. Koblberger. O zasadniczych t. j. typowych postaciach chorób umysłowych (c. d.). *Krytyka lekarska* Nr. 5: K. Rzętkowski: Kilka uwag ogólnych o zaburzeniach przemiany materyi i diatezie. A. Wizel: W sprawie sanatoryów dla niezamożnych chorych nerwowych. (dok.). W. Zachorowski: Prof. Józef Frank w Wilnie (c. d.). *Czasopismo lekarskie* Nr. 5: B. Rząd: Dwa przypadki promienicy. St. Serkowski: O produktach spożywczych w Łodzi. II Mleko. H. Fidler: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej. *Medycyna* Nr. 19: I. Steinhaus: O glejaku siatkówki (dok.). J. Rosenthal: Opis przypadków operowanych w oddz. ginek. szpit. Starozakonnych (c. d.). Dymnicki: Kilka słów o nowych zdrojach Buskich. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 19: Dra Przedborskiego: Cierpienie krtani przy ciąży. Dra Popielskiego: Ośrodek odruchowy wydzielniczej czynności trzustki. Neugebauera Fr.: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków. W *Kronice lekarskiej* Zeszyt 9: Neugebauera Fr.: 19 przypadków koincydencyi zboczeń umysłowych z wrzekomem obojnactwem, 4 przypadki samobójstwa wrzekomych obojnaków, oraz 57 spostrzeżeń spraw sądowo-lekarskich, dotyczących wrzekomych obojnaków.

Redakcya otrzymała: A. Wizel: Metoda »leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych. Odb. z »Medycyny«. Dr. St. Serkowski: O produktach spożywczych w Łodzi. Mleko I i II. Odb. z »Czasop. lekarsk.« 1900. Dr. W. A. Kuflewski: The surgery of the hand. Odb. z „Chicago Clinic“ 1900.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, dnia 23 maja, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy (Collegium physicum)*, na którem koledzy: A. Rosner, St. Braun, L. Świtalski i H. Jordan wygłoszą zbiorowy odczyt „O ciąży zamacicznej.“

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 26 Maja 1900. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Ze szkoły położnych prof. Dra A. Czyżewicza i pracowni bakteryologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.

O zachowaniu się wydzieliny szyi macicy pod względem bakteryologicznym u ciężarnych.

Podał

Dr. A. Sołowij.

Zapatrywania na obecność drobnoustrojów chorobotwórczych w wydzielinie szyi macicy uległy w ostatnim dziesiątku lat zasadniczej zmianie. Podczas gdy dawniej przeważało przekonanie, że wydzielina szyi macicy zawiera drobnoustroje, o czem świadczą poszukiwania Wintera (1) Thomena (2) i innych, wykazał Stroganoff (3) pierwszy, że w wydzielinie szyi macicy nie ma w prawidłowych warunkach chorobotwórczych drobnoustrojów. Sprawa ta, mająca nader doniosłe znaczenie w położnictwie i ginekologii, musiała wywołać szereg dalszych badań, których celem było dokladne poznanie właściwości bakteryologicznych wydzieliny szyi macicy, zwłaszcza u ciężarnych. Do wyświecenia tej sprawy przyczynili się przedewszystkiem Walthard (4) i Menge (5). Walthard sądzi na podstawie 50 zbadanych przypadków, że śluz szyi macicy jest złą pożywką dla drobnoustrojów i stanowi ciągle odnawiającą się ochronę macicy przed drobnoustrojami chorobotwórczymi, znajdującymi się w pochwie. Wydzielinie szyi macicy, zwłaszcza znajdującym się w niej leukocytom (fagocytom) przypisuje Walthard zdolność niszczenia drobnoustrojów. Walthard dzieli wydzielinę szyi macicy na 3 strefy: 1) Strefa, sięgająca tuż powyżej ujścia zewnętrznego macicy, zawiera mięszaninę wydzieliny szyi macicy i pochwy, jest koloru białożółtego i zawiera drobnoustroje, pochodzące z pochwy. (U pierwiastek można czasem już zaraz ponad ujściem zewnętrznem macicy znaleść wydzielinę, wolną od drobnoustrojów). 2) Strefa powyżej pierwszej zawiera dużo leukocytów, a nie zawiera drobnoustrojów. 3) Strefa powyżej drugiej nie zawiera ani leukocytów, ani drobnoustrojów. Według Waltharda zaczyna się zatem fizyologiczna jałowość wydzieliny (asepsis) w drugiej strefie.

Ze znaną dokładnością badał Menge wydzielinę szyi macicy także u 50 ciężarnych. Zapomocą szczepienia w kwaśnym bulionie znalazł M wśród tych 50 przypadków: 8 razy *bacillus vaginalis* Döderlein, 2 razy pleśniawki (Soor), 1 raz wielkie ziarenkowce (koki), 1 raz małe ziarenkowce, zatem 12 razy drobnoustroje, żyjące w pochwie, zawleczone z pochwy do szyi macicy podczas brania wydzieliny. Dalej znalazł Menge 4 razy dwoinki rzeżączkowe (gonokoki) na płytach sporządzonych z agaru z domieszką płynu z torbielaków (Kystomagarplatten). Prócz tego wyrosły na agarze 2 razy bardzo nieliczne kolonie ziarenkowca, saprofita, które dostały się do szyi macicy, zdaniem Mengego, razem z wziernikiem z przedsionka pochwy. Badanie wydzieliny szyi macicy pod drobnowidem wykazało 27 razy drobnoustroje, 23 razy zaś nie było żadnych drobnoustrojów. Wśród tych 27 przypadków znaleziono 4 razy dwoinki rzeżączkowe, które znajdowały się czasem zewnątrz leukocytów wśród cienkiego śluzu. 22 razy znaleziono dłuższe lub krótsze prątki, prócz tego 3 razy małe ziarenkowce, a raz gromadkę małych ziarenkowców. Z wyjątkiem dwoinek rzeżączkowych leżały drobnoustroje we wszystkich przez Mengego badanych przypadkach w bezpośredniem sąsiedztwie przybłonków, pochodzących z pochwy.

Na mocy tych wyników badania bakteryologicznego zapomocą hodowli i drobnowidu przychodzi Menge do przekonania, że z wyjątkiem dwoinek rzeżączkowych i tych drobnoustrojów, które zostały zawleczone z pochwy, nie ma w wydzielinie szyi macicy u ciężarnych żadnych drobnoustrojów.

W uzupełnieniu tych badań wykazał Menge na 37 wyciętych macicach nieciężarnych, że tylko wtedy znajdują się drobnoustroje w szyi macicy, jeżeli w macicy znajduje się obumarła miazga, lub jeżeli błona śluzowa jest dotknięta gruźlicą.

Walthard wciągał wydzielinę szyi macicy do rurki szklannej zapomocą złączonego z nią balonika. Z powodu nieco niedokładnego opisu nie można natomiast nabrać wyobrażenia, w jaki sposób uzyskiwał Menge wydzielinę szyi macicy do badania. Walthard posługiwał się wziernikiem okrągłym (ze szkła mlecznego), oczyszczał część pochwową z wydzieliny (nie wspomina, w jaki sposób) i wciągnąwszy wydzielinę szyi macicy do rurki szklannej, szczepił do agaru i do bulionu z domieszką surowicy krwi. Ciężarne nie były przedtem badane. — Menge zaś używał wziernika Cusco, oczyszczał część pochwową wyjałowionym suchym lub zamaczanym w eterze wacikiem i szczepił na płyty z agaru czystego lub zmięszanego z płynem z torbielaków (Kystomagar) i do kwaśnego bulionu. Ciężarne również przez kilka dni przedtem nie były badane.

Nie wdając się w krytykę sposobu uzyskiwania wydzieliny szyi macicy, używanego przez Walthards (wciąganie), wolałem trzymać się sposobu prostszego sprawdzając wyniki zapomocą dwojakiego postępowania i szczepiłem wydzielinę szyi macicy najpierw zapomocą pętli platynowej, a zaraz potem zapomocą maleńkiego, twardo skręconego, wyjałowionego wacika (o średnicy około 2 milimetrów), uchwyconego w długie i cienkie kleszczyki. (C. d. n.).

II. O klimacie górskim.

(Ustęp z wykładów o Balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem 1899/900).

Podał
Dr. Ludomił Korczyński
Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Wpływ klimatu górskiego.

Przedstawiając w jednym z poprzednich wykładów obraz tego, co nazywamy klimatem i wskazując na t. zw. czynniki klimatyczne, a w dalszym ciągu kreśląc właściwości klimatu górskiego, starałem się rozstrząsnąć wiele, jeśli już nie wszystkie szczegóły, które doniosłe są dla klimatoterapii ze stanowiska fizyologii, wskazywałem te, które ważne są dla ocenienia działania klimatu górskiego. Na tem miejscu nie pozostaje nic innego, jak tylko zebrać razem rozprószone nieco wiadomości w odniesieniu do poszczególnych narządów.

Zaczniemy od narządu oddechowego, gdyż, jak dotychczas, choroby tego narządu najwięcej dostarczają materyału do leczenia klimatycznego

Klimat górski działa w tym zakresie bardzo wyraźnie, jako silny bodziec. Klatka piersiowa przechodzi w nim, mówiąc najprościej, pewien rodzaj gimnastyki. Wskazywaliśmy na innem miejscu, że skutkiem niższego parcia atmosferycznego i skutkiem rozrzedzenia powietrza wdech jest utrudniony, że mięśnie wdechowe silniej skutkiem tego pracować muszą, ćwiczą się więc bardzo i wzmacniają. Wdechy stają się częstsze, ilość powietrza, wprowadzonego do płuc w czasie jednego wdechu, wzrasta, a więc wzrasta także ilość powietrza, wprowadzonego w minucie, przyjętej jako jednostka pomiaru czasu. Równorzędnie zwiększa się także ilość wydechanego powietrza i wydechanego kwasu węglowego: a więc, jako ostateczny wynik, cała wentylacya płuc staje się dokładniejsza i lepsza.

Wszystkie te szczegóły oparte są nie na luźnych spostrzeżeniach lekarskich, ale na ścisłych danych liczbowych, uzyskanych przez doświadczalne pomiary, a uskutecznione tak w górach, jakoteż w gabinetach pneumatycznych przez wielu bardzo badaczy, wśród których, jeden z najdoświadczeńszych, Liebig z Reichenhall.

W pozornej sprzeczności ze wzrostem ilości powietrza, wprowadzanego i wyprowadzanego, stoją spostrzeżenia Vivenota, Berta, Szyrmuńskiego i najnowsze Liebiga, wykazujące, że pojemność życiowa płuc zmniejsza się w powietrzu rozrzedzonem, a więc w górach. Sprzeczność jest jednak tylko pozorna. Nie trudno pojąć, że elastyczne pęcherzyki płuc tem mniejszą mają pracę i tem dokładniej wykonywać ją mogą, im mniejszy spotykają opór; a opór ten jest i musi być w powietrzu rozrzedzonem mniejszy. A więc kurczliwość pęcherzyków jest większa. Siłą swej kurczliwości wypychają większą ilość powietrza w ogóle, a w szczególności tę ilość, którą nazywamy ilością zapasową (Reserveluft). Idąc dalej za wątkiem tej samej myśli, widzimy, że w czasie wydechu pęcherzyki, a także i najdrobniejsze oskrzeliki bardziej są skurczone. I one to sprawiają, że wdech jest trudniejszy, że mięśnie wdechowe muszą więcej pracować.

Wielu z dawniejszych klimatologów, najwyraźniej Weber, omawiając działanie klimatu górskiego na narząd oddechowy, określają je nie bez słuszność, jako działanie, polegające na lepszej wentylacyi, wysuszaniu, ochładzaniu i na ucisku. Trzy pierwsze szczegóły łatwo bardzo pojąć, czwarty wymaga niejakiego objaśnienia. Daje je Weber przyjmując, że w klimacie górskim znika rozdęcie pęcherzyków płucnych, powstałe w otoczeniu chorych zrazików, że powracają dawne warunki kurczliwości, że pęcherzyki zdrowe gniotą na części chore: „so dass die Annahme gestattet ist, dass in solchen Fällen das erkrankte Gewebe comprimirt, dass die Aneinanderlagerung der wunden Flächen gefördert wird“, pisze w znanej swej klimatoterapii. Przyjmować dalej należy, że przypływ krwi do płuc jest w klimacie górskim większy, odżywienie płuc skutkiem tego lepsze, co sprawia, że płuca u osób nieletnich i z tego także powodu lepiej mogą się rozwijać, u osób dorosłych nabierać większej odporności, w danym razie łatwiej opanowywać chorobę, która pewne ich części zajęła.

W klimacie górskim ćwiczą się nietylko płuca, ale i narząd krążenia nie pozostaje obojętny. Wiemy na pewno, że w górach uderza serce częściej i silniej, aniżeli w równinach. Zbadaniem parcia krwi w powietrzu rozrzedzonem zajmowano się dotychczas niewiele. Liebig u trzech osób znalazł niejednakie wyniki, u jednej z nich podnosiło się parcie krwi, u dwóch innych spadało. Doświadczenia trzech lekarzy wiedeńskich Hellera, Magera i Schröttera wykonywane w r. 1896, zdają się wykazywać, że parcie krwi podnosi się; tego samego dowodzą doświadczenia Arona, wykonywane na królikach.

W wysokich górach, a więc w bardzo niskiem ciśnieniu atmosferycznym, w takiem, do jakiego ustrój odrazu zastosować się nie może, gdzie występują wprost już chorobliwe objawy w jego czynnościach, spada parcie krwi.

Inne szczegóły, odnoszące się do działania klimatu górskiego, nie były jeszcze przeważnie dokładnie badane. Wiadomości nasze zawdzięczamy prawie wyłącznie tylko spostrzeżeniom lekarskim. Wykazują one, że ustrój w górach jest w stanie pewnego podniecenia. Nastrój umysłowy staje się żywszy, czynność mózgu energiczniejsza i łatwiejsza, ogólna wrażliwość większa. Domyślać się także można, że żywszą staje się przemiana materyi. Dowodzi tego zwiększanie się apetytu, łatwiejsze i dokładniejsze trawienie, wzrost wagi ciała, przedewszystkiem na korzyść tkanki mięśniowej. W górach zwiększa się bardzo wyraźnie parowanie skóry i płuc, a więc i utrata wody tą drogą.

Do niedawna jasną, od kilku lat sporną sprawą, jest zachowanie się krwi i czynność narządów krwiotwórczych w klimacie górskim. Pierwszym, który na dotyczące szczegóły zwrócił uwagę, był Viault, znalazłszy, że w górach wzrasta bardzo znacznie ilość ciałek czerwonych. Późniejsze, wcale liczne badania potwierdziły w zupełności wyniki Viaulta, a nadto wykazały, że wśród ciałek czerwonych znajduje sie dość znaczna ilość postaci małych, uboższych w barwik; uważano je za młode, niezupełnie jeszcze wykształcone erytrocyty. Na podstawie tych wyników rozpowszechniło się twierdzenie, że powietrze górskie, o niskiem ciśnieniu, jest bardzo energicznym bodźcem dla narządów krwiotwórczych, a więc, że pobyt w górach znakomicie wpływa na poprawę niedokrewności. Wkrótce jednak wystąpił z odmiennem zdaniem Gravitz. Nie przecząc wyników obliczeń, sądzi on, że wzrost ilości ciałek

czerwonych jest tylko pozorny, zależy tylko od zagęszczenia krwi, spowodowanego utratą znacznej ilości wody przez zwiększone parowanie; utratą wody przez ciałka czerwone i skurczeniem się tychże tłomaczy małe ich wymiary. Nieco odmiennie pojmuje Zuntz pozorny wzrost ciałek czerwonych. Sądzi on, że pod wpływem niskiego ciśnienia zmieniają się warunki parcia osmotycznego w tkaninach, że z naczyń krwionośnych pewna ilość osocza wchodzi w tkaniny otaczające, a przez to zagęszcza się krew; albo też, że skutkiem zmienionych warunków kurczliwości drobnych tętniczek i pewnego rodzaju zastoju, w krążeniu włosowatem gromadzi się większa ilość ciałek czerwonych.

Oryginalne poglądy wypowiada Meissen w dość obszernej pracy, pomieszczonej w październikowym zeszycie „Therap. Monatshefte“ z r. 1899. Autor ten sądzi, że wzrost ilości ciałek czerwonych nie jest ani następstwem rzeczywistego ich przybytku, ani następstwem zagęszczenia krwi, ale że pochodzi od zmian, występujących w pojemności komory, używanej do liczenia ciałek w przyrządzie Thoma-Zeissa.

Trzy tak zasadniczo różne od siebie zapatrywania, z których każde ma swoich zwolenników i przeciwników, nie pozwalają na dokładne i należyte ocenienie wpływu powietrza górskiego na mięszaninę krwi. Ze stanowiska czysto lekarskiego, na podstawie doświadczenia, zebranego z licznych spostrzeżeń także sprawy tej rozstrzygać stanowczo nie można. Wiele przypadków niedokrewności przebiega w górach bardzo korzystnie, poprawia się wyraźnie i stan ogólny chorych i mięszanina krwi; inne pogarszają się. W żadnym więc razie nie można wpływu powietrza o niskiem ciśnieniu na skład krwi uogólniać, a raczej przyjąć wypada, że na korzystny przebieg niedokrewności w górach w odpowiednich przypadkach działa równocześnie więcej czynników. Uważam jednak za właściwe zaznaczyć, że ze stanowiska praktycznego przyznać trzeba klimatowi górskiemu zdolność poprawienia warunków tworzenia i odnowy krwi w tych przypadkach, w których na ustrój działać należy silniej, aby go pobudzić do większej czynności i większej energii, a więc w przypadkach niedokrewności otrętwiałej, jeśli określania takiego użyć się godzi.

Zbytecznem zapewne podnosić, że stopień działania klimatu górskiego zależy między innemi od tego, jak wysoko leży dana miejscowość, zkąd chory przybywa, i jaki jest stan jego. W równych innych warunkach działanie to będzie tem słabsze, im mniejsza jest różnica wzniesienia i położenia między miejscowością, w której leży stacya lecznicza, a miejscowością, z której przybywa chory. Wpływ ten nie może być także stale jednaki, jest najznaczniejszy w pierwszych dniach lub tygodniach, maleje w miarę długości pobytu. Ustrój ludzki ma wielką zdolność zastosowywania się do odmiennych warunków życia; odnośnie do klimatu nazywamy to zdolnością aklimatyzacyi. Gdy minie okres, potrzebny na aklimatyzacyę, tracą czynniki klimatyczne moc pierwotnego działania.

Jak klimat górski może być prawie obojętny dla ustroju skutkiem wzrośnięcia w nim, lub długiego przebywania, a na odwrót, jak bardzo namacalny, wprost szkodliwy wpływ wywierać może na ludzi, nieprzywykłych do niego, dowodzą z jednej strony stali mieszkańcy gór, bardzo nawet wyniosłych, z drugiej nowicyusze-turyści, zwiedzający góry. Pierwsi czują się w klimacie górskim tak samo, jak my wszyscy w klimacie nizinnym; ich płuca i serce nie pracują więcej, niż nasze. Drudzy doznają w pewnych wysokościach całego szeregu przypadłości, okazują cały szereg zboczeń i objawów, wprost już patologicznych, które skłoniły do bliższego określenia stanu osób, okazujących w górach te zboczenia i do nazwania go chorobą górską (Bergkrankheit — maladie des montagnes).

Objawia się ta „choroba“ zmianami w czynności serca i płuc, zaburzeniami, wywołanemi nieprawidłowem rozmieszczeniem krwi w układzie naczyniowym, zboczeniami w zakresie czynności układu nerwowego i mięśniowego. Już na wysokości około 1000 mtr. przyspiesza się nieco czynność serca, nawet w spokoju, wyraźniej przy szybszym cokolwiek ruchu. W miarę podnoszenia się terenu dołącza się do żywszej czynności serca pewnego rodzaju duszność, która ustępuje po krótkim wypoczynku i po kilku głębszych oddechach Są to dopiero pierwsze oznaki niewytrzymałości ustroju w rozrzedzonem powietrzu. Właściwe objawy zjawiają się na wysokości najmniej 3000 mtr Polegają one na gwałtownem biciu serca, silnem bardzo tętnieniu tętnic, zwiększonym napływie krwi do naczyń mózgowych, niemiłym skutkiem tego bólu głowy, na nieznośnej duszności, uczuciu ogólnego osłabienia, ziębnięciu kończyn; bardzo często zjawiają się nudności i wymioty. W spoczynku maleją wszystkie objawy, a nawet znikają zupełnie, by pojawić się napowrót przy ruchu. U niektórych osób powstają nadto krwotoki nosowe, a nawet płucne.

Od choroby górskiej tak samo, jak i od choroby morskiej wolni są ci, którzy oswoili się już dostatecznie z właściwościami gór, względnie morza. (dok. nast.)

III. **Z Zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.**

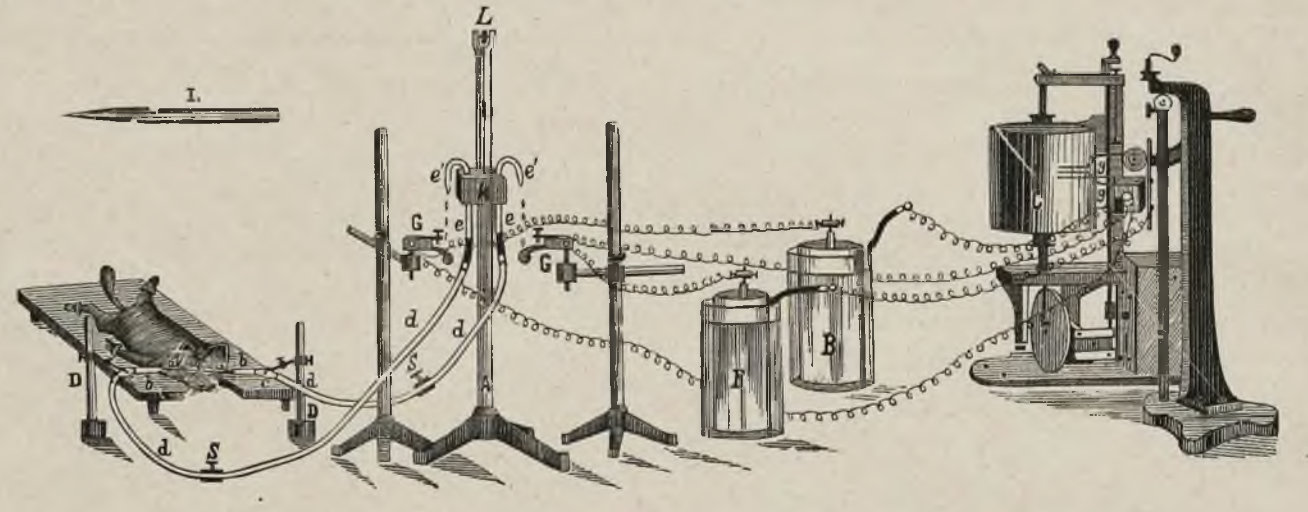
Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej *(humor aqueus).*

Podał
Dr. Adam Szulisławski.

Zrozumiałem mi było od samego początku, że w badaniach tego rodzaju, do których miałem zamiar przystąpić, pierwszą i najważniejszą rzeczą, bo stanowiącą o powodzeniu doświadczeń i ścisłości wyników, — jest odpowiednia metoda. Z drugiej strony jasnem było, że chcąc badać wydzielanie cieczy wodnej, trzeba to uczynić wprost, przez powolne odprowadzanie cieczy wodnej z przedniej komórki, z zachowaniem atoli jej prawidłowej głębokości, przyczem jednakże zabieg w tym celu wykonany powinien być jaknajlżejszy i ile możności jaknajmniej wpływać na zmianę stosunków krążenia i ciśnienia w oku, — nie dotykać i nie drażnić tęczówki.

Zdaje mi się, że przyrząd, który do doświadczeń mi służył, pod bardzo wieloma względami odpowiadał tym warunkom. Najważniejszą jego częścią składową jest rurka stalowa, zakończona i zbudowana na wzór igiełki dyscyssyjnej t. j. tak, aby obwód ostrza był mniejszy od obwodu igiełki, dla dokładnego zatkania zrobionej w rogówce szparki (p. rysunek I), opatrzona otworami z boku, tak aby ją można było wkłuć i wykłuć w rogówce, umocować więc w przedniej komórce zdala od tęczówki i pozostawić wolny odpływ cieczy wodnej

tylko przez boczne otwory igiełki. Aby atoli przeszkodzić nagłemu wypróżnieniu się przedniej komórki, któreby przy takiem urządzeniu nastąpić musiało, radziliśmy sobie w ten sposób, że igiełka, wypełniona naprzód płynem obojętnym, połączona była z rurką, również płynem wypełnioną, a umieszczoną na takiej wysokości, aby wyrównać ciśnienie śródoczne. W tym celu zastosowaliśmy urządzenie, przedstawione w następującym rysunku.



I. Kaniulka z bocznemi otworami, (a. a.) kaniulka wprowadzana do przedniej komórki, (b b.) krótka rurka kauczukowa, (c. c.) rurka szklanna umocowana na statywie (D), (d. d.) rurka kauczukowa, zakończona rurką szklaną, zgiętą w kształcie rączki od laski, której dłuższy koniec (e. e.) tkwi w korku (K.), krótszy (é. é.), wolnym otworem patrzy ku dołowi. Korek (K), przesuwalny na statywie (A) zapomocą sznurka (f.), przeciągniętego przez blok (L). (G G) sygnały Becka, (S S) przyciski, (B B) baterya, (C) walec okopcony, (g. g) sygnały elektryczne piszące na walcu.

Opisaną igiełkę (a) łączy się za pomocą cienkiej rurki kauczukowej (b), z krótką rurką szklaną (c), która dla dokładnego ustalenia umieszcza się w statywie (D). Na odśrodkowy koniec rurki (c), nasuwa się kauczukową rurkę (d), o grubych, więc mało podatnych ścianach, zakończoną rurką szklaną (e), zgiętą w kształcie rączki laski. Dłuższy jej koniec (e) wpuszczony jest i umocowany w korku (K), krótszy zaś (é) wolnym, nieco zwężonym otworem skierowany jest ku dołowi. Korek (K) jest przesuwalnym na statywie (A) i może być przez pociągnięcie sznurka (f), przeprowadzonego przez blok (L), ustawionym na dowolnej wysokości. Przed wprowadzeniem igiełek do przedniej komórki wypełnia się ostrożnie i dokładnie cały ten system rurek ogrzanym roztczynem fizyologicznym soli kuchennej i zatrzymuje go się w nich przez założenie przycisków (S) na rurkę (d). Poczem dopiero wprowadza się igiełkę (a) do przedniej komórki wkłuwając i wykłuwając ją w rogówce, w końcu zaś zdejmuje przyciski (S), przez co dopiero otwiera się wolną drogę dla odpływu cieczy wodnej z przedniej komórki przez boczne otwory w igiełce. Przy pewnej wprawie udaje się zazwyczaj wprowadzenie i umocowanie igiełki w przedniej komórce bez upływu cieczy wodnej. Gdybyśmy jednakże nawet kilka kropel stracili, to przy takiem urządzeniu łatwo jest złemu zaradzić, wystarczy bowiem wolny koniec rurki (é) zanurzyć w fizyologicznym roztczynie soli kuchennej i przesunąć równocześnie ku górze korek (K), przez co podnosimy ciśnienie do dowolnej wysokości i wpychając pewną ilość płynu do przedniej komórki, przywracamy jej pierwotną głębokość.

Łatwo zrozumieć korzyści i zalety takiego postępowania. Po pierwsze zabieg na oku jest stosunkowo nieznaczny, powtóre zachowujemy przednią komórkę, co ma naturalnie pierwszorzędne znaczenie dla utrzymania ile możności prawidłowego krążenia w oku; po trzecie posiadamy sposób, zapomocą którego bardzo łatwo możemy podnieść lub obniżyć ciśnienie w przedniej komórce, a więc temsamem i ciśnienie śródoczne; po czwarte możemy z łatwością i wprost mierzyć ilość i szybkość wydzielania cieczy wodnej przy danem ciśnieniu i w pewnej jednostce czasu.

O tem ostatniem poucza nas ilość spadających z otworu rurki (é) kropel. Z początku, w pierwszych doświadczeniach, notowaliśmy odstępy czasu między spadaniem pojedynczych kropel z chronometrem w ręku — w dalszych atoli wprowadziliśmy za przykładem prof. Becka[1]) sposób automatycznego notowania każdej spadającej kropli zapomocą sygnałów elektrycznych. Pod otwory rurek (é é) podstawiamy sygnały Becka (c c) tak, aby każda kropla spaść musiała na ruchomy języczek, odchylić go i przerwać tym sposobem prąd, którego źródłem jest baterya (B). Każde zaś przerwanie prądu notują sygnały (g g) na okopconym walcu (C), obracającym się powolnym ruchem jednostajnym. Dla łatwego i dokładnego obliczenia czasu znaczy równocześnie na tym samym walcu inny sygnał sekundy.

Ponieważ płyn, pozostający pod jakiemś ciśnieniem, uchodzić musi w kierunku najmniejszego oporu, przeto cała niemal ilość świeżo wytwarzającej się cieczy wodnej musi odpływać przez rurki (é é). Pewna, bardzo nieznaczna ilość cieczy wodnej opuszcza niewątpliwie przednią komórkę na drodze naturalnej, przez wessanie w kącie rogówkowo tęczówkowym. Łatwo zrozumieć, że ilość ta może być w warunkach, w jakich wykonywaliśmy nasze doświadczenia i wobec wartości, któreśmy otrzymywali, bardzo nieznaczna, tak, że suma spadających z rurek (é é) kropel, daje rzeczywiste wyobrażenie o szybkości wydzielania w danej chwili.

W niektórych doświadczeniach notowaliśmy także zapomocą manometru rtęciowego, kymografu Ludwiga, ciśnienie krwi w tętnicy udowej.

Przystępujemy teraz do przedstawienia wyników doświadczeń. Aby umożliwić rozejrzenie się w materyale i ułatwić przegląd, zebrałem je w tablice, które poniżej umieszczam.

[1]) *A. Beck.* Badania nad unerwieniem gruczołów ślinowych. W Krakowie, nakładem Akademii Umiejętności 1898.

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Wydzielanie przy danem ciśnieniu w prz. kom. Rodzaj zwierzęcia	L. p. zabiegu	Rodzaj zabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie	W przecięciu 1 kr. przypada na sekund.	Skutek	U W A G i
I. 375	Biały królik *) Lewe oko (l. o.) Ciśnienie 16 cm. H_2O w 11'8" spada 5 kr. a więc 1 kr. co 123"	1.	Obniżono ciśnienie w przed. kom. do 10 cm. H_2O.	w 4'45" spada 3 kr.	95"	przyspieszenie	
		2.	Podwyższono ciśnienie w prz. kom. do 30 cm.	pierwsza kropla po 8'6"	486"	znaczne opóźnienie	
		3.	Wstrzyknięto 0·002g. pilocarp. mur.	pierwsza kropla po 8'12"	492"	bez wpływu	Ad. 3. Pilocarp. o 11.35. O 11.44 występują wyraźnie objawy zadziałania pilocarp. (ślinotok). ciśnienie ciągle utrzymuje się na 30 cm. słupa wody.
		4.	Obniżono ciśnienie do 10 cm. H_2O	w 8'23" spada 4 kr.	126"	przyspieszenie	Ad. 4. Pierwsza kropla spadła po 50"
II. 377	Pies l. o. Ciśnienie w prz. kom. 15 cm. H_2O W 19'6" spada 34 kr. a więc 1 kr. co 34"	5.	Atropina 1% do worka spojówk	w 18'5" spada 12 kr.	94"	opóźnienie	Narkoza chloroformowa płytka. Wymioty. Pies rzuca się często. Podczas rzucania spadają krople szybko (co 4"—5"), w spokoju wolno i prawie jednostajnie. Kokaina do worka spojówk. Ad. 5, Pierwsza kropla po 30". Źrenica rozszerza się po 7'.
		6.	Podwyższono ciśnienie w prz. kom. do 35 cm.	pierwsza kropla po 6'	360"	opóźnienie	
		7.	Obniżono ciśnienie do 15 cm.	w 2'18" spada 6 kr.	23"	przyspieszenie	Ad. 7. Podczas spuszczania spada 5 kr.
III. 379	Pies. Tracheotomia Curare. Prawe oko (pr. o.) Przy ciśnieniu w prz. kom. = 18 cm. H_2O nic się nie wydziela przez 5'	8.	Obniżono ciśnienie w prz. k. do 11 cm	w 7'55" spada 2 kr.	237"	przyspieszenie	Akcya serca słaba. Na l. o. przedtem operowałem ropienie. Na pr. o. ostre zapalenie spojówek. Ad. 8. Podczas opuszczania spadła 1 kr.
		9.	Drażnienie nerwu kulszowego przez 1' odległość cewek = 13.	w 6'25" spada 2 kr.	192"	przyspieszenie	Ad. 9. W pierwszej zaraz chwili zadrażnienia zostaje wypchnięta kropla — zwisa i spada dopiero po 2'5". Następna po 4'20".
		10.	Drażnienie nerwu kulszowego przez 2' odległość cewek = 12.	Wydzielanie zupełnie ustało, pies nie żyje.			
IV. 380	Pies. Kokaina do worka spoj. Przy ciśnieniu = 26 cm. nic się nie wydziela. Obniżono do 18 cm. W 3'20" spada 2 kr. 1 kr. do 100"	11.	Obniżono powtórnie ciśnienie do 10 cm.	W 6'45" spada 4 kr.	91"	słabe przyspieszenie	
		12.	Puszczono strumień ciepłej wody (50°C).	po 5' spada 1 kr.	300"	opóźnienie	Ad. 12. Prąd ciepłej wody pod wysokiem ciśnieniem wywołał silny ból. Pies rzuca się gwałtownie, skutkiem czego wypchniętych zostało 5 kr., poczem płyn cofa się znacznie (na 2—3 cm.) Dopełniono. Płyn spuszczany pod małem ciśnieniem nie sprawia bólu znaczniejszego. Pies spokojny.
		13.	Puszczono strumień zimnej wody (5°C).	w 10'7" spada 3 kr.	202"	wzgl. przyspieszenie	Ad. 13. W pierwszej chwili cofa się.
		14.	Puszczono strumień ciepłej wody (45°C).	w 8'15" spada 2 kr.	243"	opóźnienie	Ad. 15. Ezeryna o godz. 11.40; godz. 11.42... źrenica zwęża się „ 11.44... „ b. wąska. Pies stęka. „ 11.49 Ezeryna powtórnie, kropla spada po 40". Pies rzuca się i szczeka, nie cofnęło się jednak.
		15.	Zakroplono ezerynę do worka spoj.	w 9'40" spada 5 kr.	116"	przyspieszenie	

*) Skrócenie: Prawe oko = pr. o. Lewe oko = l. o.

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Rodzaj zwierzęcia i wydzielanie przy danem ciśnieniu w pr. k.	L. p. zabiegu	Rodzaj zabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie		W przecięciu 1 kr. przypada na sekund.		Skutek		U W A G I
				pr. o.	l. o.	pr. o.	l. o.	pr. o.	l. o.	
V. 385	Suczka z podwiązanym przed 3ma dniami ductus choledochus Obydwa oczy. Morph. muriat. podskórnie Do worka spoj. kokaina Ciśnienie w prz. kom. = = 10 cm. H_2O. w 7'55'' spada z pr. o. = 7 kr. z l. o. = 3 kr. pr. o.=1 kr. co 68'' l. o.=1 kr. co 158''	16.	Drażnienie nozdrza lewego sondą przez 14''	w 5' spada 2 kr.	w 5' spada 2 kr.	150''	150''	bez wpływu	przysp	Przed 3ma dniami wykonano irydektomię na lewem oku. Bez opatrunku dobrze zagojone. Ad. 16. Od chwili drażnienia spada 1sza kropla z pr. o. po 2'14''; od chwili drażnienia spada 1sza kropla z l. o. po 10'' 2ga „ „ za 14''
		17.	Drażnienie nozdrza prawego sondą przez 2'	w 1'30'' spada 2 kr.	w 1'30'' spada —	45''	—	przysp.	bez wpływu	Ad. 17. Tymczasem w pr. o. zbiera się nowa kropla.
		18.	Drażnienie nozdrzy zapom. wdechania amoniaku przez 1'	w 30'' spada 1 kr.	w 30'' spada —	30''	—	przysp	bez wpływu	Ad. 18 W pr. druga kropla zbiera się w ciągu 1' i cofa. W l. w chwili drażnienia zaczyna się zbierać kropla i cofa natychmiast.
		19.	Amoniak powtórnie 30''	bez wpływu. W pr. zbiera się i cofa.						
		20.	Drażnienie nozdrzy rozpylonym eterem przez 40''	w 6' spada 1 kr.	w 6' spada —	6''	—	przysp	bez wpływu	Ad. 20. W pr. po 25'' zbiera się i cofa. Z l. już od 12' nic się nie wydzieliło.
		21.	Podwyższono ciśnienie do 30 cm. H_2O	w 7' spada —	w 7' spada —	—	—	zatamowanie wydzielania		
		22.	Obniżono ciśnienie do 10 cm.	w 3'57'' spada 5 kr.	w 3'57'' spada 3 kr.	48''	79''	przysp. znaczniejsze	przysp mniejsze	Ad. 22. Podczas spuszczania spada kilka kropel z obydwu.
		23.	Podwyższono ciśnienie do 46 cm.	w 4' spada —	w 4' spada —	—	—	zatamowanie wydzielania		Ad 23. Pies wyje podczas podnoszenia. Pr. źrenica rozszerza się bardzo znacznie.
		24.	Obniżono ciśnienie do 10 cm.	w 3'32'' spada 3 kr.	w 3'32'' spada 2 kr.	70''	101''	przysp. znaczniejsze	przysp. mniejsze	Ad. 23. Podczas spuszczania spada kilka kropel z obydwu.
		25.	Drażnienie mechaniczne lewego nozdrza	w 1'22'' spada 3 kr.	w 1'22'' spada 3 kr.	27''	27''	przyspieszenie	przyspieszenie	Ad. 25. Pies rzuca się ciągle przez cały czas drażnienia.
VI. 387	Pies z podwiązanym przed 3ma dniami ductus choled. Morph. podskórnie. Kokaina do worka spoj. Ciśnienie = 10 cm. H_2O. W 6'30'' spadło z pr. o.=3 kr. z l. o.=4 kr. pr. o. = 1 kr. co 130'' l. o. = 1 kr. co 98''	26.	Drażnienie mechaniczne nozdrza lewego 40''	w 2' spada 1 kr.	w 2' spada 2 kr.	120''	60''	bez wpływu	przysp.	Przed 3ma dniami wykonano irydektomię na prawem oku — bez narkozy. Iridodialysis, krwotok do prz. kom. Krew zupełnie uległa wessaniu. Ranka dobrze zagojona (bez opatrunku). Szeroka szczelina, wolna. W pr. o wkłucie łatwe i gładkie; w l. o. trudne i komórka przy tem wypróżniła się. Wypełniono. Spadające krople notowano zapomocą elektrycznych sygnałów Becka. Ad. 26. Przy drażnieniu spadają krople w pierwszych tylko sekundach z odpowiedniej strony. Z l. w 38'' obie — potem nic. Z pr. po 15''.
		27.	Drażnienie mechaniczne nozdrza prawego 40''	w 2'15'' spada 1 kr.	w 2'15'' spada —	135''	—	przysp.	bez wpływu	Ad. 27. Z pr. w 4'' po rozpoczęciu drażnienia, poczem długo nic. W l. zbiera się kropla i cofa po 1'.
		28.	Drażnienie eterem nozdrzy przez 40''	w 2' spada —	w 2' spada 2 kr.	—	60''	bez wpływu	przysp.	
		29.	Powtórne drażnienie eterem 32''	w 3'45'' spada 1 kr.	w 3'45'' spada 1 kr.	225''	225''	opóźnienie	opóźnienie	Ad. 29. Od ostatniej kropli z pr. o minęło 4'15'' W ogóle przez 7'38'' spadła 1 kr. W tym samym czasie z l. o. 3 kr. Opóźnienie więc na obydwu oczach, ale mniej się wydziela z pr. o.
		30.	Podniesiono ciśnienie do 30 cm. na 5'	w 5' spada —	w 5' spada —	—	—	zatamowanie wydzielania		
		31.	Obniżono ciśnienie do 6 cm.	w 10''30'' 4 kr.	w 10'30'' 8 kr.	258''	129''	małe przysp.	znaczne przysp.	
		32.	Podniesiono ucisk śródoczny przez wepchnięcie płynu do prz. kom. zapomocą uciśnięcia rurek (2')	w 9' spada 4 kr.	w 9' spada 3 kr. (?)	135''	180''(?)	przysp	pozorne opóźnienie (?)	Ad. 32. Po zdjęciu ucisków, cofa się płyn nieco w lewej rurce, a więc nie wypełniono dokładnie tej rurki. Na pr. przeciwnie po zdjęciu ucisków natychmiast wypływa 3 kr. — 4 ta zaś dopiero po 4'35''. Z l. rurki natomiast spadają krople w równych odstępach czasu ± co 1'25''. Więc właściwie w l. o. znaczne przyspieszenie.
		33.	zakroplono do obydwu oczu atropinę 1% 3 razy w ciągu 10'	w 25' spadło 2 kr.	w 25' spadło 6 kr.	750''	170''	opóźnienie	opóźnienie	Ad. 33. Z l. o. spadają po atrop. krople: 1 kropla po 30'' 4 kropla po 210'' 2 „ „ 105'' 5 „ „ 150'' (zmiana walca) 3 „ „ 150'' 6 „ „ 390'' W ciągu dalszych 7'33'' nic się nie wydziela. Zakończono doświadczenie.

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Rodzaj zwierzęcia i wydzielanie przy danem ciśnieniu w prz. k.	L. p. zabiegu	Rodzaj zabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie	W przeciętniu 1 kr. przypada na sekund.	Skutek	U W A G I
VII. 393	Suczka. W 7,900 gr. Tracheotomia. Kurare. Sztuczne oddechanie.	34.	Wstrzyknięto do żyły udowej 10 gr. cukru gronowego (w 105 gr. H_2O)	w 10'55'' spada 14 kr.	46''	znaczne przyspieszenie	Wkłuto do obydwu oczu. Wydzielanie równe prawie zupełnie po obydwu stronach. Znaczki na elektrogramie wyraźniejsze z lewego sygnału. Podane z l. o. Ad. 34. Właściwe przyspieszenie trwało tylko przez pierwszych 7'15'', w których spadło 12 kropel, tak, że właściwie przyspieszenie było znaczniejsze, przypada bowiem 1 kr. co 35''. Pomiędzy 13—14 kr. upłynęło 90''.
	Ciśnienie w prz. k. = =10 cm. H_2O W 7' spadło 3 kr.	35.	Wstrzyknięto $2^1/_2$ mm. gr. pilokarpiny w 3 sz. cm. wody.	w 2'30'' spada 6 kr.	25''	znaczne przyspieszenie	Ad. 35. Przyspieszenie trwa 2'30''. Poczem następnych 3 kr. spada w 6'30''. Podczas zmiany walca 1 kr. spada.
	1 kr. co 140''	36.	Wstrzyknięto powtórnie $2^1/_2$ mlgr. pilokarp.	w 1'43'', spada 4 kr.	26''	przyspieszenie	Ad. 36. Przyspieszenie trwa tylko 1'43''. Poczem zwolnienie. Do najbliższej kropli upływa 1'35''.
		37.	Wstrzyknięto 3 sz. cm. fizyologicznego rozczynu soli k.	w 1'30'' spada —	—	bez efektu	
		38.	Wstrzyknięto $2^1/_2$ mlgr. pilokarpiny.	w 1'4'' spada 2 kr.	32''	przyspieszenie	
		39.	Wstrzyknięto 5 mlgr. atropiny.	w 4'10'' spada —	—	zatamowanie wydzielania	Ad. 39. Po upływie 1'4'' od zastrzyknięcia pilokarpiny, wstrzyknięto 5 mlgr. atropiny. W pierwszej chwili wypukła się kropla, poczem cofa się kropla i płyn w rurce na 5—8 mm.
		40.	Wstrzyknięto 10 gr. cukru gronowego (w 105 gr. H_2O.)	w 4' spadło 7 kr.	35''	znaczne przyspieszenie	
		41.	Wstrzyknięto 5 mlgr. atropiny.	w 5'30'' spadło 5 kr.	66''	opóźnienie (wzgl.)	Ad. 41. Natychmiast po wstrzyknięciu atropiny występuje opóźnienie. Wydzielanie jednak trwa i to w porównaniu z normalnem wydzielaniem jest. dwa razy szybsze (wpływ cukru).

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Rodzaj zwierzęcia i wydzielanie przy danem ciśnieniu w prz. k.	L. p. zabiegu	Rodzaj zabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie		W przeciętniu 1 kr przypada na sekund.		Skutek		U W A G I
				pr. o.	l. o.	pr. o.	l. o.	pr. o.	l. o.	
VIII 394	Kot. W 2 830 gr. Tracheotomia Kurare. Sztuczne oddechanie.	42.	Drażnienie lewego n. współczulnego 12'' Odległość cewek = 13.	w 12'' spada —	w 12'' spada 3 kr.	—	4''	bez efektu	przysp.	Odsłonięto nerw współczulny lewy i założono elektrody. Ad. 42. Z l. str. wśród drażnienia szybko 3 kr. spada, poczem cofa się. Żrenica lewa silnie się rozszerza. Protrusio bulbi. Palpebra tertia cofa się do załamków. Tęczówka jakby ku przodowi była wypchnięta. Przednia kom. momentalnie staje się płytsza. Dopełniono.
	Przy ciśnieniu 10 cm. nic się nie wydziela	43.	Drażnienie l. n. współ. 2gi raz. Odlgł. cew. = 13 przez 15''	w 15'' spada —	w 15'' spada 3 kr.	—	5''	bez efektu	przysp.	Ad. 43 i 44. J. w. Przez cały czas potrójnego drażnienia n. współczuln. lewego — z pr. o. jednostajne wydzielanie. W ciągu 10 spadło 4 kr. W przeciętniu więc 1 kr.: 110''. Naturalnie nie wlicza się 2 kr. przy trzeciem drażnieniu wypchniętych.
	Obniżono: Ciśnienie w prz. k. = 6 cm. H_2O. w 1'20'' spada z pr. = 1 kr. z l. = 1 kr.	44.	Drażnienie l. n. wsp. 3ci raz. Odległ. cew. = 10 przez 15''	w 15'' spada 2 kr.	w 15'' spada 5 kr.	7''	3''	słabsze przyspieszenie	znaczne przyspieszenie	
	pr. o. = 1 kr. co 80'' l. o. = 1 kr. co 80''	45.	Wlano do żyły udow. 32 c.cm. soli kuch.	w 3'10'' spada —	w 3'10'' spada 3 kr.	—	63''	—	przysp.	Ad. 45. Przygotowania do wlewania trwają około 10'. Przez ten czas spadło z l. 2 kr. z pr. 1 kr. A więc w l. o. po wypchnięciu skutkiem drażnienia sympathic. sin. opóźnienie znaczne w wypływaniu (1 kr.: 300'').
		46.	Wlano do żyły udow. 80 sz. cm. cukru gron. (Rozczyn 20%) 16 gr. cukru.	w pierwszych 8'30'' — w następnych 8'30'' 10 kr	w pierwszych 8'30'' 10 kr. w następnych 8'30'' 10 k.	— 51''	51'' 51''	— przyspieszenie	znaczne przysp. przysp.	Ad. 46. Pr. kaniulkę zatkał prawdopodobnie skrzep — dlatego nie wydzielało. Uciśnięto kilkakrotnie palcami rurkę przy kaniulce w 9' minucie, poczem wydzielanie jak z l. o.
		47.	Drażnienie sympath. sin. przez 25'' Odlgł. cewek = 8.	na obydwu oczach wypchnięta początkowo kropla zostaje napowrót wciągnięta.						Ad. 47. L. źrenica od czasu drażnienia b wąska, 3 razy węższa od prawej.
		48.	J. w.							

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Rodzaj zwierzęcia i wydzielanie przy danem ciśnieniu w prz. k.	L. p. zabiegu	Rodzaj zabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie	W przeciętu 1 kr. przypada na sekund.	Skutek	U W A G I
IX. 395	Pies. W 4.600 gr. Tracheotomia Kurare. Sztuczne oddechanie Przy ciśnieniu 8 cm. nic się nie wydziela t. j. nic nie wypływa (p. uwagę)	49.	Wstrzyknięto $2^1/_2$ mlgr. pilokarpiny	w 1'30' spada 4 kr.	23"	przyspieszenie	Przygotowania długo trwają. Po 15' przekonano się, że przeciekają rurki koło kaniulek. Wciągnięto głębiej. Udaje się dobrze na l. o. — na pr. niezupełnie. Podaję wyniki tylko z l. o. Ad. 49. Przyspieszenie trwa przez 1'30". Potem nic się nie wydziela przez 3'.
		50.	Wstrzyknięto powtór. $2^1/_2$ gr. pilokarp.	—	—	bez efektu	Ad. 50. Po wstrzyknięciu nawet cofa się z początku, poczem szybko zbiera się jedna kropla i spada. Następnie nic się nie wydziela przez 2'5".
		51.	Duszenie przez 1'30"	w 1'30" spada 3 kr.	30"	przyspieszenie	Ad. 51. Kurcze, lekkie drgawki. Nastawia się 4ta kropla. Po ustaniu duszenia cofa się. Przez dalsze 3' nic się nie wydziela.
		52.	Duszenie aż do śmierci	w 3'40" spada 6 kr.	33"	przyspieszenie	Ad. 52. Duszenie rozpoczęto o godz. 7.8 Wszelkie drgawki ustały . . „ „ 7.10 Wydzielanie ustało . . . . „ „ 7.11'40" (Komórki bardzo płytkie) W rurce pr. cofa się płyn o godz. 7.15' „ „ l. „ „ „ „ „ 7.15'30"
X. 400	Suczka. W 4.400 Tracheotomia Kurare. Sztuczne oddechanie.						Przed 20 dniami operowana przez Dr. F. na rdzeniu kręgowym. Wogóle bardzo osłabiona. Wydzielanie cieczy wodnej bardzo upośledzone i to tak samoistne jak i pod wpływem wstrzyknięcia peptonu, cukru gronowego, zakroplenia nikotyny do worka spojówkowego i duszenia.
XI. 404	Pies. W. 8.000 gr. Tracheotomia. Kurare. Sztuczne oddechanie Ciśnienie w prz. k. = = 8 cm. W 3'50" spada 4 kr. 1 kr. co 58"	53.	Wstrzyknięto do żyły udowej 10 sz. cm. wyciągu jelit (10%)	w 3' spada 8 kr.	22'	znaczne przyspieszenie	Lewa rurka przecieka — podany wynik tylko z pr. o. Ad. 53. Przez dalszych 3'20" nic się nie wydziela.
		54.	Wstrzyknięto 5 sz. cm. wyciągu jelit.	w 2'45" spada 4 kr.	41"	przyspieszenie	Ad. 54. Przyspieszenie mniejsze i krócej trwa. W kaniulce mechaniczna przeszkoda, po usunięciu której krople szybko spadają. W dalszych 6' spadło tylko 2 kr.
				przez 5' nic się nie wydziela poczem:			
		55.	Zakroplono atropinę do worka spoj.	w 8' spadło 6 kr.	80"	opóźnienie	Ad. 55. Pies mimo kurare rzuca się. Źrenica w 15' po zakropleniu atrop. jeszcze się nie rozszerzyła. Przez dalsze 4' nic się nie wydziela.
		56.	Wstrzyknięto 5 sz. cm. wyciągu jelit.	w 6'40" nic się nie wydziela		zatamowanie wydzielania	Ad. 56 i 57. Puls na art. femoralis ledwie wyczuwalny, ogromnie przyspieszony. Ruchów serca wyczuć nie można. Ciśnienie w naczyniach bardzo obniżone. Źrenica ciągle b. wąska.
		57.	Wstrzyknięto 5 sz. cm. wyciągu jelit	w 6'10" nic się nie wydziela			
		58.	Duszenie przez 4' (niezupełne)	w 5' spada 6 kr.	50"	przyspieszenie	Ad. 58. Poczem przez 5'39" nic się nie wydziela.
		59.	Rozczyn nikotyny do worka spoj. (1 kr.)	w 1'50" spada 6 kr.	18"	znaczne przyspieszenie	Ad. 59. W 2'20" po zakropleniu nikotyny źrenica dotychczas wąska zaczyna się rozszerzać. Przez dalszych 10' nic się nie wydziela.
		60.	Duszenie	nic się nie wydziela aż do końca.			Ad. 60. Duszenie o 7.43'. Ciśnienie krwi bardzo niskie. Tętno ledwie wyczuwalne. Godzina 7.49. Tętno poprawia się. Źrenica szersza. „ 7.51. „ ledwie wyczuwalne. „ 7.52. Źrenica od maximum rozszerzona, płyn w rurce cofa się. +

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Rodzaj zwierzęcia i wydzielanie przy danem ciśnieniu w prz. k.	L. p. zabiegu	Rodzaj zabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie		W przecięciu 1 kr. przypada na sekund.		Skutek		Ciśnienie krwi	UWAGI
				pr. o.	l. o.	pr. o.	l. o.	pr. o.	l. o.		
XII. 405	Kot. Tracheotomia. Kurare. Sztuczne oddechanie.	61.	Wstrzyknięcie wyciągu nadnercza psa 5 gr. 1% rozczynu	w 1'40'' spada 8 kr.	w 1'40'' spada 10 kr.	12''	10''	znaczne przysp.	znaczne przysp.	ogromne podwyż.	Drażnienie symp. sin. i vagus sin. niepewne daje wyniki. Odnosi się jednak wrażenie, jakoby drażnienie n. błędnego, tak dośrodkowego jak odśrodkowego końca, wywoływało podwyższenie wydzielania. Drażnienie n. sympat. wywołuje bardzo nieznaczne tylko rozszerzenie źrenicy. Ad. 61. Przyspieszenie wydzielania rozpoczyna się w 14' na l. o. Przyspieszenie wydzielania rozpoczyna się w 17'' na pr. o. i trwa 1'40'' Przyczem rozszerzenie źrenicy. Obfity krwotok z tęczówki.
	Ciśnienie w prz. k. = = 10 cm. H_2O.	62.	Powtórne wstrzyknięcie nadnercza 6 gr. 1% rozczynu	w 1'30'' spada 4 kr	w 1'30' spada 3 kr.	22'	30''	przysp.	przysp.	podwyż.	Ad. 62. Przyspieszenie mniejsze, niż poprzednio. Źrenice znowu się rozszerzają. Krwotok zwiększa się. W l. rurce powstaje skrzep. Do końca doświadczenia wypłynęło tylko 3 kr. Wynik tylko z pr. o. podany.
	W 8' spada z pr. = 9 kr. z l. = 8 kr.	63.	Drażnienie n. ischiadici d.	bez wybitnego efektu						bez wpływu	Ad. 63. W ogóle w tem doświadczeniu (a raczej u tego zwierzęcia) efekt drażnienia nerwów bardzo mało wydatny i bez wybitnego skutku.
	pr. 1 kr. co 53'' l. 1 kr. co 60''			w ciągu następnych 7'30'' spada							
				1 kr.	1 kr.	—	—	—	—	—	
		64.	III. Wstrzyknięcie wyciągu nadnercza 5 gr. 1% rozczynu	w 1'13'' 3 kr.	w 1'13'' —	24''	—	przysp.	—	podwyż.	Ad. 64. Rozszerzenie źrenicy mniejsze, niż poprzednio. Krwotok z tęczówki zwiększa się.
		65.	Wkroplenie nikotyny do worka spoj. pr. l.	w 13' spada 3 kr.	w 13'' spada —	4''	—	przysp.	—		
				Przez 3' nic się nie wydziela.							
		66.	Duszenie	w 2'30' 5 kr.	w 2'30'' —	30''	—	przysp.	—	podwyż.	Ad. 66. Po zdjęciu rurek stwierdzono skrzep w lewej kaniulce i rurce.

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Rodzaj zwierzęcia i wydzielanie przy danem ciśnieniu w prz. k.	L. p. zabiegu	Rodzaj zazabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie	W przecięciu 1 kr. przypada na sekund.	Skutek	Ciśnienie krwi	UWAGI
XIII. 407	Suczka w 5.100 gr. Tracheotomia. Kurare. Sztuczne oddechanie.	67.	Wstrzyknięto $2\frac{1}{2}$ gr. soli kuchennej w 60 gr. wody (4 r. po 15 gr.)	w 3'35'' spada 3 kr.	72''	słabe zmniejszenie	obniżenie	Ciecz wodna obok pr. kaniulki przecieka. Notowano tylko wydzielanie z l. o. Ad. 67. Po wstrzyknięciu każdej nowej porcyi 15 gr. chwilowe krótkie podwyższenie ciśnienia krwi — poczem natychmiast obniżenie. W całości ciśnienie czem raz niższe. Fala tętna krótsza, drobniejsza. Akcya serca słaba.
	Ciśnienie w prz. k. = 10 cm. H_2O. w 20' spada 19 kr. 1 kr. co 63''	68.	Wstrzyknięcie wyciągu nadnercza (z człowieka) a) 5 gr. b) 5 gr. c) 5 gr. } w ciągu 3'40''	w 6'30'' spada 2 kr.	195''	znaczne zmniejszenie	stałe obniżenie	Ad. 68. Ciśnienie krwi obniżone poprzednio b. znacznie, podnosi się nieco tylko w chwili zastrzyknięcia i natychmiast opada. Dopiero po 3ciem zastrzyknięciu podnosi się na stałe, nie dosięga jednak poprzedniej wysokości (z początku doświadczenia). N. b. Wyciąg z nadnercza ludzkiego, podczas gdy w poprzedniem (XII) doświadczeniu było nadnercze psa.
		69.	Wkroplenie nikotyny do worka spoj. a) 1szy raz	w 3'40'' spada 8 kr.	27''	znaczne przyspieszenie	—	Ad. 69. a) Przyspieszenie rozpoczyna się w 36'' po zakropleniu nikotyny i trwa przez 3'40''. Poczem w 3' wydziela się 5 kr.
			b) 2gi raz	w 2'23'' spada 5 kr.	29''	przyspieszenie	—	b) Przyspieszenie rozpoczyna się w 35'' po zakropleniu nikotyny i trwa przez 2'23'', krócej od poprzedniego.
			c) 3ci raz	w 3' spada 3 kr.	60''	bez wpływu	—	c) Po 3ciem zakropleniu nie ma przyspieszenia.
		70.	Duszenie	w 2'20'' spada 3 kr.	46''	przyspieszenie	podwyż.	Ad. 70. W 4' po rozpoczęciu duszenia spada 4ta kr. i natychmiast płyn w rurce się cofa +.

L. p. i Nr. protokołu zakładu fizyol.	Rodzaj zwierzęcia i wydzielanie przy danem ciśnieniu w prz. k.	L. p. zabiegu	Rodzaj zabiegu	Ilość kropel w oznaczonym czasie	W przecięciu 1 kr. przypada na sekund.	Skutek	Ciśnienie krwi	U W A G I
XIV. 412	Pies. W. 22,190 gr. Tracheotomia. Kurare. Sztuczne oddechanie.	71.	Drażnienie ischiadicus. sin. a) odległ. cew. = 13 (przez 25″)	1 kr. wśród drażnienia	1 kr. wśród drażnienia	bez zmiany	bez zmiany	Podwiązano obydwa n. błędne. Odsłonięto lewy n. kulszowy. Obok pr. igiełki przecieka; tylko z l. oka notowane. Ad. 71. a. I tak miała kropla spaść. Nb. Po ukończeniu drażnienia w ciągu 4 50″ ciśnienie stale wyższe niż z początku. Wydzielanie też obfitsze 7 kr. t. j. 1 kr. co 41″.
	Ciśnienie w prz. k = = 10 cm. H_2O.		b) odległ. cew. = 11 (przez 30″)	wśród drażnienia 2 kr.	15″	przyspieszenie	pod. wyż.	
	w 9′ spadło 8 kr. 1 kr. co 67″		c) odległ. cew. = 10 (przez 35″)	wśród drażnienia 2 kr.	17″	przyspieszenie	podwyż.	
		72.	Wstrzyknięcie 12% rozczynu mocznika 40 gr. 8 porcyi po 5 gr.	w 8′ spadło 8 kr.	60″	wzgl. opóźnienie w stosunku do samoistnego wydzielania przyspieszenie	obniżenie	Ad. 72. Ciśnienie utrzymuje się po upadku na jednej prawie wysokości. Pierwsze krople spadają co 46″—47″. Ostatnia tu wliczona spada dopiero po 1′30″.
		73.	Wstrzyknięcie nadnerczyny 1% rozczynu 25 gr.	w 9′ spadło 5 kr.	108″	opóźnienie	bez wpł.	Ad. 73. Nadnercze, jak w poprzedniem doświadczeniu, z człowieka. Ciśnienie krwi jak w l. 72.
		74.	Drażnienie okolicy rzęskowej prądem przeryw. a) odległ. cew. = 15 (przez 15″) b) odległ. cew. = 13 (przez 20″) odległ. cew. = 13 (przez 10″) d) odległ. cew. = 10 (przez 10″)	bez wpływu	—	—	bez wpływu	
		75.	Drażnienie ischiadicus.	1 kr szybko zebrała się i spadła, 2ga zbiera się		przyspieszenie	podwyż.	Ad. 75. Krople spadają regularnie w równych odstępach czasu co 120″ jedna.
		76.	Wstrzyknięcie soli kuchennej 15 gr. (w 105 gr. H_2O) 7 porcyi po 15 gr	w 6′ spadło 10 kr.	36″	znaczne przyspieszenie	podwyż.	Ad. 76. Za każdą świeżą porcyą podnosi się ciśnienie. Po ostatniej porcyi trwa przyspieszenie jeszcze przez 3′. Również i ciśnienie stale wyższe, niż poprzednio. Następuje zwolnienie: W 8′10″ spadło 6 kr. w przecięciu więc 1 kr. co 82″.
		77.	Wstrzyknięcie nikotyny (0,015) do żyły	w 1′13″ spadło 8 kr.	9″	b. znaczne przyspieszenie	ogrom. podwyż.	Ad. 77. W 8′ ruchy serca stają się gwałtowne. Ciśnienie podskakuje ogromnie — wyrzuca rtęć — krwotok; zaciśnięto tętnicę. Po 30″ spadła jeszcze jedna kr., następna dopiero po 7′10″. 3cia wśród drażnienia dośrodkowego końca n. vagi po 2′50″. Wśród tego serce uspokaja się zwolna. Ciśnienie opada.
		78.	Drażnienie n. vagi a) odległ. cew.=13 (18″) b) odległ. cew.=10 (16″) c) odległ. cew.=10 (16″)	bez wpływu	—	—	bez wpływu	
		79.	Duszenie.	w 1′44″ spadło 4 kr.	26″	przyspieszenie	podwyż.	Ad. 79. Godz. 8.58′ początek duszenia. „ 8.59′ drgawki. Tętno pełne, dobre. „ 9.2′ tętno słabe, bardzo przyspieszone, dwubitne niejednostajne. Po 1′44″ wydzielanie ustało.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O leczeniu chirurgicznem rozszerzeń i jam oskrzelowych.

Podał
Dr. M. W. Herman
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Tak rozpatrzywszy się w materyale dotychczas nagromadzonym, spróbuję z liczb i zestawień wysnuć wnioski, które dla mnie stanowić będą wytyczną w przyszłości.

Przechodząc nad etyologią, anatomią patologiczną i symptomatologią do porządku dziennego, podnieść chciałbym tylko jeden szczegół. Zgrubienie pałeczkowate końców palców, wywołane, bardzo być może, utrudnionem krążeniem w płucach, tłómaczy wielu autorów, między innymi w najnowszych jeszcze czasach Kümmel, przerostem czy też zgrubieniem kości. Zdaje mi się, że tłómaczenie to nie zgadza się z prawdą. Jak to bowiem niedwuznacznie widzieć można na umieszczonym obok röntgenogramie (por. rycinę),

pochodzącym z ręki naszego chorego, ostatnie członki kostne palców zachowały kształt i rozmiary zupełnie prawidłowe. O tem poucza nietylko porównanie z röntgenogramem ręki zupełnie zdrowej, lecz także stosunek ostatnich członków palców do pierwszych na tejże samej fotografii. Zupełnie podobne stosunki oglądałem, dzięki uprzejmości kolegi Dra R. Renckiego, na innej fotografii, zdjętej X-promieniami z ręki chorego z kliniki Prof. Gluzińskiego, cierpiącego również na rozszerzenie oskrzeli. Dwa te przypadki, oba typowe, pozwalają mi twierdzić, że kształt pałeczkowaty palców u chorych na rozszerzenie oskrzeli (a najprawdopodobniej i we wszystkich innych chorobach, w których zgrubienie to występuję) zawisł jedynie od zgrubienia części miękkich palców bez współudziału kości.



Po tem chwilowem zejściu z wytkniętej drogi wracam do właściwego przedmiotu. Wiemy, że rokowanie w rozszerzeniach oskrzeli nie tylko co do zdrowia, lecz także co do życia bardzo smutnie się przedstawia. Zmiany anatomiczne, będące podstawą tego cierpienia, są tego rodzaju, że *restitutio ad integrum,* to zdarzenie, zaledwie pomyśleć się dające. Lecz ze zmianami temi wieść można żywot całymi dziesiątkami lat. Gorzej z powikłaniami, jakie w każdym okresie cierpienia wystąpić mogą, a które postawić mogą chorego nad grobem. Do tych należą ropień ostry lub przewlekły, zgorzel ostra płuc, sprawy zapalne, krwotoki — jako powikłania miejscowe; zwyrodnienie skrobiowate narządów jamy brzusznej, a zwłaszcza nerek — jako następstwo przewlekłego ropienia; i wreszcie ropnie przerzutowe w mózgu, pod przeponą i t. d. O innych, rzadszych powikłaniach, nie wspominam. Poprzednio wyliczone nie należą bynajmniej do rzadkich. W powyższem zastawieniu, obejmującem 60 przypadków operowanych znachodzimy: 1) przewlekłe i ostre ropnie w płucach 4 razy, 2) ostrą zgorzel płuc 4 razy, 3) sprawy zapalne *(broncho-pneumonia, pleuritis)* 7 razy, 4) krwotoki z płuc 3 razy, 5) zwyrodnienie skrobiowate 2 razy, 6) ropień w mózgu i zapalenie opon 7 razy, 7) ropień podprzeponowy 1 raz.

Wszystko to, jak widzimy, sprawy bardzo poważne, a wiele z nich bezwzględnie zabójcze. Wobec większości z nich, jak i wobec samego głównego cierpienia jest medycyna wewnętrzna prawie bezsilna.

W miarę zatem postępu chirurgii poczęto próby chirurgicznego leczenia chorych na rozszerzenie oskrzeli. I mimo to, że próby te trwają już prawie 30 lat, nie można jeszcze w sprawie tej wyrzec ostatniego słowa. Bo i cóż chirurgia w tej chorobie zdziałać może? W niektórych przypadkach przez nacięcie płuc i otwarcie jam oskrzelowych możemy zapewnić dostateczny odpływ ich treści, a także do pewnego stopnia korzystnie wpłynąć na rozległość cierpienia, usuwając żebra na znaczniejszej przestrzeni i tą drogą wspierając naturę, dążącą do zapadnięcia (retrakcyi) klatki piersiowej, w okolicy zajętej chorobą. To mniej więcej wszystko. W piśmiennictwie spotykamy nie wiele przypadków, rzekomo zupełnie wyleczonych przez pneumotomią. W naszem zestawieniu mamy ich aż 16, co stanowi 26·6%! Większa część jednak tych chorych zmarła skutkiem wspomnianych powikłań już po paru miesiącach, a najdalej po paru latach, tak, że w rzeczywistości zupełnych wyleczeń pozostanie zaledwie około 10%. Wyleczenie zaś to nie inaczej nastąpić może, jak tylko przez zupełny zanik jam oskrzelowych, co się dzieje przez rozwój i kurczenie się tkanki łącznej bliznowatej w ścianach rozdętych oskrzeli i w ich obwodzie. A stać się to może jedynie przez zapewnienie swobodnego i zupełnego odpływu wydzieliny i umożliwienie zapadnięcia się klatki piersiowej, po wypiłowaniu odpowiedniego kawałka żebra lub nawet żeber.

Już łatwiej i o wiele łatwiej wspomnianem leczeniem chirurgicznem osiągnąć znaczną poprawę w objawach choroby, t. j. zmniejszyć, nawet w bardzo znacznym stopniu wykrztuszanie, zmienić wydzielinę cuchnącą w niecuchnącą, i w ten sposób uczynić chorego, budzącego wstręt w sobie i otoczeniu, znów znośnym członkiem społeczeństwa i wrócić go zajęciom codziennym. Wedle naszej statystyki osiągnięto taki wynik w 20 przypadkach, coby stanowiło 33%.

To nasze zestawienie różni się znacznie od zestawienia Trzebickiego, który na 12 przypadków nie zapisuje ani jednego wyleczenia, a aż 8 przypadków śmierci. Bardziej do naszej zbliżoną jest statystyka Quinkego, który wogóle we wszystkich przewlekłych sprawach w płucach wykazuje: 20% wyleczeń, 32% polepszeń; w 9% nie osiągnięto dodatniego wyniku, a w 38% nastąpiła śmierć już to skutkiem, już to po operacyi. Nie najgorsze wyniki i bardzo do naszych zbliżone znachodzimy u Tuffiera.

Z tego wszystkiego należałoby wnosić, że w odpowiednio dobranych przypadkach, spodziewać się należy po pneumotomii poprawy, a wyjątkowo tylko wyleczenia. Jakiż jednak wpływ może mieć operacya na powikania? Powołuję się na powyższe zestawienie, z którego wynika, że sprawa tak groźna i prawie bez wyjścia, jak ropień w mózgu, tak często występuje, iż chyba na częstość jej sama operacya wpływu mieć nie może. Również częstemi były sprawy za-

palne w płucach i opłucnej. Natomiast sądzę, że sprawy miejscowe takie, jak ropień i zgorzel płuc występują po operacyi rzadziej, a zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych w obec swobodnego odpływu ropy powinno zdarzać się nie tak często, względnie później się pojawiać.

Sądzę zatem, że w pewnych korzystnych warunkach jest pneumotomia wobec rozszerzenia oskrzeli wskazaną, wpływa bowiem korzystnie nie tylko na objawy chorobowe, lecz także i na niektóre powikłania, zdarzające się w rozszerzeniu oskrzeli, a w pewnych wyjątkowych przypadkach może nawet wpłynąć korzystnie na samą chorobę.

Przez korzystne zaś warunki rozumiem tylko rozległość i usadowienie się cierpienia, a nie jego jakość anatomiczną. Jak wiadomo bowiem rozróżniamy rozszerzenie oskrzeli walcowate i workowate — czyli jamy rozstrzeniowe. Rozróżnienie to jednak udaje się zazwyczaj tylko na stole sekcyjnym, tak jak z drugiej strony badaniem fizykalnem niemal nigdy rozróżnić ich nie potrafimy. Gdyż, wbrew nadziejom teoretycznym, tak jedne jak i drugie w pewnych szczególnie korzystnych warunkach mogą dawać fizykalne objawy jamy, lub ich nie dawać. A innych sposobów rozróżniania nie mamy. Byłoby to jednak wcale korzystnem. Albowiem możemy lepiej rokować i śmielej wykonywać operacyę w przypadkach rozszerzeń workowatych, niż walcowatych. Na razie jednak musimy być zadowoleni gdy się nam powiedzie stwierdzić, gdzie i na jakiej przestrzeni rozszerzenie się usadowiło. Bo tylko w tych przypadkach należy wyczekiwać korzystnych wyników po operacyi, w których rozszerzenie oskrzeli zajmuje nie dużą przestrzeń, najwyżej jeden płat i to dolny. W przypadkach prostych, t. j. takich, gdzie chory odkrztusza plwocinę nie cuchnącą i nie można wykazać zwyrodnienia skrobiowatego nerek, operacya jest tylko względnie wskazaną t. j. zależy od stanu ogólnego chorego. Gdy stan ogólny jest nędzny i odżywienie podupada, należałoby choremu proponować operacyę. Natomiast w każdym przypadku, w którym plwocina staje się cuchnąca, zawsze jednak z tem zastrzeżeniem, że rozszerzenie zajmuje tylko jeden płat dolny, należy choremu bez zwłoki przedstawić możliwość operacyi i nakłaniać go do niej. Bezwzględne wskazanie stanowią przypadki, w których na tle rozszerzenia oskrzeli rozwinął się ropień lub zgorzel. Tu jednak te powikłania tak przeważają nad cierpieniem głównem, że operując nie liczymy się się z tem ostatniem wcale.

W obec zajęcia płatów górnych leczenie operacyjne traci prawie racyę bytu, gdyż przez operacyą, t. j. przez założenie przetoki z płuc na zewnątrz zapewniamy głównie i przedewszystkiem swobodny odpływ śluzowi i ropie na zewnątrz. Odpływ zaś ten, d r a i n a g e, płat górny, dzięki stosunkom anatomicznym, w przeciwieństwie do płatów dolnych, ma już z natury zapewniony.

Płaty dolne natomiast musimy wcześnie sączkować. W dobranych wedle poprzednio wyłuszczonych zasad przypadkach rozszerzenia oskrzeli idealną, bo doszczętną operacyą byłaby pneumektomia, t. j. wyjęcie płatu, chorobowo zmienionego. Pneumektomia, to jednak operacya przyszłości; — w powijakach niemowlęcych zdobyła sobie zaledwie prawo bytu w pracowniach. Musimy więc na razie i pewno na długo, obywać się technicznie wyrobioną pneumotomią t. j. nacięciem płuc. Dawniej używanego nakłócia trójgrańcem i drenowania przez pochewkę jego, lub nacięcia międzyżebra z wytworzeniem maleńkiej przetoki, którą następowo dopiero rozszerzano pręcikami z blaszkownicy i t. p. połowiczych, niepewnych i dziś zupełnie przestarzałych sposobów chyba żaden z chirurgów nie użyje. (Dok. nast.)

V. Wyciągi.

F l e m m i n g. **O podziale komórek.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900. 16) Razem z odkryciem przez Schwana komórek zwierzęcych (1838) rozszerzać się poczęła teorya jego, że komórki powstają przez rodzaj krystalizacyi z nieuorganizowanej zarodzi (*blastema*). Już jednak w cztery lata później opisał Remak wiele okresów mitozy, nie tłómacząc ich dostatecznie, poczem szybko wykształciła się nauka o powstawaniu komórek przez podział, w którym najważniejszą rolę odgrywa jądro, uwieńczona dokładnem zbadaniem podziału mitotycznego. Przedewszystkiem określono 5 okresów mitozy, zależnych od przekształceń w zrębie chromatynowym jądra: 1) kłębek, 2) gwiazda, 3) metakineza 4) gwiazdy pochodne, 5) kłębki pochodne, z których w końcu powstają jądra o zwykłej budowie jądra t. zw. „spoczywającego“. Ponieważ chromatyna nie zawsze przybiera w mitozie postać nitek, przeto cząstki, na które się dzieli, nazwał Waldeyer (lepiej) chromosomami. Równocześnie ze zmianami w zrębie chromatynowym powstają dwa centrosomy z jednego, który znajdował się w sąsiedztwie jądra, odsuwają się potem na obwód, zajmując położenie biegunowe, przyczem między nimi wytwarza się z lininy jądra „wrzecionko“, a około nich pola promieniste. Centrosomy i wrzecionko niewątpliwie mają wpływ mechaniczny na przebudowę i rozdział chromatyny jądra, ale jaki, tego dotąd stanowczo nie rozstrzygnięto. Właściwie dokładnie wszystkie szczegóły mitozy opisał dopiero w r. 1873 zoolog Schneider; praca jego wskutek skromności autora później dopiero znalazła należyte uznanie, tymczasem pojawiały się prace Bütschliego i Strassburgera, aż w r. 1878 Flemming umiejętnem postępowaniem wykazał bezpośrednio i umiejętnie zestawił porządek, w jakim odbywa się mitoza. Jeszcze przed nim dokonał tego Mayzel (Polak, warszawianin) w latach 1875/6, a równocześnie Peremeszko. Szereg prac różnych badany uzupełnił po r. 1880 naukę o mitozie do najdrobniejszych szczegółów. Prócz mitozy istnieje niewątpliwie także podział amitotyczny, który spostrzegał już Remak, ale błędnie uważał za prawidło, choć jest to raczej wyjątek; dopiero Arnold wydobył sprawę tę z zapomnienia i dokładnie opracował, wykazując, że nie jest ona tak prosta, jak się na pozór wydaje. — Wszystkie te zdobycze zawdzięcza nauka głównie postępom techniki drobnowidowej i udoskonalonym drobnowidom (Zeiss — Abbe); F. zauważa jednak, że wszystkie nowe fakta czekają jeszcze na wytłomaczenie podobnie, jak wogóle cała fizyologia komórki. *Ciechanowski.*

R e i c h e n b a c h: **Przypadek niezwykłej dyslokacyi przy złamaniu podudzia.** (*Deut. med. Wochensch.* 1900 Nr. 16). W przypadku, opisanym przez R., linia złamania biegła poprzecznie w połowie podudzia. Wykonano kilkakrotnie prześwietlanie promieniami Roentgena dawało różne obrazy, tak że dopiero na podstawie zestawienia kilku obrazów można było oznaczyć rzeczywiste ustawienie odłamków. Obie kości przesunięte były w dwóch, prostopadle do siebie stojących płaszczyznach. Przypadek powyższy potwierdza słuszność twierdzenia C. Becka, że celem uniknięcia poważnych pomyłek należy zawsze X — prześwietlanie uskuteczniać w kilku płaszczyznach. *Urbanik.*

B ä u m l e r. **Przyczynek do rozpoznawania zmian pylicowych w płucach.** (*Münch. med. Wochsch.* 16. 1900). Tak gruźlica, jak i pylica wywołuje w mniejszym lub większym stopniu rozrost tkanki łącznej, to też obraz chorobowy w pylicy przy świeżym nieżycie dróg oddechowych, lub ograniczonem ostrem zapaleniu nieżytowem, może z łatwością naśladować gruźlicę. Ważną jest rozpoznawczo i prognostycznie rzeczą, aby pylicowe zmiany w płucach, w których zakażenia gruźliczego nie ma, dostatecznie odróżniano od przypadków wolno rozwijającej się wśród zagęszczenia łącznotkankowego gruźlicy. B. spostrzegać miał często przy zmianach pylicowych mniej lub więcej wybitne wciągnięcie przednich brzegów płuc tak, że przednie śródpiersie zupełnie płucem zakrytem nie było. B. twierdzi, że obraz taki pozwala przyjmować łącznotkankowe zmiany na tle pylicy, jak również i płuc gruźlicą zajętych; w tym ostatnim wypadku ma być wskazówką ograniczania się sprawy chorobowej. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Prof. F l e i n e r. **Przyczynek do patologii przełyku.** (*Münch. med. Wochsch.* 16. 1900). Wskutek zwiotczenia ścian przełyku, zwę-

żenia wpustu, czy wreszcie wady ustrojowej, tworzy dolna część przełyku rozmaitego kształtu i różnej wielkości uchyłki. Zależnie od postaci takiego rozszerzenia przełyku, ilości zalegającej treści, wreszcie miejscowego stanu błony śluzowej, spotykamy się w tych cierpieniach z lżejszymi lub cięższymi przypadkami. Rozpoznanie łatwe, bardzo często już z samych wywiadów. Sondowanie odbywać się powinno z jaknajwiększą ostrożnością, zgłębnikiem miękim i o ile możności jak najgrubszym. Leczenie polega na sondowaniu chorego, przepłókiwaniu przełyku, (zwykle czystą letnią wodą, w razie nadżerek lekkimi środkami ściągającymi lub odkażającymi ($1^0/_0$ kw. salicyl.) i karmieniu chorych przez zgłębnik. Obok sondowania podaje F. chorym takim łykami wody alkaliczne (bez kw. węgl.) lub płyny kleikowate. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Prof. Bier. **O przyczynach przerostu serca w chorobach nerek.** *(Münch. med. Wochsch.* 16. 1900). Nie zwiększone parcie, jak utrzymuje Traube, ani odruchowy skurcz naczyń, jak chcą Bright i Johnson, ale prosty przerost roboczy jest przyczyną powiększania się serca przy chorobowem zajęciu nerek. Nerka z sercem uzupełniają się w wydzielaniu moczu, nerki bowiem nie można uważać za narząd czysto wydzielniczy, jest ona w części i zwykłym sączkiem. To też w miarę zmniejszania się powierzchni nerkowej, zwiększa się praca serca, które stara się przepchać przez pozostałą zdrową jeszcze powierzchnię nerkową — zwykłą, całą ilość substancyi wydzielniczych. Jeśli praca serca jest wystarczającą, równowaga w układzie wydzielniczym utrzymuje się, przerost więc serca ratuje tutaj sytuacyę. Zwiększanie się ilości moczu, uważa B. również za objaw wyrównania, albowiem więcej rozcieńczone substancye wydzielnicze, łatwiej przychodzi wydalać przybłonkom kanalików nerkowych. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

G. Hoppe-Seyler. **Cukromocz po nadmiernych wysiłkach.** *(Münch. med. Wochsch.* 16. 1900). H. ogłasza kilka przypadków pojawiania się cukru w moczu po wytężonych wysiłkach fizycznych, nieregularnem życiu, a lichem odżywianiu się. W każdym z tych przypadków cukier niknął z moczu przy odpowiedniem zachowaniu się i nie pojawiał się nawet po podawaniu na czczo 100—200 gr. cukru gronowego. Pojawianie się cukru odnosi H. do zaburzeń czynności wątroby, a więcej może jeszcze trzustki i zestawia ten cukromocz z doświadczeniami Hofmeistra i cukromoczem głodowym Naunyna. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Prof. Breitung. **W sprawie psychologii znużenia głosu** *(Münch. med. Wochs.* 16. 1900). B. podaje przypadek nagłej chrypki, której tło, czysto psychiczne, udało mu się prawie natychmiast usunąć zapomocą poddawania. *Dr. St. B. K.*

I. Strasburger. **Nowy sposób otrzymywania osadu dla drobnowidowego wykazania drobnoustrojów. Prątki gruźlicze w kale.** *(Münch. med. Wochsch.* 16. 1900). I. Rozrobioną jednym ctm. sześć. wody grudkę kału, wielkości $^1/_2$ ziarnka grochu, centryfuguje się. Nad utworzonym osadem gromadzi się mętna ciecz, w której znajdują się drobnoustroje, nieopadające z osadem z powodu małego swego ciężaru gatunkowego. Chcąc szybko i pewnie dojść do wyników, radzi S. roztworzyć wierzchnią warstwę z pierwszego osadu dwiema częściami $96^0/_0$ wyskoku, po $^1/_2$ minutowem centryfugowaniu drobnoustroje, jako gatunkowo cięższe, opadają. II. Obecność prątków gruźliczych w kale nie stanowi jeszcze dowodu gruźliczego zajęcia jelit. Prątki muszą znachodzić się w gromadkach, odpowiadających świeżym hodowlom i to obok ropy, krwi i śluzu. Naodwrót mogą jelita być gruźliczo zajęte, choć prątków gruźliwykazać się nie udaje. W tych razach radzi jeden z badaczy podawać chorym makowiec, by tworzące się zbitsze grudki kału mechanicznie ścierały prątki ze ścian jelit. *Dr. St. B. K.*

C. Leichtenstern. **O objawach krtaniowych w przebiegu cukrzycy.** *(Münch. med. Wochsch.* 16. 1900). L. zwraca uwagę na przypadłości gardlane w przebiegu cukrzycy i podnosi, że bardzo często są one pierwszymi objawami chorobowymi, choć uczucie suchości w gardle i ustach, matowe wejrzenie błony śluzowej krtani, czasem — tylnej ściany gardła, łatwo bardzo przyjmujemy za zwykły suchy nieżyt. Na 412 przypadków cukrzycy 2 razy spotkał się L. z ropniami krtani, cierpieniem nadwyczaj rzadkiem, dla którego przyjął nazwę: *furunculosis laryngis diabetica.*
Dr. St. B. Kwiatkowski.

Graupner **Przyczynek do kazuistyki bąblowca miednicy** *(Ctbl. f. G.* N. 16. 1900). Autor opisuje przypadek bąblowca, umieszczonego między blaszkami więzu szerokiego macicy. Był to przypadek nawrotu choroby, gdyż ta sama chora przed 8 laty była operowaną drogę jamy brzusznej z powodu tego samego cierpienia. Wyjęto wtedy guz wielkości głowy męszczyzny, którego treść stanowił bąblowiec; przy operacyi zauważono, że nie była ona doszczętną. Autor leczył nawrót choroby w ten sposób, że naciął przednie sklepienie, opróżnił treść guza, ściany guza wszył w rany pochwy a jamę wytamponował. Przebieg pooperacyjny był zupełnie dobry, a chora uleczona tym razem zupełnie. *St. D.*

Doc. H. Schlesinger: ***Meralgia paraesthetica.*** (*Ctrbl. f. d. Grenzeeb. d. Med. u. Chir.* T. III Z. 7). W r. 1895 Bernhardt i Roth opisali nową jednostkę chorobową, cechującą się parestezyami i zaburzeniami w czuciu w skórze zewnętrznej powierzchni uda. Bóle, czasami bardzo silne, występują i wzmagają się podczas ruchu i zwykle znikają po położeniu się. Wyjątkowo widziano w zajętym obszarze (t. j. na obszarze *n. cutan. femoris extern*). zmiany odżywcze. Cierpieniu temu częściej ulegają mężczyźni w dojrzałym wieku, niż kobiety, a tłem jego najczęściej bywa kiła, alkoholizm, choroby zakaźne, ciąża, dna i uraz. Pamiętać przy tem należy, że meralgia może być tylko objawem pewnych chorób rdzenia (*haematomyelia, tabes* i t, p.). Co do zmian anatomicznych nie ma jeszcze ogólnej zgody, niektórzy przyjmują *neuritis*, inni *peri-* lub *paraneuritis*. Inni wspominają o guzach, uciskających na nerw, inni znów opisywali zgrubienie (wrzecionowate) nerwu lub też przerośnięcie żylakami. Stosunki topograficzne objaśniają dostatecznie działanie tych przyczyn. Często leczenie wewnętrzne skierowane przeciw cierpieniu podstawowemu, obok mięsienia, elektryzowania, zabiegów wodoleczniczych, jodu i t. p. sprowadza znaczną ulgę. Równie często jednak zawodzi. A wtedy wskazanem jest leczenie chirurgiczne, polegające na resekcyi nerwu udowego skórnego zewnętrznego. Po operacyi bóle zwykle, chociaż nie zaraz znikają, powstaje natomiast trwałe znieczulenie skóry w odpowiednim zakresie. Operacya jednak nie zapobiega trwale nawrotom cierpienia; spostrzegano już je, jakkolwiek w stopniu o wiele słabszym. *Herman.*

F. Bode: **Nowy sposób leczenia ogólnego zapalenia otrzewnej przez sączkowanie.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1900, Nr. 2). Po otwarciu jamy brzusznej, nie bacząc na zlepy, wydobywa B. wszystkie jelita, pętlę po pętli, i opłókuje je dużą ilością ciepłego rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Przy tym zabiegu nie tylko nie zauważył B. zapadu, lecz przeciwnie stwierdzał, że jakość tętna się poprawiała. Opróżnioną jamę brzuszną przemywa B. wspomnianym płynem w ilości 30—40 litrów, bacząc szczególnie na wątrobę, śledzionę i miednicę. Resztki wody słonej wydobywa wacikami. Potem odprowadza pętle jelita napowrót do jamy brzusznej, opłókawszy poprzednio je raz jeszcze. Chwyta następnie jedną z pętli położonych w środku jamy brzusznej, unosi ją w górę, przedziurawia krezkę blizko przy kręgosłupie na przestrzeni, wolnej od naczyń, przez szczelinę tę przeprowadza poprzecznie odpowiednio długi i gruby sączek gumowy i przez nowe nacięcia na bocznej ścianie brzusznej wyprowadza końce jego na zewnątrz, na prawo i lewo, tuż ponad poprzecznicą. Prócz tego głównego sączka wprowadza jeszcze po jednym przez ranę polaparotomijną i nacięcia boczne, kierując je ku miednicy małej, a w potrzebie osobnymi sączkami sączkuje od rany środkowej okolicę wątroby, śledziony lub żołądka. Powietrze, pozostałe w jamie otrzewnej, wypędza $0\cdot6^0/_0$ rozczynem NaCl i opatruje chorego. W miarę potrzeby, nawet kilka razy dziennie, można przez sączki przepłókiwać jamę otrzewnową. W ten sposób osiągnąć miał B. wyniki bardzo dobre. *Herman.*

Bresgen. **Przedsionek nosa, jako siedziba chorób.** (*Saml. zwangl. Abhdl. aus dem Gebiete d. Nasen-Ohren-Mund- u. Hals-Krankh.* 1900, Tom IV N. 1). Praca ta zajmuje się chorobami, o których w największej części podręczników nawet wzmianki niema. Choroby rych „przedsionka nosa" (którego pojęcie i anatomię autor szczegółowo podaje) dołączają się do świeżych lub przewlekłych chorób wnętrza nosa. Zaniedbanie chorób przedsionka nosa prowadzi u dzieci wskutek działania wydzieliny do zapalnego podrażnienia wejścia nosowego, do opuchnięcia skóry nosa i przyległej części twarzy, wytwarzając w ten sposób „wejrzenie zołzowate". Przez drapanie zanieczyszczonymi i brudnymi palcami rozszerza się sprawa coraz więcej, przygotowując glebę dla osiedlenia się bakteryj ropnych, gruźliczych. W ten sposób powstają wypryski na twarzy i na głowie, róża, obrzmienie okolicznych gruczołów chłonnych i liszaj żrący. U dorosłych spotyka się w następstwie przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa często zmiany zapalne w zaułku przedniego kąta końca nosowego, w dolnym kącie nozdrza i w rowku między skórną a chrzęstną, częścią przepony nosowej. Zdrapywanie powstających tu strupów może wywoływać krwawienie, a nawet doprowadzić na tem miejscu do wrzodu przedziurawiającego. W podobny sposób tłómaczy B. częste powstawanie raków u dorosłych, u osób niechlujnych, zajętych wśród kurzu i pyłu, wywołującego łechtanie i wskutek tego częste dłubanie w nosie. W leczeniu najważniejszą rolę odgrywa czystość i unikanie wszelkiego obrażenia nosa. Strupy należy oddalić zapomocą maści, składającej się z *Lanolin. anhydric. 25.0, Paraffin. liqu. 5.0*; czyraki należy naciąć i przypalić dno czystym kwasem karbolowym; jeżeli zaś czyrak usadowił się

w głębokim uchyłku poleca się czasem wkładać na noc wacik z maścią składającą się z *Hydrarg. oxydat. via humida parat. 10.0, Lanolin. anhydric. 7.0, Paraffin. liqu. 2.0.* *Spira.*

Dr. Stanisław Dobrowolski. **Dwa przypadki torbieli trąbko-jajnikowych.** (*Pamiętnik wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego*). Autor miał sposobność zbadania dwóch torbieli trąbko-jajnikowych, otrzymanych przy operacyi. W obu przypadkach kobiety, dotknięte tem schorzeniem, nigdy nie zachodziły w ciążę. W obu przypadkach nie znalazł autor pozostałości po zmianach zapalnych w otoczeniu macicy; w obu jajowód łączył się z torbielem jajnika przez swe ujście brzuszne. Schorzenia jajnika zawsze przeważały nad schorzeniem trąbek, tak, że nie powiodło się autorowi wykazać nigdzie utkania prawidłowego jajnika, podczas gdy utkanie trąbki na dużej przestrzeni było utrzymane. Na podstawie tych danych uważa autor jajnik jako miejsce pierwotnego rozwoju torbiela; zmiany jajnika dopiero następowo wywołują zmiany w trąbce i to w odcinku do niego przyległym. (*Streszczenie własne*).

J. Karliński. **Przyczynek do należytego ocenienia plam z krwi pochodzących.** (*Pam. wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego*). W przypadku sądowym autor, wezwany do zbadania plam, rzekomo krwawych, nie mógł wykryć ciałek krwi czerwonych pod drobnowidem, pomimo wykazania widma oksyhemoglobiny i kryształków heminy; natomiast znalazł mięśnie prążkowane. Przypadkowo przekonał się, że plamy, pochodzące z upstrzenia much, dają również widmo oksyhemoglobiny i kryształki heminy obok mięśni prążkowanych, jednakże bez ciałek krwi czerwonych i dlatego wydał orzeczenie niepewne; śledztwo wykazało niewinność oskarżonego o zabójstwo. W każdym więc sądowolekarskim przypadku dotyczącym badania plam krwawych, należy, niezaniedbując badania drobnowidowego, uwzględnić okoliczność, wykrytą przez K.

Dr. Latkowski.

VI. II. Zjazd balneologów austryackich w Raguzie i Ildże

(30 marca do 5 kwietnia 1900)

Sprawozdawca Dr. J. Baschkopf w Sarajewie.

(Dokończenie).

Docent A. Strasser omówił dyetetyczne i hydroterapeutyczne leczenie otyłości. Mówca unikałby leczenia przez gwałtowne odciąganie pokarmów, w szczególności według Bantinga i Oertla, zaleca zaś dyetę Kischa t. zw. „maryenbadzką“, która zezwala zarówno na nieco tłuszczów, jak i węglowodanów. W otyłości, powikłanej z poważniejszemi zboczeniami serca, poleca S. leczenie mlekiem, w zboczeniach serca lżejszych leczenie Oertlowskie (odciąganie wody) w miernym stopniu, w powikłaniach z dną dyetę roślinną. Hydroterapia otyłości polega na podwyższeniu sprawności ustroju w spalaniu tłuszczu. W tym celu zmuszamy ustrój do większego wytwarzania ciepła, a równocześnie wzmacniamy napięcie (tonus) pierwocin ustroju, by mogły wykonać tę wzmożoną pracę. Tu należy odciąganie ciepła przez półkąpiele o niskiej ciepłocie, 18° nawet do 13°, dłużej trwające; bardziej używane jest leczenie napotne przez zabiegi, doprowadzające i sprowadzające zatrzymanie ciepła; kąpiele parowe i w gorącem powietrzu, elektryczne, słoneczne, zawijania wilgotne i suche.

Dr. Ant. Bum uzupełnił powyższe dwa wykłady opisem leczenia mechaniczno-fizykalnego i jego wartości w otyłości (gimnastyka, mięsienie). Skutkiem pracy mięśni następuje ich przekrwienie, które powoduje zwiększoną wymianę gazów, która wzmaga z jednej strony skutkiem pogłębienia oddechania zużycie tlenu, z drugiej strony wytwarzanie CO_2, więc zwiększa spalanie węgla. Metodyczne głębokie oddechanie przyspiesza odpływ krwi żylnej do prawego serca, a tem samem ułatwia wielkie krążenie. Z pogłębienia oddechania, czyli zwiększenia ruchów przepony, wynika powiększenie wdechowego wzmożenia parcia w jamie brzusznej, wpływające korzystnie na krążenie w zakresie żyły brzusznej i zwalnia narządy jamy brzusznej. Kiedy więc dyetetyczne leczenie otyłych zmniejsza dochody ustroju, ruchy ciała powiększają rozchody, wzmagając przedewszystkiem spalanie węgla. Gimnastykę wspiera skutecznie mięsienie. B. omawia zapobiegawcze zadanie mechanicznego leczenia otyłości, w praktyce prawie zupełnie zaniedbanego u dzieci, pochodzących z rodzin, odznaczających się otyłością. W leczeniu już rozwiniętej otyłości rozróżnia B. otyłość u ludzi zresztą zdrowych i otyłość z powikłaniami w poszczególnych narządach. Zwalczanie niepowikłanej otyłości ma znaczenie zapobiegawcze wobec licznych powikłań, zagrażających zawsze otyłemu. Następnie zastanawia się B. nad mechanicznem leczeniem otyłości, powikłanej ze zboczeniami w krążeniu, mianowicie stwardnieniem tętnic i niedomogą serca, polegającą na obrośnięciu lub przerośnięciu mięśnia sercowego tłuszczem lub na tłuszczowem jego zwyrodnieniu. Czem jest w suchotach leczenie świeżem powietrzem, tem w adynamii serca otyłych leczenie mechaniczne, zmniejszające przeszkody obwodowe w wielkiem krążeniu, do czego przyłącza się bezpośredni wpływ na mięsień sercowy. Praca mięśniowa posiada w leczeniu niedomogi serca znaczenie prawie ratujące życie: powiększa spalenie tłuszczu i ułatwia pracę sercową przez rozszerzenie tętnic. B. omawia bezpośredni wpływ zabiegów ręcznych na mięsień sercowy. Lekarzom szwedzkim znany jest zwalniający i wzmacniający tętno wpływ metodycznych wstrząśnień i opukiwań okolicy sercowej i grzbietowej; możemy tym sposobem powiększyć *tonus* mięśnia sercowego, czyto odruchowo przez podrażnienie nerwu błędnego, czy też skutkiem bezpośredniego zadrażnienia serca („mięsienie serca“). W niedokrwistości, towarzyszącej tak często otyłości, poprawia gimnastyka mięśniowa warunki krążenia, mięsienie wpływa korzystnie na krążenie krwi i limfy i na czynność narządu trawienia, dzięki czemu mechanoterapia zajmuje ważne miejsce w leczeniu niedokrwistych otyłych. Do mechanoterapii nadają się także te powikłania otyłości, które jako samodzielne choroby wymagają leczenia mechanicznego. Tu należy dna, towarzysząca tak często otyłości, gośćcowe zapalenie stawów u otyłych jak nie mniej powikłane z otyłością nerwice czynnościowe. W technice mechanoterapii najważniejsze są ruchy czynne, ponieważ sprowadzają przekrwienie mięśniowe: następuje t. zw. niemiecka gimnastyka, ruchy z oporami, maszynowa kinesiterapia zapomocą odpowiednio zbudowanych przyrządów. W końcu określa B. stosunek metodycznej kinesiterapii do t. zw. sportu, któremu odmawia znaczenia w leczeniu otyłości, ponieważ nie można go dokładnie dawkować ani nadzorować. Gdy narząd krążenia zdrowy i brak innych powikłań, jest sport (wycieczki w góry, wiosłowanie, pływanie, jazda na rowerze) surogatem czysto metodycznej mechanoterapii, który i lekarz może polecić wśród odpowiednich ostrożności.

Zjazd, rozpoczęty w Raguzie, zakończył się w zdrojowisku Ildże i w stolicy Bośnii Sarajewie, gdzie podejmowanym był przez rząd bośniacki.

W Ildże wygłosił lekarz kąpielowy Dr. Coltelli wykład: „Zdrojowisko Ildże i jego czynniki lecznicze“.

Skład chemiczny wód tego, już Rzymianom znanego zdrojowiska, wykazuje wielką obfitość soli glauberskiej, węglanów wapnia, sodu i magnezyi, jakoteż wolnego kwasu solnego obok nieznacznej zawartości siarkowodoru. Wody nadają się do użytku wewnętrznego, do którego zachęcił pierwszy prof. Ludwig w Wiedniu. Drugim czynnikiem leczniczym są tu kąpiele błotne, a trzecim zakład wodoleczniczy. W końcu wspomniał C. o sąsiednich źródłach mineralnych, a w szczególności o szczawie żelazistej Blažuj.

Końcowe posiedzenie zjazdu odbyło się w Sarajewie. Po zwykłych powitaniach wygłosił prof. W. Winternitz rzecz, nadzwyczaj pouczającą, pod tytułem: „Nowe badania w sprawie regulowania ciepła w ustroju“. Wspólnie z Dr. Tschurtschenthalerem przeprowadził W. badania nad wpływem niezwykle zimnych i niezwykle długotrwałych kąpieli na odciąganie ciepła ustrojowi. Dr. T. i drugi osobnik brali kąpiele morskie w Abbazyi codziennie przez kilka miesięcy przy ciepłocie powietrza — 6° R, a wody 5·5° do 7° R, trwające od 10 — 45 minut. W 23 badaniach sprawdzano przed i po kąpieli ciepłotę ciała, tętno, parcie krwi, zawartość hemoglobiny etc. Z przytoczonych przez W. liczb wynika bezpodstawność powszechnie przyjętego mniemania, że „zimna woda oziębia“. Przeciwnie przekonał się W., że po tak zimnych kąpielach wzrastała ciepłota ciała, liczba tętna, zawartość hemoglobiny, parcie krwi. Wszystko wskazuje, że opanowanie spraw odczynu jest najpotężniejszym czynnikiem dla dowolnego podwyższenia i obniżenia zjawisk przemiany materyi i że zakreślić można szerokie granice dla stosowania bodźców termicznych i mechanicznych w najrozmaitszych zboczeniach odżywienia w sposób fizyologicznie zrozumiały.

Prym. O. Weiss stwierdził w swoim wykładzie, że „Działanie wód gorących Ildże w sprawach zapalnych niewieścich narządów rodnych“, przedewszystkiem w wypocinach okołomacicznych, jest nader korzystne.

Doc. K. Ullmann omówił działanie różnych promieni świetlnych na skórę zdrową i chorą. Poruszył także sprawę leczniczej wartości promieni Röntgenowskich w dermatoterapii, ostrzegając przed zbyt skorem stosowaniem tego, wcale nie obojętnego sposobu leczenia. Dobre wyniki po radioterapii widział U. przeważnie tylko w *eczema seborrhoicum.* W rozprawach przypomniał prym. Preindelsberger cierpienie oczne, występujące pod wpływem światła, tak zwaną ślepotę śnieżną (Schneeblindheit).

Doc. S. Klein w wykładzie p. t. „Stosunek okulistyki do

balneoterapii" dzieli choroby oczne, na które można korzystnie wpłynąć przez balneoterapię, na czysto miejscowe i na choroby oczne, będące następstwem ogólnych zmian ustroju (kiła, zołzy, gruźlica, cukrzyca i t. p.). Następnie omówił K. wpływ kąpieli miejscowych (ocznych), jakoteż ogólnych, znaczenia zmiany miejsc pobytu w pewnych cierpieniach ocznych np. jaglicy, wpływ klimatu morskiego, picia rozmaitych wód mineralnych i leczenia kąpielowego, itd. W dyskusyi prym. Glück wystąpił przeciw rozpowszechnionemu zdaniu, jakoby wody siarczane mogły ujawniać utajoną w ustroju chorego kiłę. Vig podniósł sprawę wpływu bezpośredniego zanurzania chorego oka w wodzie. W odpowiedzi zauważył Klein, że bezpośrednie zanurzanie oka w wodzie może działać korzystnie chyba u takich tylko ludzi, którzy nie poświęcają należytej uwagi czystemu utrzymywaniu ócz, nie usuwają nagromadzonych tam nieczystości, wydzieliny etc., w takim razie bowiem kąpiele oczne wpływają korzystnie na narząd wzrokowy przez mechaniczne oczyszczenie spojówek z zalegającej na nich wydzieliny. Spojówka chora, dotknięta zapaleniem, nie znosi natomiast takiego zanurzenia w wodzie, ponieważ to przyczynia się wtedy do powiększenia zadrażnienia.

Dr. Matzenauer w wykładzie p. t. „Leczenie przewlekłych chorób skórnych i kiły zapomocą źródeł Ilidża" zaleca źródła te zwłaszcza w tych przypadkach, w których choroby, wikłające kiłę, jak gruźlica, zimnica i t. d. podkopały w wysokim stopniu ogólne odżywienie chorego, skutkiem czego leczenie swoiste rtęcią nie jest na razie wskazane. W takich przypadkach starać się należy przedewszystkiem o podniesienie stanu odżywienia, do czego nadaje się nie leczenie w szpitalach i zakładach, lecz w zdrojowiskach. Szczególnie znaczną jest skuteczność naturalnej wysokiej (57·5° C.) ciepłoty wód Ilidża w postaciach złośliwych trzeciorzędnej kiły. Co się tyczy przewlekłych chorób skórnych, to stwierdzono pomyślne wyniki po wewnętrznem stosowaniu wód Ilidża w przypadkach przewlekłej pokrzywki, cechującej się częstszemi nawrotami, co tłómaczyć należy wpływem przeczyszczającym i żółciopędnym tych źródeł. W rozprawach potwierdził doc. Ullmann na podstawie własnych doświadczeń (w Badenie) korzystny wpływ wód siarczanych w pewnych chorobach skórnych, przedewszystkiem w trądziku. Glück stosuje wody Ilidża przedewszystkiem w trzeciorzędnych zmianach kiłowych kości, stawów i więzadeł i to w połączeniu z podanemi przez siebie w r. 1894 śródmięśniowemi wstrzykiwaniami sublimatu. Potwierdza również dobre działanie źródeł Ilidża w trądziku, świerzbiączce. Doc. Klein występuje przeciw powszechnie przyjętemu zapatrywaniu, że leczenie kiły rtęcią nie zgadza się z leczeniem kąpielowem, na co odpowiada Glück, że tylko leczenie kiły wcieraniem rtęci nie zgadza się z równoczesnem stosowaniem wód siarczanych, na co zresztą głównie już Finger zwrócił uwagę.

Prym. Preindelsberger mówił o wpływie, jaki wywiera woda do picia w różnych częściach Bośnii i Hercegowiny na skład chemiczny kamieni pęcherzowych.

Popołudniu balneologowie zwiedzili szpital krajowy i oddział dermatologiczny radcy Glücka celem bliższego poznania trądu, choroby w monarchii austryackiej z wyjątkiem krajów południowych nadzwyczaj rzadkiej. Glück, uważany powszechnie za jednego z najdoświadczeńszych leprologów, spostrzegał dotychczas przez wiele lat około 80-ciu trędowatych. Przedstawiwszy szereg tych chorych, omówił G. anatomię patologiczną i objawy kliniczne trądu. G. przedstawił między innemi nadzwyczaj rzadki przypadek „*lepra frustra*", cechujący się zanikiem mięśni jednej tylko kończyny ze zgrubieniem nerwów i następowemi przykurczeniami palców obok równoczesnej utraty poszczególnych palców. Omawiając odróżnienie trądu od syringomyelii, zwrócił G. uwagę na spostrzeżenie, które podał Baeltz z Tokio co do stale napotykanego w trądzie zgrubienia nerwu usznego większego (*nervus auricularis major*), co G. najzupełniej potwierdza. Dalej przedstawił G. bardzo ciekawy przypadek trądu guzowatego, trwający od dawna, w którym choroba od pewnego czasu nie rozwija się więcej, nawet guzy trądowe uległy przeważnie zanikowi. Korzystny ten objaw przypisaćby można wstrzykiwaniom podskórnym leku indyjskiego, oliwy zwanej „Chaulmoogra". Lekarze indyjscy stosują od dawna lek ten przeciw trądowi i to wewnętrznie w dawkach do 50—60 kropli dziennie lub też zewnętrznie do nacierania. Omawiając sprawę zaraźliwości trądu stwierdza G., że trąd należy zaliczyć do chorób zakaźnych i to kontagijnych. Co do stopnia zaraźliwości, to trąd jest w każdym razie mniej zaraźliwy, niż n. p. gruźlica; przenosi się z chorego na zdrowego tylko wtedy, jeżeli ludzie żyją przez dłuższy czas razem, mieszkają, śpią i t. d. wspólnie i to w niekorzystnych warunkach higienicznych. Wspomniał wreszcie G. też o stałem znachodzeniu się prątków trądu w wydzielinie błony śluzowej nosa, dotkniętej bardzo często swoistemi zmianami trądowemi, ale tylko w postaci trądu guzowatego i mięszanego czyli guzowato-znieczulnego, nigdy zaś w innych postaciach trądu.

Pod każdym względem udatny Zjazd zakończył się świetnym bankietem, wydanym przez rząd bośniacki.

* * *

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

— W sekcyi XI. 5) Prof. Dr. H. Kadyi (Lwów): Zastosowanie aldehydu mrówkowego w zakładzie anatomii opisowej Uniwersytetu lwowskiego i korzyści przez to osiągnięte. (254)

6) Alfred Burzyński (Lwów): Konserwacya narządów w ich życiowej barwie (z demonstracyami). (255)

7) Dr. L. Swieżawski (Lwów): O liczbie, postaci i rozmieszczeniu piramid w nerce człowieka (z okazaniem rekonstrukcyi zapomocą błaszek woskowych). (256)

8) Józef Markowski (Lwów): O rozwoju i rozmieszczeniu ognisk kostnych w mostku człowieka (z okazaniem preparatów i fotogramów). (257)

9) Prof. H. Kadyi. O barwieniu ośrodków nerwowych przy pomocy zaprawy solami metalów ciężkich (z okazaniem preparatów, na których zabarwiona jest karminem wyłącznie tylko istota szara, tudzież preparatów, na których karminem zabarwione są wyłącznie tylko niteczki osiowe). (258)

— W sekcyi XIII (dział chorób dzieci). 14) Dr. J. Brudziński (Paryż): *Dermatitis posterosiva papulosa* u niemowląt (*syphilide lenticulaire* Parrota). (259)

— W sekcyi XIV. B. 4) Dr. Spira (Kraków): Wnioski w sprawie zapobiegania głuchocie i głuchoniemocie. (260)

— W sekcyi XVIII. 8—10) Dr. Kazimierz Noiszewski: *a)* Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłej (z przedstawieniem sposobu operowania). *b)* O patologii jaglicy. *c)* Przedstawienie asymetrycznej oprawy dla okularów. (261—263)

11) Dr. Józef Talko (Lublin): *Meningokele orbitalis* (264)

Kraków 20 maja 1900.

Ciechanowski.
Sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

XIII międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Komitet centralny XIII-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego zawiadomił Komitet narodowy polski, że wskutek układu z Zarządem Wystawy powszechnej, członkowie Kongresu otrzymają bilety bezpłatnego wstępu na Wystawę podczas trwania Kongresu, t. j. od 2 do 9 sierpnia.

Bilety te otrzymają członkowie w Biurze Kongresu w przeddzień rozpoczęcia posiedzeń.

Mamy powody mniemać, że ogłoszony przez Komitet narodowy polski w N. 12 t. r. *Przeglądu Lekarskiego* regulamin Kongresu, został przez niektórych kolegów przeoczony. Powtarzamy więc zasadnicze warunki zostania członkiem Kongresu:

Członkiem Kongresu może być każdy lekarz, który się zgłosi, oraz każdy uczony, którego Komitet narodowy poleci.

Dowodem należenia do Kongresu będzie karta legitymacyjna, która zostanie doręczoną zgłaszającemu się po złożeniu wpisowego *25 franków = 25 koron = 21 marek = 10 rubli* — na ręce skarbnika Komitetu polskiego, docenta Dr. Leona Kryńskiego *(Kraków, ul. Franciszkańska, 1)*.

W celu otrzymania karty legitymacyjnej wymagane są następujące formalności: lekarz, życzący sobie zostać członkiem Kongresu, obowiązany jest czytelnie wypisać na drukowanej deklaracyi *(Bulletin d'adhesion)* swe imię i nazwisko, zawód, narodowość i adres, oraz przyszpilić w miejscu wskazanem (w narożniku karty deklaracyjnej) swą kartę wizytową i oznaczyć, do której z 27 sekcyj lub podsekcyj chce należeć.

Drukowane „karty deklaracyjne" zostały załączone do N. 13 *Przeglądu Lekarskiego;* lekarze, niebędący prenumeratorami tego czasopisma, otrzymają deklaracye na zażądanie, przesłane na ręce doc. dr. L. Kryńskiego *(Kraków, ul. Franciszkańska, 1)*. Tak

wypełnioną deklaracyę, wraz z wyżej podaną kwotą wpisową, należy przesłać na ręce skarbnika Komitetu polskiego, doc. dr. L. Kryńskiego, który w zamian wystawi zaraz urzędowe poświadczenie odbioru, a później „kartę legitymacyjną", gdy ta nadesłaną zostanie.

Ściśle przestrzegając instrukcyi, danej przez Komitet centralny Kongresu, Komitetom narodowym, członek, przysyłający wpisowe, otrzymać może na razie tylko pokwitowanie tymczasowe skarbnika Komitetu narodowego. Gdy liczba zgłaszających się członków będzie znaczniejszą, Komitet narodowy stosownie do instrukcyi odeszle wpisowe i deklaracye do Komitetu centralnego Kongresu, a w zamian otrzyma od niego odpowiednią liczbę imiennych legitymacyj, które zostaną doręczone członkom. Legitymacya stanowi podstawę wszystkich praw, które przysługiwać będą członkom Kongresu, więc należy ją zachować i nie rozstawać się z nią podczas Kongresu.

W sprawach programu naukowego Kongresu powołujemy się na komunikat w N. N. 45, 46, 47, 48, 49, 50 i 51 »*Przegl. Lek.*« z r. 1899, natomiast wiadomości, dotyczące zniżki kolejowej, ceny mieszkań, Komitetu pomocniczego w Paryżu, znajdują się w komunikacie, ogłoszonym w N. 12 »*Przegl. Lek.*« 1900 r.

Dr. A. Kwaśnicki. *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 19 maja.

* Z powodu zbliżającej się uroczystości 500-letniego Jubileuszu Uniw. Jagiel. uchwalił Senat akademicki nadać dyplomy doktorów honorowych następującym lekarzom: Ign. Baranowskiemu, Włodz. Brodowskiemu, Henrykowi Hoyerowi, Heliodorowi Święcickiemu, Marcelemu Nenckiemu, Zygm. Laskowskiemu, Jarosławowi Hlavie, Mikołajowi Sklifosowskiemu, Gwidonowi Baccelemu, Józ. Listerowi, Rud. Virchowowi i Emilowi Rouxowi.

* W związku ze zbliżającym się Jubileuszem Uniw. Jag. odbędzie Towarzystwo lek. krakowskie d. 6 czerwca, tj. w przeddzień obchodu, posiedzenie uroczyste, na które prezes Towarzystwa zamierza zaprosić wszystkich lekarzy, w tym dniu w Krakowie przebywających.

* Z powodu uwag kol. Maleszewskiego, ogłoszonych w Nr. 17 »Przeglądu lek.« p. t. „Stanowisko lekarzy kąpielowych", otrzymujemy list następujący:

„W chwili obecnej, gdzie lekarze innych narodowości się grupują i nam czas pomyśleć o wspólnem działaniu. Stwórzmy więc wspólne ognisko — Związek balneologów polskich, obejmujący lekarzy kąpielowych, ordynujących w zdrojowiskach krajowych i zagranicznych, a wspólnemi siłami łatwiej będzie niż pojedyńczo poprawić ujemne strony naszego bytu.

Na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich byłaby najlepsza sposobność sprawę tę omówić i nadać jej kierunek praktyczny. Wprawdzie z powodu sezonu kąpielowego nie wielu kolegów-balneologów będzie mogło przybyć na Zjazd lipcowy, lecz ci, co udział wezmą, będą mogli działać w imieniu wszystkich, do czego wystarczy poprzednie porozumienie.

W tym względzie zwracamy się z prośbą naszą do gospodarza Sekcyi lekarskiej JW. Radcy Dworu prof. Ed. Korczyńskiego, by zechciał poprzeć myśl założenia „Związku balneologów polskich".

Dr. Leopold Steinsberg (Francensbad).

* Dr. Filipkiewicz donosi nam, że przy pogłębianiu źródeł w Cieplicach Trenczyńskich natrafiono na obfite pokłady mułu siarczanego, który w bieżącym sezonie będzie użyty w celach leczniczych.

* Czytelnicy nasi przypominają sobie zdanie znawców berlińskich, Strossmanna i Lewina, którzy wyrazili przekonanie, że orzeczenie, wydane przez lekarzy sądowych w sprawie Hilsnera w Polnej, nie było oparte na dostatecznie przekonywujących dowodach i że należałoby zarządzić dochodzenie ponowne. W istocie dochodzenie ponowne zostało przeprowadzone przez Wydział lekarski czeskiego Uniwersytetu w Pradze. Prof. Reinsberg i Dr. Slavik również nie godzą się na orzeczenie lekarzy w Polnej i sądzą, że morderstwo mogło być spełnione stanowczo tylko przez jedną osobę; Wydział lekarski mniema, że powstanie rzekomej bruzdy strangulacyjnej mogłoby być również dobrze zaliczone do objawów pośmiertnych. Uważne uwzględnienie wszelkich okoliczności każe przypuszczać, że krew z denatki wypuszczoną nie była, a tem samem R. i S. wykluczają mord rytualny, a natomiast wnioskują, że motywy zbrodni w Polnej należy odnieść najprawdopodobniej do sfery płciowej.

Nowa rozprawa w sprawie Hilsnera ma być przeprowadzoną przed Sądem przysięgłych w Pisek.

* W Liwerpolu ma się odbyć od 25 do 28 lipca konferencya naukowa, poświęcona patologii, rozpoznaniu, zapobieganiu i leczeniu zakażenia zimniczego.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Ignacy Better.

Mianowani: Dr. Antoni Juras i Dr. Mieczysław Kazrlik mianowani sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie. Doc. Eulenburg mianowany został prof. nadzwyczajnym w Berlinie. Prof. nadzw. okulistyki Birnbaum mianowany został prof. zwyczajnym w Gradcu.

Nekrologia: Zmarli: Konstanty Stecki zmarł nagle w Hrubieszowie. George Ellis, b. prof. anatomii, zmarł w Londynie.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. *W Medycynie* N. 20: Dr. Halperna J.: Przypadek zapalenia pęcherza moczowego u dziecka dwuletniego. Dr. Rosenthala J.: Opis ważniejszych przypadków, operowanych w Oddziale ginekol. szpitala starozakonnych w Warszawie (1898—1899). *W Gazecie lekarskiej* Nr. 20: Dr. Wąsowicza Z.: Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w błednicy i niedokrwistości. Dr. Puławskiego A.: Nowe prądy w terapii chorób nerwowych. Dr. Przedborskiego L.: Cierpienie krtani przy ciąży (c. d.)

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Zwierzchność gminy Jaryczów nowy rozpisuje konkurs na posadę lekarza gminnego z roczną płacą 600 koron i prawem oględzin bydła i ciał pośmiertnych. — Podania wnosić do dnia 10 czerwca 1900.

Wydział Rady powiatowej w Tarnowie rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Ryglicach z roczną płacą 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 500 koron. — Podania wnosić do 20 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnopolu rozpisuje konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych z siedzibą w Czernichowie i Mikulińcach z płacą poczną po 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 500 koron. — Podania wnosić do dnia 10-go czerwca b. r.

Rok XXXIX. Kraków, 2 Czerwca 1900. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu chirurgicznem rozszerzeń i jam oskrzelowych.

(Spostrzeżenie kazuistyczne).

Podał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego d. 9 marca 1900).

(Dokończenie).

Rozumiem, że celowi odpowiada jedna tylko operacya t. j. pneumotomia po wstępnem wypiłowaniu żebra wzgl. żeber. Sam przez się jest to zabieg wcale nie ciężki. W powyższem zestawieniu znajdujemy wprawdzie 18 razy zejście śmiertelne po operacyi (stanowi to około 29% śmiertelności), trudno jednak ocenić, w ilu i w których przypadkach śmierć istotnie zależała od operacyi, bo odliczając 2 przypadki, w których zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem zatrucia chloroformem, w innych operowano już to *in extremis*, już też zgon następował w kilka dni lub tygodni po operacyi czy to z powodu wyczerpania sił, czy też takich powikłań, jak ropień w mózgu, zapalenie płuc i t. p. Doświadczenie z życia niemal codziennego poucza, że wypiłowanie żebra, to operacya, którą chorzy, nawet bardzo wyniszczeni, bardzo łatwo znoszą. A właśnie ta część przedwstępna stanowi główną treść operacyi. Ważniejszem jest, czy w danym wypadku są zrosty opłucnowe, czy też ich niema. Powszechnie znane objawy, jak wciągnięcie przestworów międzyżebrowych, zapadanie się ich w czasie wdechu, nieruchomość dolnych granic, nie zawsze wystarczają do rozpoznania zrostów. Dlatego też uciekamy się do pewniejszych sposobów badania. Do tych w pierwszym rzędzie należy próba z wbitą w płuca igłą strzykawki. W razie istnienia zrostów igła ta w czasie ruchów oddechowych wykonywa nieznaczne tylko wahania, przeciwnie zaś się dzieje, gdy obie blaszki opłucnowe swobodnie się po sobie przesuwają. Przed paroma laty podał Sapieżko sposób jeszcze pewniejszy. Używa on mianowicie igły o tępym końcu i bocznem okienku w odległości $^1/_2$ ctm. od końca. Igła ta jest połączona z rurką szklanną, zgiętą w kształcie litery U, i wypełniona fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Po nacięciu skóry nożykiem wbija się igłę w jamę opłucnową. W przypadku, w którym zrostów opłucnowych niema, tępy koniec igły odpycha miękie i elastyczne płuco, tak że boczne okienko otwiera się do jamy opłucnowej i wtedy ruch płynu w manometrze wskazuje na parcie ujemne, jakie w niezanikłej jamie opłucnej panuje. W razie zaś istnienia zrostów płyn w rurce manometrycznej będzie się stale utrzymywał na jednym poziomie. Wreszcie liczyć się możemy z wywiadami: przebyte zapalenie opłucnej, długie trwanie cierpienia pozwala nam do pewnego stopnia oczekiwać zrostów. Gdyśmy tym lub owym sposobem stwierdzili, że zrosty istnieją, przystępujemy do operacyi. Dotychczas operowano przeważnie w narkozie ogólnej. Zdaje mi się, że to niepotrzebne i niebezpieczne. Niepotrzebne, gdyż płynem Schleicha, kokainą, lub eukainą, przy pewnej wprawie doskonale, a w każdym razie dostatecznie, całe pole operacyjne znieczulić możemy. Nadto zupełna świadomość chorego w danym razie bardzo nam może być pomocną. Główniejsze to, że ogólna narkoza, z zasady chloroformowa, jest groźną dla życia chorego. Dwa przypadki śmierci z chloroformu, jakie zanotowaliśmy w statystyce na wstępie, to nie prosty zbieg okoliczności! Chloroformując, musimy chorego ułożyć i znów: i niedogodność dla operatora i niebezpieczeństwo dla chorego. Niemal zawsze wypadnie nam w tych przypadkach usuwać część przykręgosłupową żebra, więc operujący musi wykonywać gimnastyczne ewolucye, gdyż ułożenie chorego na bok zdrowy może się źle odbić na zdrowiu operowanego, wtedy bowiem może chory wchłaniać gnilnie rozłożoną wydzielinę jam oskrzelowych do zdrowego płuca. Z tych zatem wszystkich względów i przyczyn, zaleca się operowanie w znieczuleniu miejscowem, wówczas bowiem oszczędzamy choremu chloroforma i możemy go operować w siedzącej postawie.

Zaleca się wypiłowanie długiego kawałka żebra, w danym razie nawet dwóch, trzech żeber. Przez wypiłowanie bowiem żebra nie tylko stwarzamy sobie miejsce do dalszej operacyi, lecz umożliwiamy doszczętne wyleczenie procesu chorobowego. Jamy w płucach goić się mogą, zaciągają się dośrodkowo, a czyniąc to pokonać muszą nietylko opór elastyczny płuc, lecz i opór, jaki stawia ściana klatki piersiowej. Tę ostatnią przeszkodę zmniejszamy wycinając części żebra. Gdy już w czasie operacyi przekonamy się, że jamy są liczne i duże, możemy przystąpić do częściowego wypiłowania żeber sąsiednich. Czynnik ten jest tak ważnym, że swego czasu zalecano z niektórych stron samo tylko wypiłowanie żeber bez następującej pneumotomii.

Po skończeniu tego pierwszego zabiegu przystępujemy do właściwej operacyi, do nacięcia płuc, przekonawszy sie poprzednio igłą strzykawki, czy w rzeczywistości znachodzimy się nad szukaną jamą.

Do wykonania pneumotomii zalecają przeważnie żegadło Pacquelina, wyjątkowo tylko odzywa się ktoś za nożem. Wydaje mi się, że przesadzono w obawie krwotokn, z której to przyczyny zalecono żegadło. Jamy, o które nam tu chodzi, usadowione są zawsze na obwodzie płuca, gdzie

już naczynia są bardzo drobne, tak, że tnąc nożem albo wcale nie wywołamy krwotoku, lub też bez trudu go opanujemy. A nożem operuje się nierównie czyściej, pewniej i jaśniej. Po odsłonięciu jednej jamy, z tej już szukać należy, czy nie natrafimy na inne w obwodzie, a znalazłszy je, otwieramy je ku odszukanej, najlepiej narzędziem tępem (gdyż wtedy już operujemy w głębi i bez kontroli wzroku). Bezpośrednio po operacyi wypadnie nam na jedną lub dwie doby całą jamę wytamponować gazą jodoformową, by w zupełności uśmierzyć krwawienie, a dopiero potem założymy sączki. Sączki z gumy miękiej mają tę wadę. że z tego rodzaju jam łatwo się wysuwają. więc lepiej użyć twardych lub półtwardych. Sączki metalowe nie są odpowiednie, mogą bowiem sprowadzić odleżynę, przeżarcie ścian naczyniowych i krwotok. O tem wspominają niektórzy operatorowie. Najlepszymi zatem będą sączki z kauczuku wulkanizowanego, opatrzone w otwory boczne i tarczkę na końcu obwodowym, którąby się o brzegi rany opierały. Przez sączek możemy potem przepłókiwać jamę i stósować jodoform, azaton srebrowy lub inny zaufaniem obdarzany środek.

Nie tak prostą będzie operacya w tych przypadkach, w których zrostów opłucnowych nie znajdziemy. Mniejsza już o odmę piersiową. Doświadczenie poucza, że nie bywa ona groźną dla chorego. Lecz chodzi o co innego. Notowano przypadki, w których po powstaniu odmy zaprzestać musiano dalszej operacyi, która na płucu skurczonem i skrytem w głębi klatki piersiowej nie dawała się już wykonać. Lub też, po użyciu pewnych sztuczek, udawało się wreszcie dokonać pneumotomii, lecz w ślad za tem powstawało ropne, a nawet posokowate zapalenie opłucnej, któremu chory ulegał, lub z którem przez długie tygodnie toczyć musiał bój śmiertelny. Słuszną i do przekonania trafiającą jest rada tych, którzy chcą w przypadkach, w których nic nie nagli (a do takich najczęściej należą rozszerzenia oskrzeli wywoływać poprzednio zrosty. Tymczasem nie jest to rzeczą zbyt łatwą. Nowe doświadczenia Quénu i Longuet'a dowiodły, że żaden z dotychczas zalecanych środków nie jest pewnym, tak że w zwątpieniu twierdzą, iż tylko przez podniesienie parcia ościennego w płucach (wystarczy o kilka mm. słupka rtęci) możemy zapobiedz zapadaniu się płuca po otwarciu wolnej jamy opłucnowej. Sposób ten nieznalazł jednak praktycznego zastósowania i wątpię, czy znajdzie. Inne sposoby, zalecane i próbowane, podzielić możemy na 3 gromady. Do pierwszej należy: przyżeganie *(ignipunctura)*, nakłówanie *(acupunctura)*, przyszywanie płuc przez skórę do ścian klatki piersiowej, wstrzykiwanie do jamy opłucnowej nalewki jodowej, formaliny i t. p. (De Cereuville, Quincke, Sapiejko). Do drugiej gromady należy sposób, w którym po podokstusowem wypiłowaniu żebra działa się drażniąco na blaszkę zewnętrzną opłucnej przez dłuższy czas (6—25 dni) i to albo tamponując gazą zwyczajną (Neuber), albo napojoną pastą z chlorkiem cynku (Quincke), lub też celem zadrażnienia zapalnego zakłada się szew, spajający obie blaszki, (De Cereuville, Godlee, Laache). Trzecią odmianę stanowi sposób operacyi jednoczasowej, w którym mimo braku zrostów otwiera się jamę opłucnową i płuca przyszywa do brzegów rany zewnętrznej (Roux „suture à arrière point“, Bayer „pneumopexia“) Temu ostatniemu sposobowi niektórzy bardzo ufają (np. m. i. Trzebicky). — Jest zatem wybór i każdy w potrzebie wybierać może wedle gustu i przekonania. W przypadku, w którymby zrostów nie było i gdzieby się nie spieszyło, wybrałbym jeden ze sposobów, wyliczonych w drugiej gromadzie.

W końcu dziękując Szefowi memu Radcy Dworu Prof. L. Rydygierowi za zachętę do ogłoszenia przypadku, w naszej klinice spostrzeganego i leczonego, streszczam rzecz całą w następujących zdaniach:

1) Zgrubienie pałeczkowate końców palców u chorych na rozszerzenie oskrzeli zależy wyłącznie od zgrubienia części miękich. Kości nie biorą w tem żadnego udziału.

2) Leczenie chirurgiczne w rozszerzeniach oskrzeli jest usprawiedliwione, jako czynnik działający objawowo, wyjątkowo tylko leczący doszczętnie.

3) Do leczenia chirurgicznego nadają się tylko te przypadki, w których cierpienie zajmuje wyłącznie płat dolny (prawy, lub lewy) i to bez względu na domniemaną postać rozszerzeń oskrzeli (walcowatych czy workowatych).

4) Operacyę doradzać należy w przypadkach rszszerzeń zwykłych tylko tym chorym, których stan ogólny widocznie cierpi i odżywienie podupada; w każdym jednak razie tym, u których plwocina staje się cuchnącą i gnilną *(putrid)*.

5) Operacya jest bezwzględnie wskazaną tam, gdzie do istniejących rozszerzeń oskrzelowych dołączą się objawy ropnia lub ostrej zgorzeli.

6) Zaleca się wykonanie pneumotomii w znieczuleniu miejscowem zapomocą noża, po przedwstępnem wypiłowaniu żebra wzgl. żeber na znacznej stosunkowo przestrzeni.

Piśmiennictwo: 1) Prof. Dr. Tuffier. Chirurgie du poumon. Paris. Masson et Cie 1897. 2) Quincke. Ueber Pneumotomie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. I. p. 1—70. 3) Doc. Dr. R. Trzebicky. O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucnej. Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej pod red. Prof. Korczyńskiego Serya II. p. 19 i n. 4) Aufrecht. Bronchiektasie. Real.-Encyklopädie von Eulenburg T. IV. p. 45 i n. 5) Quenu et Longuet Recherches experimentales et etude critique sur la chirurgie du poumon. Bull. et mem. de le Soc. d. chir. de Paris T. XXII. p. 778 Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 4. 6) Dr. H. Kümmel. Chirurgische Erkrankungen der Lunge. Handbuch d. prakt. Chirurgie von Bergmann, Bruns, Mikulicz T. II. p. 675 i n. 7) H. Gross. Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie (Beitr. z. klin. Chirurgie XXIV. Z. 1 i 2. 8) Prof. Dr. C. Bayer. Zur Pneumopexie (Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 2). 9) E. Richerolle Chirurge du poumon. Pneumotomie — Pneumektomie. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 6). 10) Sonnenburg. Der gegenwärtige Stand der Chirurge der Lungen (69 Naturforscher- und Aerzteversammlung zu Braunschweig. Sprawozd. w Ctrbl. f Chir. 1897 Nr. 43). 11) K. Sapieżko. Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire avec le diagnostic des adhérences (Revue de Chir. 1899. Nr. 7.) (Porównaj nadto literaturę, przytoczoną w zestawieniu kazuistycznem).

II. O klimacie górskim.

(Ustęp z wykładów o Balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem 1899/900).

Podał
Dr. Ludomił Korczyński
Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

(Dokończenie).

Zastosowanie lecznicze klimatu górskiego.

Klimat górski można wyzyskiwać w dwóch kierunkach: jako czynnik leczniczy w ścisłem słowa tego znacze-

niu, a także jako czynnik higieniczny i do pewnego stopnia zapobiegawczy. Czy w jednym, czy w drugim celu stosować go chcemy, zawsze bardzo starannie ocenić należy nietylko nieprawidłowości zdrowia, względnie zboczenia wprost chorobliwe, ale także ogólny stan ustroju, budowę i odżywienie ciała, wytrzymałość i odporność narządu oddechowego, stan narządu krążenia i narządu pokarmowego, właściwości układu nerwowego i jego wrażliwość.

Zasadniczo rzecz biorąc, natury wątłe i wrażliwe, ogólnie, czy też w pewnym tylko kierunku mało odporne, za słabe, aby na odporność zdobyć się mogły, nie dobrze znoszą klimat górski, jako klimat podniecający, a więc wymagający tem samem znaczniejszego zasobu sił i energii życiowej. Nie znoszą go zwłaszcza wtedy, gdy przybywają z klimatu nizinnego do miejscowości, znacznie wyniesionych nad poziom morza. Przeciwnie zaś, natury mało wrażliwe, chorobliwie niepobudliwe, a więc wymagające silnych bodźców i silnej podniety, nabierają w górach pewnej miary fizyologicznej wrażliwości i zdolności odczynu, tak bardzo dla każdego ustroju potrzebnej.

Jako przykład, objaśniający dobrze ogólną zasadę, posłużyć może stwierdzona długiem doświadczeniem lekarskiem okoliczność, że klimat górski okazuje się wprost szkodliwym dla osób nieletnich, źle zbudowanych, pozbawionych prawie zupełnie podściółki tłuszczowej, ze skórą cienką i bladą, z pobudliwym nadmiernie narządem naczynio-ruchowym, skłonnych przytem do spraw zapalnych dróg oddechowych i opłucnej, że wpływa równie niekorzystnie na ogólny stan ludzi starszych, osłabionych wiekiem lub chorobami. Na odwrót zaś znakomite widzieć się dają wyniki u dzieci o wejrzeniu, cechującem do pewnego stopnia otrętwiałą postać zołzów, z usposobieniem powolnem, flegmatycznem, z obfitą podściółką tłuszczową, ze skórą bladą, a grubą. Dzieci takie nabierają w klimacie górskim większej swobody myśli i ciała, budzi się w nich chęć do ruchu, usposobienie staje się żywsze i pobudliwsze, całe wejrzenie zmienia się bardzo korzystnie.

Dopiero po uwzględnieniu powyższych, ogólnych, uwag mówić można o szczegółowych wskazaniach i przeciwwskazaniach dla leczenia klimatem górskim.

Na pierwszem miejscu postawimy choroby tego narządu, o którego zachowaniu się pod wpływem czynników klimatycznych najwięcej wiemy, mianowicie c h o r o b y n a r z ą d u o d d e c h o w e g o, a wśród nich g r u ź l i c ę p ł u c.

Zasady dla klimatycznego leczenia gruźlicy stworzył B r e h m e r, przyjąwszy za podstawę choroby ogólne niedokształcenie ustroju i niedostateczny rozwój płuc, serca i naczyń, a za podstawę i zasadniczy cel leczenia działanie, zmierzające do wzmocnienia, a, o ile się to jeszcze da, także do rozwinięcia ustroju, przedewszystkiem do rozwinięcia płuc i serca. Nie wdając się w krytyczny rozbiór, czy i o ile zapatrywania Brehmera są słuszne, patrząc nawet z zupełnie odmiennego stanowiska, wskazanego dzisiejszym stanem nauki, przyznać musimy, że sposób podany i używany przez Brehmera jest, jak dotychczas, bądź co bądź najdzielniejszym i najskuteczniejszym w leczeniu gruźlicy; to też w braku innych lepszych przyznać mu trzeba pierwszeństwo.

Ostateczne wyniki leczenia zależeć naturalnie muszą od odpowiedniego doboru przypadków. Nie jest obojętną rzeczą, czy chory okazuje wczesne zmiany gruźlicze, czy jest dziedzicznie obciążony lub nie, czy stan odżywienia jego dobry lub zły, czy wreszcie, w równych zresztą warunkach, zmiany w płucach są już bardzo rozległe.

Najlepszego skutku spodziewać się można u osób młodych, u których badaniem przedmiotowem stwierdzić jeszcze nie można stałych i wyraźnych zmian w płucach, a u których istnieje bardzo znaczna, wrodzona lub nabyta, skłonność do nieżytów błon śluzowych narządu oddechowego. Na drugiem dopiero miejscu postawić można przypadki gruźlicy początkowej, ściśle ograniczonej w jednym ze szczytów, bądź w postaci nieżytu, bądź też ograniczonego nacieku.

Rozpoczynający się rozpad miąższu płucnego, byle nie zbyt gwałtowny, nie postępujący zbyt szybko, nie czyni leczenia klimatycznego zupełnie bezowocnem i beznadziejnem; zmniejsza jednak w wysokim stopniu w przeważnej części przypadków widoki znaczniejszej i trwalszej poprawy.

Zupełnie nadaremnem jest leczenie klimatyczne, jak i każde zresztą inne, w przypadkach gruźlicy, przebiegającej pod postacią ostrą, lub też w przypadkach rozległego rozpadu miąższu płucnego, którym bardzo często towarzyszy trawiąca gorączka, jako wyraz zakażenia mięszanego.

Nie małe znaczenie dla ocenienia skutków leczenia i dla widoków zupełnego wyleczenia ma także i postać gruźlicy. Leczenie daje o wiele lepsze wyniki w postaci włóknistej (*phthisis fibrosa*), najczęściej nabytej, aniżeli w postaci pospolitszej, nieokazującej dążności do wytwarzania tkanki łącznej, zwanej dziedziczną.

Polecając w suchotach leczenie w klimacie górskim, nie wystarczy bynajmniej zadowolnić się poznaniem choroby podstawowej i ocenieniem ogólnego stanu chorego; uwzględnić także należy możliwe powikłania, zależne wprost od choroby i przyczynowo z nią związane, albo też zupełnie odrębne. Względnie nierzadko towarzyszą gruźlicy płuc nieżyty górnych dróg oddechowych: nosa, gardła, krtani i tchawicy, mniej często gruźlicze owrzodzenia tych części. Stanowią one w znacznej liczbie przypadków względne przeciwwskazanie dla pobytu w klimacie górskim z tego powodu, że suche i chłodne powietrze górskie niedobrze działa na wrażliwą błonę śluzową, drażni ją i zwiększa pobudzenie do kaszlu. Skłonności do krwotoków płucnych nie obawiamy się tak dalece w górach, i to wbrew wnioskom, któreby wysnuwać należało z teoretycznego poglądu na działanie górskich czynników klimatycznych i na wpływ, jaki one wywierają. Nie wolno jednak zapominać, że czynniki te do pewnej tylko miary i tylko z zachowaniem pewnych ostrożności są prawie obojętne. Chorzy, skłonni do krwotoków, odwiedzać powinni miejscowości, położone niezbyt wysoko, unikać wszelkich silniejszych psychicznych i fizycznych wrażeń i wysiłków, strzedz się, o ile to tylko możebne, wpływu gwałtowniejszych zmian meteorologicznych.

Z innych chorób narządu oddechowego korzystnie przebiegają w klimacie górskim n e r w o w a d y c h a w i c a o s k r z e l o w a *(asthma bronchiale)* i przewlekłe n i e ż y t y o s k r z e l o w e, odznaczające się obfitszą ilością wydzieliny. W r o z e d m i e p ł u c jest klimat górski mniej odpowiedni, gdy pęcherzyki płucne w wysokim już stopniu utraciły swą sprężystość, może być jednak bardzo jeszcze pożyteczny wtedy, gdy rozedma nie sprowadziła zupełnej utraty sprężystości, i gdzie obniżenie granic płuc uważać należy raczej za następstwo rozdęcia, spowodowanego długotrwałym kaszlem,

jak to ma miejsce w nieżycie oskrzelowym, lub też w przebiegu krztuśca.

W zboczeniach i w chorobach narządu krążenia nie rzadko polecać można pobyt w górach. Jest on bardzo korzystny dla osób młodych, nierozwiniętych jeszcze zupełnie, a okazujących wrodzoną wąskość układu tętniczego. Także i w niektórych przypadkach wad sercowych zastawkowych spodziewać się można dobrego skutku. Koniecznym jest jednak warunkiem, aby mięsień sercowy w swem utkaniu był nietknięty, żeby nie było objawów wygórowanego parcia w układzie tętniczym. Dlatego to tylko osoby młode, dotknięte wadą sercową, posyłać można w góry, zwłaszcza, gdy zajęta jest zastawka dwudzielna i gdy nie ma zbyt już daleko posuniętych zmian w wyrównaniu. Wpływ wzmacniający klimatu górskiego zaznaczyć się może w tych razach bardzo wybitnie. Mięsień sercowy jędrnieje, nabiera większej siły i przez dłuższy czas bez znużenia pokonywać może opory w krążeniu.

Wielokrotnie już podnoszono wpływ klimatu górskiego na zarząd trawienia. Z autorów polskich osobną pracę poświęcił temu przedmiotowi Prof. Jaworski. Podniósł w niej, że objawy złego trawienia znikają w klimacie alpejskim nawet mimo bardzo obfitej dyety. Tłomaczyć to sobie należy pobudzeniem nerwowem, przyspieszeniem czynności serca, zwiększeniem liczby oddechów, wzmożonem wydzielaniem wody i żywszą przemianą pierwiastków. Wynika z tego lepsze odżywienie wszystkich tkanin. A więc i błona mięsna i śluzowa żołądka lepiej są odżywione, lepiej i energiczniej pracują; treść pokarmowa opuszcza żołądek rychlej, gruczoły trawieńcowe wydzielają w należytej ilości i jakości sok trawieńcowy.

Przyspieszenie przemiany pierwiastków, udowodnione do pewnego stopnia nawet ścisłymi rozbiorami i oznaczeniami, uzasadnia zupełnie kierowanie w góry chorych, którzy okazują pewne zboczenia w tym zakresie. Do rzędu tych zboczeń zaliczyć można: otłuszczenie ogólne i skazę moczanową. Doświadczenia, wykazujące, że w powietrzu górskiem zwiększa się ilość wydzielanego bezwodnika kwasu węglowego i wody, że w moczu, przynajmniej w pierwszych kilkunastu dniach, wzrasta bezwzględna ilość azotu, tłomaczą dostatecznie spostrzeżenia lekarskie, stwierdzające niewątpliwie ubytek tłuszczu w górach i znikanie objawów, związanych ściśle z nieprawidłową przeróbką istot białkowatych.

Żywy współudział układu nerwowego w odczuwaniu podniet, których dostarcza klimat górski, sprawia, że zużytkować je można w zboczeniach czynnościowych układu nerwowego. Nerwice ogólne wtedy zwłaszcza poprawiają się w klimacie górskim, gdy nie przebiegają wśród znacznego podniecenia. To też histerya i hipochondrya nadają się lepiej do takiego leczenia, aniżeli neurastenia. Z innych nerwic wymienić tu jeszcze można chorobę Basedowa, w której pierwszy Stiller osiągnął dobre skutki z leczenia w klimacie górskim.

Zwiększone parowanie skóry i wielkie natężenie siły promieni słonecznych w górach czyni je odpowiedniem miejscem pobytu dla chorych, cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek. Nie każda jednak pora roku jest dla leczenia równie odpowiednia, nie wszystkie góry są równie dobre. Wymagać trzeba stałej i nie nazbyt niskiej ciepłoty powietrza, wybierać okolice, nie wystawione na działanie wilgotnych wiatrów, odznaczające się powietrzem suchem i małą ilością opadów atmosferycznych.

Pomiędzy naszemi górskiemi uzdrowiskami jedno tylko Zakopane jest stacyą leczniczą, w której przez cały rok korzystać można z urządzeń leczniczych. Wszystkie inne były do niedawna otwarte tylko w lecie. W ostatnich dopiero latach przybyły zimowe zakłady w Bystrej na Śląsku, w Ojcowie w Królestwie polskiem, w Szczawnicy w Galicyi, ale wzniesienie tych wszystkich miejscowosci nad poziom morza z wyjątkiem Zakopanego, jest względnie nie duże, a więc i uważać ich nie można w ścisłem tego słowa znaczeniu za miejscowości górskie. Nie będzie więc rzeczą zbyteczną, jeśli z nazwiska przynajmniej poznamy pewną ilość zagranicznych górskich stacyj klimatycznych. Do najbardziej znanych należą: Arosa 1890 mtr. n. p. m w Szwajcaryi, St. Blasien 772 mtr.n. p. m. w W. Ks. Badeńskiem, Davos-Dörfli 1573 mtr. n. p. i Davos-Platz 1560 mtr. n. p. m. w Szwajcaryi, Falkenstein 400 mtr. n. p. m. w Ks Nassau, Friedrichsroda 430 mtr. n. p. m w Ks. Sachsen-Coburg-Gota, Görbersdorf 560 mtr. n. p. m. na Śląsku pruskim, Insbruck 587 n. p. m w Tyrolu, Interlaken 568 mtr. n. p. m. w Tyrolu, Meran 319 – 520 mtr. n. p. m. w Tyrolu, Montreux w Szwajcaryi, Pontresina 1800 mtr. n p. m. w Szwajcaryi, Reiboldsgrün 474 mtr. n. p. m. w Saksonii, Szmeks-Alt-Szmeks 1014 mtr. n. p. m. Neu-Szmeks 1005 mtr. n. p. m. Unter-Szmeks 940 mtr. n. p. m. na Węgrzech, St. Moritz 1800 mtr. n. p. m. w Szwajcaryi, Zell-am-See 790 n. m. w Austryi i bardzo wiele innych.

III. Z Zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej *(humor aqueus).*

Podał
Dr. Adam Szulisławski.

(Ciąg dalszy).

Aby uniknąć rozwlekania, a rzecz ile możności jasno przedstawić, nie będę się trzymał chronologicznego porządku, w jakim doświadczenia się rozwijały, ale zszereguję poszczególne wyniki według ich naturalnego pokrewieństwa i przynależności i omówię je w odnośnych ustępach.

I. Wpływ ciśnienia śródocznego na wydzielanie cieczy wodnej. W każdym przypadku można przez dostateczne podniesienie ciśnienia śródocznego sprowadzić (przy tem samem przypuszczalnie ciśnieniu krwi) zwolnienie, a w końcu zupełne zatamowanie wydzielania. Wysokość potrzebnego w tym celu ciśnienia bywa różna, odpowiednio do wielkości zwierzęcia, a tem samem obszaru przedniej komórki. Obniżając napowrót ciśnienie przywracamy wydzielanie, którego szybkość i obfitość zależy od stopnia obniżenia. Byłoby to potwierdzeniem wyżej przytoczonego prawidła zależności wydzielania od różnicy ciśnienia krwi i ciśnienia śródocznego. Przy tem jednakże należy zwrócić uwagę na jeden bardzo ciekawy, a dotychczas nieuwzględniony szczegół, który określę na przykładzie. W doświadczeniu V np. rozpoczęto mierzyć wydzielanie przy ciśnieniu 10 cm. słupa wody. Spadają krople z prawego oka w przecięciu co 68″;

z lewego zaś co 158″ (*iridectomia*). Podwyższamy ciśnienie do 30 cm. (l. 21). Zupełne obustronne zatamowanie wydzielania. Obniżamy nagle ciśnienie do 10 cm. (l. 22), a więc do pierwotnej wysokości, a krople spadają obecnie co 48″ po prawej stronie, co 79″ zaś po lewej, znacznie więc, dwa razy szybciej, niż z początku doświadczenia przy tem samem ciśnieniu. Dla uniknięcia nieporozumień muszę tu wyjaśnić, że przy unoszeniu korka ku górze dopełnia się rurkę (e′ e′) rozczynem soli kuchennej. Podczas obniżania spada zawsze kilka kropel, które nie wchodzą w rachubę, gdyż wylewa się to, cośmy dodali. Nadto pewna ilość płynu uchodzi na innej drodze. Przez podwyższenie bowiem ciśnienia w przedniej komórce musi się zwiększyć wessanie cieczy wodnej z przedniej komórki drogami naturalnemi. Obliczamy więc tylko te krople, które już po dokonaniu obniżenia spadają, co daje miarę rzeczywistej szybkości wydzielania w danej chwili. I przekonywamy się, że nagłe obniżenie ciśnienia śródocznego sprowadza nie względne, lecz wprost bezwzględne podwyższenie wydzielania — nie podobna bowiem inaczej wytłómaczyć różnicy wartości przy tem samem ciśnieniu (10 cm.). Powtórzenie tego samego zabiegu (l. 23, 24) daje przyspieszenie nieco mniejsze, niż za pierwszym razem: Pr. o. = 1 kr. co 70″. L. o. = 1 kr. co 101″; ale wynik ten sam, cyfrowo udowodniony na lewem oku. Wogóle zaznaczyć muszę, że wszelkie zabiegi i bodźce, jakiekolwiekby było ich działanie, czy mechaniczne, czy chemiczne, czy elektryczne, czy swoiste, zawsze tak się zachowują, że za pierwszym razem użyte dają wynik wybitniejszy, czyli rozwijają energiczniejsze działanie, niż przy wielokrotnem zastosowaniu u tego samego osobnika. Jakie tego przyczyny, nie tu miejsce rozstrzygać — wystarczy stwierdzenie faktu. Zjawisko to zresztą zwykłe i dokładnie znane każdemu eksperymentatorowi.

Nadmienić tu jeszcze wypada, że każde podwyższenie ucisku wywoływało rozszerzenie źrenicy i ból, który u zwierząt niekuraryzowanych można było wyraźnie stwierdzić.

Inaczej ułożą się stosunki, skoro podwyższymy ucisk śródoczny zapomocą innych zabiegów. Wiadomo n. p., że drażnienie nerwu współczulnego podnosi ucisk śródoczny. Adamuek[1]) czyni to zależnem od podwyższonego ciśnienia krwi w naczyniach śródgałkowych, podczas gdy Hippel i Gruenhagen[2]) od zadrażnienia mięśni gładkich oczodołu i wywartego przez nie ucisku na zawartość gałki ocznej. Wpływ zaś n. współczulnego na wydzielanie cieczy wodnej badał Nicati[3]) i stwierdził przyspieszenie wydzielania po przecięciu n. współczulnego i to z wyrwaniem lub bez wyrwania górnego zwoju szyjowego. Wynikałoby z tego, że porażenie n. współczulnego sprowadza przyspieszenie — *e contrario* zaś musiałoby zadrażnienie wywoływać opóźnienie wydzielania.

Rozpatrzmy jednak nieco bliżej nasze doświadczenie VIII. Odsłonięto n. współczulny lewy i założono nań stałe elektrody. Wydzielanie w obydwu oczach równe przy ciśnieniu 6 cm. słupa wody. Drażnienie (l. 43) przy odległości cewek = 13, pozostaje bez wpływu na prawe oko, sprowadza zaś znaczne przyspieszenie po stronie lewej. Ale wśród jakich objawów? Gałka lewa w całości pomyka ku przodowi, *palpebra tertia*, która dotychczas spoczywała na rogówce, cofa się gwałtownie i gubi w załamkach; źrenica silnie się rozszerza, a przednia komórka wyraźnie staje się płytszą i to przez wypchnięcie tęczówki ku przodowi. Wśród drażnienia stan ten się utrzymuje, a z rurki wypływa szybko 3 krople jedna po drugiej, poczem płyn w rurce (e′) lewej cofa się. Przy dwu następnych drażnieniach otrzymujemy wynik ten sam. Przez cały ten czas utrzymuje się wydzielanie po stronie prawej stale na tej samej wysokości. Dopiero podczas 3go drażnienia (l. 44), kiedy odległość cewek wynosiła 10 — spadły szybko 2 krople. Widać więc, że o ile przy użyciu słabszych prądów działanie ogranicza się tylko do strony drażnionej, o tyle silne prądy mogą przenosić się i na stronę przeciwną i tam również wywoływać zadrażnienie, chociaż znacznie słabsze.

Okoliczność, że za każdem drażnieniem spadały krople szybko, po ustaniu zaś płyn w rurce (e′) cofał się natychmiast, stanowi, razem z resztą towarzyszących objawów, wymowny dowód, że przy zadrażnieniu nerwu współczulnego nie mamy do czynienia z podwyższeniem wydzielania cieczy wodnej, lecz tylko, lub przeważnie, z mechanicznem wypchnięciem zawartości przedniej komórki skutkiem ucisku z zewnątrz. Doświadczenie to przemawia oczywiście za słusznością zapatrywania Hippla i Gruenhagena, które wyżej przytoczyliśmy.

Przed założeniem elektrod na nerw współczulny i wogóle aby umożliwić odosobnione tylko drażnienie tego nerwu, podwiązywaliśmy go poprzednio, jak to się zwykle czyni. Podwiązanie takie nerwu równa się jego przecięciu. W doświadczeniu zarówno wyżej przytoczonem (VIII), jakoteż w późniejszem (XII), gdzieśmy ten sam zabieg również po lewej stronie wykonali, nie mogliśmy zauważyć żadnej różnicy w wydzielaniu cieczy wodnej po stronie prawej i lewej. W obydwu razach utrzymywało się wydzielanie stale po obydwu stronach na równej wysokości. Nie mogliśmy więc na podstawie swoich doświadczeń stwierdzić wpływu, jaki Nicati przypisuje nerwowi współczulnemu na wydzielanie cieczy wodnej.

Jeszcze na jedną okoliczność należałoby tu zwrócić uwagę. Występujący przy zadrażnieniu nerwu współczulnego skurcz mięśni gładkich oczodołu i gałki musi (jak to już Hippel i Gruenhagen podnoszą) wywoływać równocześnie ucisk, a tem samem bierne zwężenie naczyń, szczególnie żył o wiotszych ścianach, a więc ścieśnienie dróg odpływowych gałki. Idzie za tem utrudnienie odpływu krwi żylnej i cieczy odżywczych z oka — czyli nowy czynnik, wpływający na podwyższenie ucisku śródocznego. Wyobraźmy sobie teraz, że u osobnika, dotkniętego jakąś wadą naczyń (n. p. miażdżycą) w stopniu, pozwalającym jeszcze na prawidłową wymianę cieczy odżywczych oka, wystąpi stałe zadrażnienie nerwu współczulnego, co w pewnych stanach chorobowych przydarzać się może, a zrozumiemy, że w danym przypadku zejdą się wszelkie warunki, potrzebne do trwałego podwyższenia ucisku śródocznego, czyli do wytworzenia obrazu chorobowego, który określamy mianem ja-

[1]) Neue Versuche über den Einfluss des Sympathicus und Trigeminus auf Druck und Filtration im Auge. LIX. *Bd. d. Sitzungsber. der k. Akad. der Wissenschaften* II Abth. 1869.

[2]) Ueber den Einfluss der Nerven auf die Höhe des intraocularen Druckes. *Archiv Graefe* XVI Bd. 1 Abth. (27—48). 1870.

[3]) Physiologie et patologie de la glande des procès ciliaires. *Compt. rend. hebdom. des Séances et Mém. de la Société de Biologie.* 1889. II Innervation p. 373.

skry (*glaucoma*). Na podstawie powyższego rozumowania wydaje mi się wielce prawdopodobnem, że przynajmniej pewna część przypadków jaskry prostej (*glaucoma simplex*) w ten sposób się wytwarza i przychodzi do skutku. To też myśl Th. Jonnesco[1]) resekcyi nerwu współczulnego w przypadkach jaskry, rozwijającej się bez lub z nieznacznymi objawami zapalnemi, nie byłaby, jak widzimy, pozbawiona teoretycznej podstawy, a korzystne wyniki jego w 8miu przypadkach, które przytacza, stwierdzałyby słuszność tego zapatrywania.

Skorośmy już zeszli na pole praktycznych wniosków, nie będzie może od rzeczy zastanowić się, (bo niewiem, czy mi się kiedy do tego nadarzy sposobność), dlaczego założenie silnej opaski uciskowej na oko sprowadza znaczne obniżenie napięcia gałki (*hypotonia bulbi*). Zrozumienie tego faktu na podstawie powyższych doświadczeń jest bardzo łatwe. Kto raz widział, jak nieznaczny nawet ucisk palcem na gałkę wywołuje tętnienie żył w dnie oka, oceni, jak łatwo przez ucisk zewnętrzny wywołać podwyższenie ciśnienia śródocznego. To ostatnie zaś, o ile z jednej strony wpływa tamująco na wydzielanie cieczy wodnej, o tyle z drugiej strony, przypuściwszy zupełną sprawność dróg odpływowych, przyspiesza jej wydalanie z przedniej komórki przez przesączanie, które pod wyższem ciśnieniem musi się żywiej odbywać (Leber, Bentzen). Skutek tego konieczny stanowi — zmniejszenie ilości cieczy wodnej i miękość gałki. Spostrzegaliśmy niejednokrotnie, że w niektórych przypadkach po operacyi ciężko i trudno przywraca się przednia komórka. Jednym z najczęstszych powodów bywa w tych razach ucisk, wywołany przez choćby lekko założoną opaskę. Najlepszym tego dowodem, że po zupełnem usunięciu opaski komórka przywraca się bardzo szybko, cośmy na oddziale Prof. Machека niejednokrotnie mieli sposobność stwierdzić.

II. Wpływ atropiny i pilokarpiny na wydzielanie cieczy wodnej zasługuje na osobne omówienie. Stosowaliśmy te środki miejscowo t. j. do worka spojówkowego i podskórnie. W obydwu razach działają jednakowo. Atropina opóźnia wydzielanie cieczy wodnej, pilokarpina (wzgl. ezeryna) przyspiesza je. Głównie doświadczenie VII. poświęciliśmy wyświetleniu tych stosunków, zresztą przygodnie w innych doświadczeniach stosowaliśmy atropinę, pilokarpinę lub ezerynę, co w tablicach jest uwidocznione. Przypatrzmy się bliżej doświadczeniu VII. Początkowo pod ciśnieniem 10 cm. słupa wody przypada 1 kr. na 140″. Po zastrzyknięciu do żyły 10 gr. cukru gronowego występuje znaczne przyspieszenie, 1 kr. co 46″, które trwa przez 7′15″, poczem wydzielanie wraca do normy. Zastrzyknięcie $2^1/_2$ mlgr. pilokarpiny sprowadza jeszcze znaczniejsze niż poprzednio przyspieszenie, 1 kr. co 25″, trwające jednak krócej, bo tylko przez 2′30″. Następne wstrzyknięcie pilokarpiny sprowadza ten sam skutek (1 kr. co 26″), trwający jednak znowu krócej (1′43″). Po trzeciem wstrzyknięciu pilokarpiny, w czasie, kiedy przyspieszenie, przez nią wywołane, jeszcze trwało (po 1′4″), wprowadzono podskórnie 5 mlgr. atropiny. W pierwszej zaraz chwili wypukła się kropla — poczem następuje zupełne zatamowanie wydzielania. Nietylko bowiem w ciągu następnych 4′10″ żadna kropla nie spadła, lecz nadto w rurce (e′) cofa się płyn na 5—$8^m/_m$. Przyczynę tego cofania się płynu w rurce wytłómaczyć nie wydaje mi się rzeczą łatwą, w każdym jednak razie świadczy ono niezbicie o obniżeniu ciśnienia w przedniej komórce. Dawniejsi autorowie (Wegner, Adamuek, Leber)[1]) spostrzegali również obniżenie ucisku śródocznego, występujące po atropinie, Adamuek nawet zauważył zmniejszenie wydzielania cieczy wodnej, różnią się jednak w tłómaczeniu tego zjawiska, przypisując je bądźto zwężeniu naczyń śródocznych (Adamuek), bądź też ich rozszerzeniu (Wegner).

Z przyczyn, wyszczególnionych w poprzednim rozdziale, wiemy, jak pierwszorzędne znaczenie ma ciśnienie w przedniej komórce na ilość wydzielonej cieczy wodnej. Jeżeli tu mimo obniżenia ciśnienia śródocznego spotykamy się z zatamowaniem wydzielania, to przyczyna jednego i drugiego zjawiska musi leżeć w pierwotnem obniżeniu ciśnienia w naczyniach śródgałkowych, które sprowadziło zmniejszenie lub zgoła wyrównanie różnicy ciśnienia krwi i ucisku śródocznego — co znowu musi pociągnąć za sobą obniżenie, względnie zupełne zatamowanie wydzielania. Okoliczność, że płyn w rurce (e′) się cofnął, że więc pewna ilość płynu do przedniej komórki została wciągniętą, świadczy, że treść t. j. zawartość gałki musiała się zmniejszyć. A ponieważ bezpośrednie drażnienie okolicy ciałka rzęskowego (XIV. l. 74.) pozostaje bez żadnego wpływu na wydzielanie cieczy wodnej, z tworów zaś śródgałkowych jedynie tylko naczynia posiadają zdolność szybkiego zmieniania swej objętości, więc i ten szczegół świadczy, że w naczyniach, w tym razie w ich ściągnięciu się, zwężeniu, musi leżeć przyczyna zarówno obniżenia ciśnienia śródocznego, jak i zmniejszenia wzgl. wyrównania różnicy między niem, a ciśnieniem w naczyniach. Ztąd wniosek, że atropina zwęża naczynia śródgałkowe (przynajmniej w przedniej połowie gałki) i równocześnie obniża ciśnienie krwi w naczyniach śródgałkowych.

Nader znamiennym jest dalszy ciąg VII. doświadczenia. Kiedy po zastrzyknięciu atropiny (VII. 39.) w ciągu 4′10″ zgoła nic się nie wydzieliło, wprowadzono do żyły udowej powtórnie 10 gr. cukru gronowego (l. 40) i otrzymaliśmy znowu znaczne przyspieszenie (1 kr. co 35″). Ponowne zastrzyknięcie atropiny, w tej samej co poprzednio ilości (5 mlgr.), sprowadziło natychmiast obniżenie wydzielania (1 kr. co 66″), lecz nie jego zatamowanie, a przyspieszający wpływ cukru gronowego pozostaje mimo atropiny widocznym, gdyż mimo wywołanego przez nią obniżenia wydzielanie jest i tak dwa razy szybsze od prawidłowego wydzielania przy ciśnieniu 10 cm. (1 kr. co 140″). Widzimy więc, że także co do wydzielania cieczy wodnej zachowuje się atropina jako bezwzględny antagonista pilokarpiny, t. j. zupełnie znosi jej działanie, natomiast ogranicza tylko i obniża, lecz nie znosi, nawet przyspieszenia, sprowadzonego innymi środkami. Jest to szczegół, do którego jeszcze raz w ostatnim ustępie powrócimy.

III. Wpływ irydektomii na wydzielanie cieczy wodnej mieliśmy sposobność spostrzegać w dwu przypadkach. (Doświadczenie V. i VI.). W obydwu razach stosowaliśmy obok innych zabiegów drażnienie nozdrzy zapomocą zgłębnika, lub przez rozpylanie eteru, albo też podaniem do wde-

---

[1]) Die Resection des Halssympathicus in der Behandlung des Glaucoms. *Wiener klin. Wochenschr.* Nr. 18. 1899.

[1]) Graefe Saemisch. B. II. S. 375.

chania amoniaku. Wszystkie te zabiegi wpływają jednak ściśle wziąwszy nietylko na wydzielanie cieczy wodnej, lecz także wywołują wypchnięcie jej z przedniej komórki w kierunku najmniejszego oporu, t. j. przez rurkę, — a to najprawdopodobniej przez odruchowy skurcz mięśni zewnętrznych i wywarty przez to na gałkę ucisk. Nie można im jednakże odmówić w zupełności pewnego wpływu także na wydzielanie cieczy wodnej, które najprawdopodobniej w drodze odruchowego podwyższenia ciśnienia w naczyniach śródgałkowych przychodzi do skutku, nie moglibyśmy sobie bowiem w przeciwnym razie wytłómaczyć, dlaczego po stronie irydektomii pod wpływem tych samych zabiegów stale mniej się wydziela, niż po stronie przeciwnej. Znamienną jest także okoliczność, że przy jednostronnem, mechanicznem drażnieniu nozdrza zapomocą zgłębnika, przyspieszenie występuje tylko po stronie drażnionej.

Już przy porównaniu wartości prawidłowego, czyli samoistnego wydzielania przy tem samem ciśnieniu (10 cm.) okazuje się, że wydzielanie po stronie irydektomii jest dwa razy mniejsze. Stosowanie wszelakich podniet nic nie zmienia w tym stosunku; — wywiera właściwy danej podniecie wpływ po obydwu stronach, po stronie jednak irydektomii stale mniej kropel wypływa, a więc mniej się wydziela. Natomiast atropina rozwija tamujący swój wpływ na wydzielanie cieczy wodnej bez porównania wybitniej po stronie irydektomii. Bo podczas gdy w ciągu 25′ po zakropleniu atropiny (VI. l. 33.) wydzieliło się po stronie irydektomii tylko 2 krople, a więc jedna kropla przypada na 750″, — po przeciwnej stronie spadło w tym samym czasie 6 kropel, co czyni 1 kr. na 170″.

Doświadczenia powyższe uprawniają tylko do stwierdzenia niewątpliwego faktu, że i r y d e k t o m i a o b n i ż a w y d z i e l a n i e c i e c z y w o d n e j. Nie rozstrzygają jednak pytania, dlaczego się tak dzieje i czy tej okoliczności jedynie (co już a p r i o r i wydaje się nieprawdopodobnem) zawdzięczać należy zbawienne działanie irydektomii w przebiegu jaskry. Do wyświetlenia tych stosunków potrzebne są osobne i w tym jednym tylko kierunku prowadzone doświadczenia, które mam zamiar w przyszłości podjąć. (dok. nast.)

IV. Ze szkoły położnych prof. Dra A. Czyżewicza i pracowni bakteryologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.

O zachowaniu się wydzieliny szyi macicy pod względem bakteryologicznym u ciężarnych.

Podał
Dr. A. Sołowij.

(Dokończenie).

Mój sposób postępowania był następujący: Zapomocą wyjałowionych wzierników okrągłych (ze szkła mlecznego lub twardego kauczuku) lub zapomocą wziernika Cusco nastawiałem część pochwową i oczyszczałem ją kilkoma (2—5) wyjałowionymi, suchymi wacikami tak długo, aż nie udało mi się usunąć wszelkiej około ujścia macicy dostrzegalnej wydzieliny. Następnie w każdym z badanych 30 przypadków brałem wydzielinę szyi macicy zapomocą pętli platynowej (każdym razem świeżo wyżarzonej) na 2 szkiełka nakrywkowe, a potem szczepiłem wydzielinę szyi macicy do 2 próbówek z bulionem glicerynowym ocukrzonym, zapomocą pętli platynowej i zapomocą maleńkiego wacika, uchwyconego w długie, cienkie kleszczyki.

W ten sposób zbadałem wydzielinę szyi macicy u 30 ciężarnych, co najmniej 48 godzin przedtem nie badanych. *(Porównaj tablicę na stronie następnej).*

Hodowle bulionowe oglądałem i badałem drobnowidowo zwykle po upływie 48-miu godzin (wyjątkowo później). Między sporządzeniem preparatów drobnowidowych z bulionu a rozpoznaniem, przeszczepiałem w miarę potrzeby na agary: słodowy, cukrowy, glicerynowy, zwykły w sposób frakcyonowany, do bulionu cukrowego, zwykłego, glicerynowego, do żelatyny: kwaśniej, alkalicznej z cukrem lub bez cukru, do mleka i na ziemniaki. W niektórych razach wylewałem płytki lub uciekałem się do doświadczenia na zwierzęciu.

Wynik moich badań jest następujący: Według ostatecznego rozpoznania znalazłem w wydzielinie szyi macicy 30 ciężarnych (13 pierwiastek i 17 wieloródek): Paciorkowce 2 razy, dwoinki Fränkel-Weichselbauma 2 razy, czworniaki *(sarcina)* 7 razy, pleśniawki *(soor)* 2 razy, *micrococcus albus* 1 raz, *micrococcus* niechorobotwórczy 9 razy, *micrococcus* bliżej nieokreślony 2 razy, *bacillus vaginalis* Döderlein 16 razy, inny prątek niechorobotwórczy 1 raz, inny prątek, bliżej nieokreślony 1 raz, mętwik *(vibrio)* niechorobotwórczy 1 raz. —

Badanie wydzieliny szyi macicy pod drobnowidem wykazało drobnoustroje 26 razy, a tylko 4 razy był wynik badania ujemny. Pod tym względem więc jest bardzo znaczna różnica w porównaniu z wynikami M e n g e g o, który wśród 50 przypadków tylko 27 razy znalazł drobnoustroje.

Paciorkowce, które znalazłem 2 razy, okazały się tylko w jednym przypadku chorobotwórczymi (przypadek I). Mysz, której wstrzyknięto do jamy brzusznej 0.5 ctm. hodowli bulionowej, zginęła po 2 dniach. 0.5 ctm. krwi tej myszy, wstrzyknięte podskórnie, wystarczyło, by zabić mysz drugą, a hodowle z krwi obu myszy wykazały typowe paciorkowce. W drugim przypadku (przypadek 17) zniósł królik bez szkody wstrzyknięcie do jamy brzusznej 1 ctm. hodowli bulionowej. Tutaj zatem paciorkowce nie były chorobotwórcze. Szczegół ten przemawiałby więc za tem, że w pochwie, jak twierdzą M e n g e i K r ö n i g (6), mogą żyć różne rodzaje paciorkowców, z których tylko niektóre są chorobotwórcze. Pewne podobieństwo przedstawia ponickąd także zachowanie się prątków pochwowych Döderleina i niektórych ziarenkowców niechorobotwórczych. Stwierdzone drobnowidem w wydzielinie szyi macicy i hodowli bulionowej ziarenkowce nie dawały się często pomimo najróżnorodniejszych pożywek dalej hodować. Czworniak (*sarcina*), który znalazłem 8 razy, pochodzi prawdopodobnie z przedsionka pochwy, skąd dostał się do szyi macicy zapewne podczas wprowadzania wziernika.

Uderzająca jest różnica pod względem zachowania się bulionów. Podczas gdy bulion, szczepiony zapomocą pętli platynowej, tylko 2 razy był zmętniały i 2 razy zawierał na dnie kłaczkowaty osad, a zresztą zawsze był czysty, pozostał bulion, szczepiony wacikiem, tylko 1 raz czysty, a zresztą zawsze był zmętniały lub na dnie zawierał osad! Z tego widzimy, jak wielką jest różnica przy różnych sposobach uzyskiwania wydzieliny szyi macicy. Pomimo starannego wytarcia okolicy ujścia zewnętrznego macicy dostają się do

	Preparat fuksynowy	Preparat Grama	Bulion szczepiony oczk.	Bulion szczepiony wacikiem	Preparat z bulionu szczepionego wacikiem	Rozpoznanie	Doświadczenie na zwierzęciu. Uwaga.
1 mp.	Długie cienkie prątki i małe ziarenkowce najczęściej po dwa	ujemny	czysty	zmętniały	ziarenkowce w krótkich łańcuszkach, podobne do paciorkowców	*Streptococcus*	0·5 ctm³. hodowli bulionowej 24 godz. wstrzyknięto do jamy brzusznej myszy, która po 2 dniach zginęła — 0·5 ctm³ krwi tej myszy wstrzyknięto pod skórę drugiej myszy, która po 3 dniach zginęła. Hodowla z krwi obu myszy znamienna dla paciorkowca
2 mp.	Dwa razy po 2 krótkie prątki	„	„	„	czworniak	*Sarcina*	Rozpoznanie zrobiono zapomocą kolonii na płytach i hodowli
3 pp.	Krótkie prątki najczęściej po dwa	„	„	„	„	„	„
4 mp.	Dwoinki i grube prątki, nieraz w nitki połączone	„	„	„	drobne ziarenkowce w krótkich łańcuszkach, tudzież ziarenk. wyglądu czworniaka i cienkie prątki	*Micrococcus* niechorobotwórczy[1]) *Bacillus* bliżej nieokreślony	Hodowlę bulionową wstrzyknięto do otrzewnej szczurowi bez jakiejkolwiek szkody
5 pp.	Mętwiki i krótkie grube prątki	„	„	„	mętwiki i ziarenkowce wyglądu czworn.	*Vibrio* niechorobotwórczy, *Sarcina*	Mętwik ten różni się od *micrococcus pyogenes* bujniejszym wzrostem w niskiej ciepłocie i odmiennym nieco charakterem na ziemniaku i w żelatynie
6 mp.	Ziarenkowce po dwa	długie i grube prątki	„	około wacika jakby grube i krótkie nitki	liczne grube i cienkie prątki	*Bacillus vaginalis Döderlein*[2])	
7 mp.	Grube prątki, łączące się w łańcuszki	te same prątki i dwoinki, przypominające czworniaki	„	nieznacznie zmętniały, na dnie osad, na wierzchu kożuszek	*Sacharomyces (Soor)*	*Sacharomyces* (*Soor*)	
8 mp.	Ujemny	ujemny	„	lekko zmętniały	ziarenkowce po dwa i grube prątki o zaokrąglonych końcach	*Micrococcus* niechorobotwórczy, *Bacillus vag. Döderlein*	
9 pp.	Grube prątki	„	„	zmętniały	grube prątki	*Bacillus vag. Döderlein*,	
10 mp.	ujemny	brakuje	„	czysty			
11 mp.	Nieliczne prątki i dwoinki, podobne do dwoinek Fränkel-Weichselbauma	te same prątki	„	zmęt., na dnie osad	drobniutkie ziarenkowce pojedyncze, najczęściej po dwa lub w łańcuszkach	*Micrococcus* niechorobotwórczy	Nie udało się bliżej oznaczyć tego mikrokoka, bo przeszczepianie z bulionu na agar glicerynowy wypadło ujemnie
12 pp.	Zwykłe prątki	te same prątki rozmaitej grubości	miernie zmętniały	jednostajnie nieznacznie zmętniały, na dnie mały osad	długie prątki łączące się w niteczki, dalej czworniakowate formy, i drobne mikrokoki, w gronach ułożone	*Bacillus vag. Döderlein*, *Sarcina*, *Micrococcus* niechorobotwórczy	
13 mp.	ujemny	krótkie grube prątki	czysty	jednostajnie zmętniały, na powierzch. mała obrączka osadu, podobnie i na dnie	długie prątki, często w łańcuszkach ułożone i ziarenkowce po 2 lub po 4	*Bacillus vag. Döderlein* *Micrococcus* niechorobotwórczy	Mikrokoka tego odosobniono, bliżej go jednak nie oznaczono; na pożywkach zachowuje się odrębnie od *micrococcus pyogenes*
14 mp.	Prątki cieńsze niż zwykle, w grupach lub krótkich łańcuszkach ułożone	te same prątki	„	jednostajnie nieznacznie zmętniały, na dnie mały osad	ziarenkowce pojedyncze, po 2 lub po 4, wielkości czworniaka	*Sarcina*	
15 pp.	Ziarenkowce po dwa i krótkie grube prątki	ujemny	„	zmętniały, na dnie kłaczkowaty osad	krótkie grube prątki i czworniaki	*Bacillus vag. Döderlein*, *Sarcina*	
16 mp.	Zwykłe prątki	„	„	zmęt., na dnie osad	prątki, ziarenkowce	*Bacillus vag. Döderlein* *Diplococcus Fränkel-Weichselbaum*	Dwoinki te zachowują się na pożywkach zupełnie tak samo jak *diplococcus Fränkel-Weichselbaum*; doświadczenia na zwierzęciu nie robiono
17 pp.	Krótkie łańcuszki znanych grubych prątków i dwoin.	brakuje	lekko zmętniały, na dnie osad	mocno zmętniały, na dnie osad	prątki dość długie, łańcuszki ziarenkowców, podobne do paciorkowców i ziarenkowce po 1, 2 i w małych grupach	*Bacillus vag. Döderlein* *Streptococcus*, *Micrococcus albus*	Paciorkow. ten zachowuje się odrębnie w hodowli bulionowej, bulion jest zmętniały. 1 ctm³ hodowli bulionowej wstrzyknięto bez szkody do jamy brzusznej królikowi. Paciorkowiec ten zatem nie jest chorobotwórczy.

18 pp.	Pojedyńczo ułożone pary dwoinek	krótkie prątki i kilka grubych dużych prątków, tudzież, nieliczne dwoinki znacznej wielkości	czysty	zmętniały, na górze piana, na dnie osad	prątki i ziarenkowce w grupach, pojedynczo, po 2, 3, i t. d.	*Bacillus* niechorobotwórczy, *Diplococcus Fränkel-Weichselbaum*	
19 pp.	Grube prątki	te same prątki	czysty, na dnie osad	czysty, na około wacika i na dnie strzępiasty osad	prątki zwykłe grube, prócz tego cieniutkie prątki także w nitkach	*Bacillus vag. Döderlein*	
20 mp.	Grube prątki i dwoinki	te same prątki i dwoin.	czysty, na dnie kłaczkowaty osad	czysty, na dnie kłaczkowaty osad	grube i cienkie prątki, często w niteczkach, także ziarenkowce po dwa lub w małych grupach	*Bacillus vag. Döderlein*	Ziarenkowców znalezionych w bulionie nie udało się odosonbić i dalej hodować
21 mp.	Drobne ziarenkowce najczęściej po dwa	te same ziarenkowce	czysty	jednostajnie zmęt.	prątki przeważnie cienkie, ziarenkowce po 2, najwyżej po 4, lub w łańcuszkach	*Micrococcus* niechorobotwórczy	"
22 mp.	Zwykle grube prątki	zwykłe grube prątki pojedyńcze lub w łańcuszkach, niektóre zaś cienkie	"	lekko zmętniały, na dnie kłaczkow. osad	prątki różnej grubości i ziarenkowce najczęściej po 2	*Bacillus vag. Döderlein* *Micrococcus* niechorobotwórczy	
23 mp.	Zwykłe prątki lecz w ogóle trochę cieńsze	zwykłe prątki grubych rozmiarów	"	czysty, na dnie kłaczkowaty osad	prątki (zwykłe)	*Bacillus vag. Döderlein*	
24 mp	Znane prątkiw łańcuszkach	te same prątki	"	jednostajnie zmęt.	prątki i ziarenkowce najczęściej po 2	*Bacillus vag. Döderlein* *Micrococcus* niechorobotwórczy	*Micrococcus* ten nie rozpuszcza żelatyny i nie ścina mleka
25 pp.	Zwykłe prątki jednakowej postaci lecz różnej wielkości	te same prątki	"	jednostajnie lekko zmętniały	*Micrococcus*	*Micrococcus* niechorobotwórczy	Żelatynę rozpuszcza, płyn jednak czysty
26 mp.	Zwykłe prątki	te same prątki	"	czysty	prątki i *Saharomyces* (*Soor*)	*Bacillus vag. Döderlein* *Saharomyces Soor*)	
27 pp.	Zwykłe prątki	te same prątki	"	mocno zmętniały	ziarenkowce wielkości czworniaka	*Sarcina*	Prątków, znalezionych na świeżym preparacie, nie udało się wyhodować, prawdopodobnie są one *bacillus vag. Döderlein*
28 pp	»	»	"	zmętniały	ziarenkowce pojedyncze, po 2, lub po 4	*Micrococcus* bliżej nie określony	"
29 pp.	ujemny	zwykłe prątki	"	zmęt., na dnie osad	prątki średniej grubości, pojedyncze, nieraz w łańcuszkach i nitkach wykrzywion.	*Bacillus vag. Döderlein*	
30 pp.	Krótkie prątki ułożone w wielkich gromadach	te same prątki	"	lekko zmętniały, na dnie osad	prątki i ziarenkowce najczęściej po 2	*Micrococcus* bliżej nieokreślony	
	pp.-*primipara* mp.-*multipara*						

[1]) Ziarenkowce te wyróżniały się wybitnie hodowlami od ziarenkowców chorobotwórczych.

[2]) Jako *bacillus vaginalis Döderlein* oznaczałem prątki (laseczki) różnych wymiarów, zwykle grube, o końcach tępo zaokrąglonych, barwiące się sposobem Grama, często połączone w nitki, rosnące trudno na zwykłych alkalicznych pożywkach, najlepiej zaś w bulionie, w którym wytwarzają na dnie i na ścianach mały osad lub mierne zmętnienie. Prątki te dają się hodować łatwiej na pożywkach kwaśnych zwłaszcza na agarze słodowym w ciepłocie +37° C., gdzie wyrastają drobne, prawie przeźroczyste kolonie. Hodowle prątków, które przeprowadziłem według wskazówek Döperleina (7), przekonały mnie o ich niezwykłej różności co do kształtów i wielkości. Pomimo jednak systematycznych usiłowań nie udało mi się wykazać żadnych stałych prawideł rozwoju tych prątków, a zaznaczam tylko, że bardzo szybko występują w nich objawy zwyrodnienia i że różnorodność kształtów polega niezawodnie co najmniej w części na zwyrodnieniu prątków.

szyi macicy choćby z najmniejszym wacikiem bardzo liczne drobnoustroje, żyjące w pochwie. Gdybyśmy zatem użyli tylko drugiego sposobu szczepienia, zbyt łatwo moglibyśmy przyjść do mylnego wniosku, że w wydzielinie szyi macicy żyje dużo (wprawdzie niechorobotwórczych) drobnoustrojów, podczas gdy w istocie ich tam nie ma.

Zgodnie więc z Walthardem i Mengem muszę stwierdzić, że szyja macicy (ponad ujściem zewnętrznem) nie zawiera żadnych drobnoustrojów. Te zaś drobnoustroje, które znajdowałem, zostały tamzawleczone z pochwy. Przez to jednak nie przeczę bynajmniej możności wykazania dwoinek rzeżączkowych w wydzielinie szyi macicy, jakkolwiek ich sam w żadnym z moich przypadków nie znalazłem.

Ponieważ drobnoustroje, żyjące w pochwie, potrzebują do swego rozwoju wydzieliny kwaśnej, więc brak im z góry warunków do rozwoju w alkalicznej wydzielinie szyi macicy, gdzie dostawszy się muszą rychło ginąć. Tak więc pochwa ze swoją wydzieliną kwaśną i właściwą jej florą stanowi najlepszą ochronę szyi macicy przed drobnoustrojami.

Już Döderlein (7) i Menge (l. c.) wykazali, że wydzielina pochwy ma do pewnego stopnia własność pozbywania się przeważnej ilości drobnoustrojów. Menge nazwał to „Selbstreinigung der Scheide“. Po $2^1/_2$ do 70 godzinach nie zawierała wydzielina pochwy już zupełnie hodowli prątka ropy błękitnej (*bacillus pyocyaneus)*, gronkowców ropnych złocistych i paciorkowców ropnych, które Menge w całym szeregu przypadków do pochwy wprowadzał. Brak tlenu, leukocyty i różne swoiste, niechorobotwórcze, stale żyjące w pochwie drobnoustroje dają, według Mengego, wydzielinie pochwy moc pozbywania się innych drobnoustrojów. Döderlein (l. c.) zaś przypisuje szczególnie prątkom, przez siebie bliżej oznaczonym (*bacillus vaginalis Döderlein*), możność niszczenia drobnoustrojów zapomocą kwasu mlekowego, który one w ilości około 0.04% wytwarzają. Sprzeciwiają się jednak temu doświadczenia Mengego (l. c.), który wykazał, że drobnoustroje giną w pochwie jednakowo szybko bez względu na to, czy wydzielina pochwy jest kwaśna, alkaliczna lub obojętna. Stanowczo zatem muszą tu odgrywać rolę jeszcze inne czynniki.

W porównaniu z pochwą posiada szyja macicy jeszcze w wyższym stopniu zdolność pozbywania się drobnoustrojów. Z hodowli prątka ropy błękitnej, gronkowca ropnego złocistego i paciorkowców ropnych, które Menge wprowadzał zapomocą pętli platynowej do szyi macicy, nie można było wykazać ani śladu już przed upływem 12 godzin. A ponieważ ziarnka cynobru potrzebowały dłuższego czasu (około 30 godzin), by uledz całkowitemu wydaleniu z szyi macicy, więc całkiem słusznie wnosi Menge, że warunki wydalania drobnoustrojów z szyi macicy nie mogą być tylko mechanicznymi (prąd śluzu, ciągle się odnawiającego od góry ku dołowi). Natomiast upatruje M. w leukocytach jeden z głównych czynników, niszczących drobnoustroje, gdyż po wprowadzeniu drobnoustrojów do szyi macicy zwiększała się ilość leukocytów, a czasem występowała wyraźnie fagocytoza. Obok leukocytów mają być, według Mengego, także aleksyny ową substancyą, która działa zabójczo na drobnoustroje.

Przeglądając wyniki moich badań, musi uderzyć częstość, z jaką znajdowałem w wydzielinie szyi macicy prątki pochwowe Döderleina (*bacillus vaginalis Döderlein*), mianowicie 16 razy = 53·3%. Ponieważ prątki te, jako potrzebujące pożywki kwaśnej, nie mogą istnieć w alkalicznej wydzielinie szyi macicy, więc nie ulega wątpliwości, że dostawały się do wacika już w ujściu zewnętrznem macicy, gdzie miesza się śluz pochwy z śluzem szyi macicy. Okoliczność ta dowodzi niemożności oczyszczenia zewnętrznego ujścia macicy z drobnoustrojów pochwy, a równocześnie przekonywa, że niepodobna uzyskać wydzielinę szyi macicy bez zanieczyszczenia jej w danym razie drobnoustrojami pochwy. Dlatego ↓ bulion, szczepiony oczkiem platynowem, uległ 2 razy zmętnieniu, a 2 razy zawierał osad.

Że tak często mogłem wykazać prątki pochwowe Döderleina, nie może zadziwiać wobec tego, iż Döderlein i Krönig wykazali je w pochwie ciężarnych w około 55% przypadków. W zwiększonej kwasocie wydzieliny pochwy podczas ciąży szuka Menge przyczyny, dla której o tyle częściej znajdują się w pochwie podczas ciąży prątki pochwowe Döderleina. Tak tedy kwaśna wydzielina pochwy chroni podczas ciąży tem skuteczniej szyję macicy przed drobnoustrojami, potrzebującymi do swego rozwoju pożywki alkalicznej, lub co najmniej obojętnej. Drobnoustrojów, znajdujących korzystne warunki rozwoju w szyi macicy, nie ma zatem podczas ciąży w pochwie, a tem samem jest wogóle co najmniej zbytecznem przepłókiwać pochwę przed porodem płynami odkażającymi, tem bardziej, że pochwa zawiera wogóle tylko wyjątkowo chorobotwórcze duobnoustroje. Odkażanie pochwy przed porodem może być więc tylko w wyjątkowych razach wskazane.

Serdeczne podziękowanie składam panu profesorowi Dr. A. Obrzutowi za pozwolenie korzystania z pracowni bakteryologicznej, a panu Dr. P. Kučerze za cenne wskazówki i poparcie w pracy.

Piśmiennictwo.

1. Z. f. G. u. G. Bd. 14, 1888. — 2. A. f. G. Bd. 3. — 3. C. f. G. 1893, Nr. 40. — 4. A. f. G. 1895, Bd 48, Heft 2. — 5. »Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales«. Leipzig 1897. — 6. M. f. G. u. G. 1899. Bd 9, Hft 6. — 7. »Das Scheidensekret und seine Bedeutung f. das Puerperalfieber«. Leipzig 1892.

V. Wyciągi.

E. Holländer. **W sprawie leczenia naczyniaków.** *(Berl. klin. Wochenschr.* 1900, Nr. 17). Mnogość i różnorodność zabiegów, zalecanych celem usunięcia naczyniaków, świadczy dowodnie o tem, że żaden z poleconych sposobów nie zdoła w każdym przypadku spełnić swego zadania. W przypadkach, w których naczyniak nadaje się do wycięcia, należy zdaniem H. bez wahania użyć noża, naczyniaki natomiast, nie nadające się do usunięcia drogą krwawą, należy leczyć przyżeganiem zapomocą gorącego powietrza. Ten ostatni sposób różni się korzystnie w swej zasadzie od innych tem, że wymaga zazwyczaj tylko jednorazowego zabiegu, nie wywołuje krwotoku, a nawet zachowuje dla ustroju krew, zawartą w naczyniaku, wytwarza silną bliznę i daje się zastosować w wszelkich okolicach ciała, a więc i w jego jamach. *Urbanik.*

Frosch. **Mór w świetle nowszych badań.** *(Berl. kl. Woch.* 1900/15, 17). Zapomocą zestawień historyczno-geograficznych, objaśnionych dobrze mapką, dochodzi F. do wniosku, że mór po wielolotniem szerzeniu się w najbliższem tylko sąsiedztwie swej ojczyzny, szczególniej w Indyach i w Chinach, okazuje nagle zdolność do szerokiego rozlania się i przerzucania w odległe strony, we wszystkich częściach świata, przyczem wrotami były zawsze porty morskie. Tak było w czasie moru w w. XVIII i niema wątpliwości, że będzie i teraz. Dopóki mór nie przestanie się szerzyć w swej oj-

czyźnie, dopóty nie ma się co łudzić, że groza rozwleczenia zmniejszyła się; co więcej, niebezpieczeństwo to wzrosło przez świeże usadowienie się moru w rozmaitych okolicach np. w południowej Ameryce [1]). Wobec tego nasuwa się pytanie, czy dzięki nowym badaniom możemy skutecznie z morem walczyć; odpowiedź wypada potwierdzająco. Nowszym badaniom zawdzięczamy wykrycia zarazka moru w r. 1894 i roli jego w zakażonym ustroju, przez co dopiero oznaczono dokładniej stopień i warunki zaraźliwości dżumy. I tak krosty i dymienice nie są wcale dla otoczenia niebezpieczne, dopóki są zamknięte; natomiast mogą przenieść zarazę: mocz, śluz z nosa, ślina, plwociny, a zwłaszcza te ostatnie, zawierające zarazek jadowity u ozdrowieńców jeszcze w 1½ miesiąca po przebyciu dżumy płucnej, jak świeżo stwierdzono w Aleksandryi. Zbadano dalej własności życiowe prątka moru, odgrywające ogromną rolę w epidemiologii, jako to: niezdolność tworzenia zarodników, małą odporność na środki odkażające, gorąco, wysuszenie, gnicie (wogóle obecność innych bakteryi), a z drugiej strony względnie znaczną odporność na zimno. W dalszym ciągu omawia autor treściwie trzy główne znane dotąd postacie moru (dymieniczą, płucną i skórną — pierwotne krosty dżumowe, nie przez wszystkich uznawane zą odrębną postać) i stwierdza, że nowsze badania podały mocno w wątpliwość istnienie pierwotnej postaci jelitowej u ludzi. Natomiast wyjaśniło się, że postać dymienicza i skórna są właściwie zakażeniem przyrannem; poznano dalej dopiero wskutek nowszych badań posocznicę i ropnicę dżumową, jako postacie następowe. — Co do śmiertelności i rokowania w dżumie, to stwierdzić należy na podstawie spostrzeżeń, zebranych obecnie w Azyi, że zaraza od zeszłego wieku wcale nie złagodniała. W poszczególnych przypadkach rokowanie pozostało, jak dawniej, niepomyślne, gdyż nawet względnie lekkie schorzenie może zawsze zamienić się nagle w ciężkie przez wystąpienie posocznicy dżumowej. Jady prątków dżumowych, krążące w sokach ustroju, zaznaczają swe działanie nie tylko powstawaniem licznych wybroczyn, ale, i to przedewszystkiem, ciężkimi objawami ze strony narządu nerwowego. — Niedawno zdobyte wiadomości o własnościach zarazka moru doprowadzają wogóle do wniosku, że zaraźliwość moru jest znacznie większa, niżby się zdawało, w każdym razie większa, niż zaraźliwość cholery. Byłoby przeciwnie, gdyby istniały tylko dymienicza i skórna postać moru, choć i one, z początku niezbyt groźne, stają się przy końcu rozsadnikami zarazy przez ropę z dymienic, plwocinę, mocz i kał. Ale zaraźliwość moru zwiększa przedewszystkiem istnienie płucnej postaci, a na tem nie wyczerpują się jeszcze drogi szerzenia się moru, bo, jak wiadomo, bardzo wielką w tem rolę grają pewne zwierzęta. Zupełnie odporne są tylko ptaki, a w zwykłych warunkach odporne konie, bydło rogate, owce i kozy, mniej już psy, koty i świnie, dające się bądźcobądź sztucznie zakażać, aczkolwiek, jak się zdaje, nie ulegające samodzielnie zakażeniu. Główną zaś rolę w roznoszeniu zarazy i w powstawaniu jej w jej ojczyźnie grają, jak już niewątpliwie stwierdzono, szczury, względnie inne gryzonie (bobaki). U zwierząt tych mogą samoistnie powstawać epidemie, przenoszące się potem na ludzi. Epidemiologia moru wzbogaciła się dalej stwierdzeniem, że zwykle zaraza z początku wzrasta bardzo powoli i również powoli ustaje; jest to bardzo ważne ze względu na zwalczanie początków zarazy i zapobieganie jej nawrotom, co wszystko obecnie da się dzięki postępom epidemiologii urządzić odpowiedniej i skuteczniej, niż dawniej. Środki zwalczania dżumy zmieniły się głównie w zakresie zapatrywań na znaczenie kwarantanny, którą zastąpiły obecnie stacye, odkażające przejezdnych; zresztą zaś co do odosobnienia chorych i podejrzanych o chorobę, wykonywania sekcyi, donoszenia o zachodzących przypadkach czy to wątpliwych, czy pewnych, oraz odkażania w najszerszem zastosowaniu wymaga mór tychsamych mniejwięcej reguł, co cholera; na równi z nią posiada w dżumie ogromną wagę wczesne rozpoznanie, stąd konieczność wykształcenia odpowiedniej liczby bakteryologów w tym kierunku. Wykształcenie to jest tem potrzebniejsze i musi umyślnie być zarządzone (jak to się stało już w Niemczech), że bakteryologiczne rozpoznanie dżumy jest o wiele trudniejsze, niż cholery. W odkażaniu należy większą uwagę zwracać na odkażanie mieszkań, niż w cholerze. Wreszcie tylko w zwalczaniu dżumy ma znaczenie tępienie zwierząt, mogących ją roznosić. Doniosłość szczepień ochronnych wymaga dalszych badań. *Ciechanowski.*

[1]) Zwrócić tu należy uwagę na świeżo odkryte ognisko w Mongolii, względnie w krainie zabajkalskiej: obacz list kol. Iłgowskiego w Nr. 15 »Przeglądu« r. b., oraz sprawozdanie z pracy Zabołotnego w »Przeglądzie« r. b.; także Favre z Charkowa opisuje w *Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankh.* T. 38, Z. 3 zarazę w krainie zabajkalskiej, dochodząc do tychsamych wniosków co do przyrody i pochodzenia choroby, jak kol. Iłgowski. Wreszcie prof. Tschistowitsch stwierdza stanowczo w ostatnim [3] poszycie *Annales de l'Inst. Pasteur* z r. b., że zaraza w nadwołżańskiej Kołobowce była najniewątpliwiej morem, zawleczonym albo z Persyi, albo właśnie z Mongolii. (*Przyp. sprawozd.*)

Grusdew. **Przyczynek do kazuistyki porodów przedwczesnych.** *(Ctlb. f. Gyn.* Nr. 17, 1900). Pinard na ostatnim międzynarodowym zjeździe ginekologów starał się wykazać, że wzniecanie porodu przedwczesnego należy jak najbardziej ograniczyć na korzyść cięcia cesarskiego i cięcia spojenia łonowego, wychodząc z tego założenia, że śmiertelność dzieci przy wywoływaniu porodu przedwczesnego jest bardzo duża. Autor w celu udowodnienia, że wzniecanie porodu przedwczesnego jest uzasadnione, podaje przypadek, dotyczący kobiety ze ścieśnioną miednicą płaską, zwykłą, u której pierwszy poród skończył się wymóżdżeniem na dziecku żywem, następne dziewięć zaś były wywoływane przedwcześnie. Z 9 tych dzieci wychowało się pięcioro, przy żadnym porodzie zakażenia nie było. Autor zapytuje, czy u tej kobiety możnaby było dziewięć razy z rzędu zrobić cięcie spojenia, tak jak dziewięć razy bez żadnej szkody dla matki wzniecono poród przedwczesny. W danym przypadku miał autor sposobność zauważyć bardzo ciekawy objaw: ciężarna przy dziesiątej ciąży dostała bólów porodowych samoistnie w tym czasie trwania ciąży, kiedy zwykle u niej były wywoływane przedwczesne porody. Okoliczność ta udowadnia, że nawykowe przerwanie ciąży może w rzeczywistości mieć miejsce. Sposoby, jakimi wywoływano u tej kobiety porody przedwczesne wykazały, że najpewniejszem jest wzniecanie porodu zapomocą balonów. *St. D.*

G. Kolischer. **Obrzęk pęcherza kobiecego spowodowany zwężeniem.** (*Ctlb. f. Gyn.* Nr. 17, 1900). Zwężenia cewki moczowej kobiecej przedstawiają schorzenie, na które wogóle bardzo mało się zwraca uwagi, nie należą one mimo to do wyjątków i mogą się zdarzać nawet u kobiet, które nigdy nie rodziły, nie przebywały nigdy żadnych zapaleń, ani zbliznowaceń w cewce. Zwężenia te noszą znamiona t. zw. zwężeń elastycznych; wykazać ich obecność można tylko zapomocą zgłębników z oliwkami, które obecność zwężeń wykrywają przy wyprowadzaniu wprowadzonego zgłębnika. Zwężenia takie w jednych przypadkach przez dłuższy czas nie wywołują żadnych przypadków chorobowych, w innych zaś objawy zapalenia pęcherza. W takich przypadkach naświetlenie pęcherza wykazuje znaczny obrzęk ujścia wewnętrznego cewki moczowej, prowadzący czasami nawet do znacznych owrzodzeń. Leczenie tych przypadków polega na przecięciu zwężenia cewki. *St. D.*

Dubois. **Niewytrzymałość nerwowa a niedokrewność.** *(Corrblt. f. Schw. Aerzte* Nr. 8, 1900). W przeciwstawieniu do utartego dotychczas zapatrywania, że niedokrewność stanowi czynnik usposabiający do wszelkiego rodzaju przypadków nerwowych, dochodzi D. na podstawie doświadczenia klinicznego do wniosku, że 1) niedokrewność spotyka się bardzo rzadko w przypadkach psychoz i neuroz; 2) że niedokrewni bardzo rzadko okazują prawdziwe objawy nerwowe, 3) a wreszcie, że w przypadkach, w których niewytrzymałość nerwowa idzie w parze z niedokrewnością, związku przyczynowego między niemi zwykle nie ma. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Herman Kornfeld. **Uduszenie się dziecka ssawką.** *(Frauenarzt* Nr. 4, 1900). Autor opisuje przypadek, w którym dziecko połknęło ssawkę, daną mu do ust dla uspokojenia i udusiło się z braku natychmiastowej pomocy lekarskiej. Jak sekcya wykazała, ssawka była tak w połyku umieszczona, że bez żadnych trudności dałaby się przez usta wydobyć. Otoczenie dziecka nie zrobiło tego, a to z tej przyczyny, że nie umiało dziecku przemocą otworzyć ust. *St. D.*

Ballantyne. **Obecne stanowisko leczenia krążkami w praktyce ginekologicznej.** *(Frauenarzt* Nr. 4, 1900). Z wywodów autora wynika, że używanie krążków przy macicy nagiętej lub nachylonej ku przodowi jest niewłaściwe. Leczenie krążkami wypadnięcia lub obniżenia macicy jest leczeniem tylko paliatywnem. Założony krążek leczy jedynie tyłozgięcie, względnie tyłopochylenie macicy. Webster rozróżnia siedm działów ostatniego schorzenia i dla każdego z nich ma odrębne wskazania. Krążka nie należy zakładać przy tyłopochyleniu, przytrzymywanem przez zrosty. Przy tyłozgięciu ruchomem macicy niepowiększonej bez żadnych zaburzeń nie potrzeba, zdaniem Webstera, ani odprowadzenia, ani założenia krążka. Jeżeliby w takim przypadku wystąpił kaszel albo wzrosła waga macicy, to krążek założyć należy. Tyłozgięcie ruchome macicy połogowej nie wymaga wcale krążka, natomiast trzeba krążek założyć przy macicy ciężarnej, będącej w tyłopochyleniu. Przy macicy tyłozgiętej z obniżonymi jajnikami nie należy zakładać krążka zupełnie, jak długo jajników nie uniesie się ku górze. Skoro to już

nastąpiło, to można założyć najpierw okrągły krążek, a potem dopiero miękki krążek Hodgego, względnie Smitha lub Thomasa. Podobnie, zdaniem Webstera, należy postępować, gdy istnieje stara wypocina okołomaciczna. *St. D.*

(Z zakładu Dra Obrzuta we Lwowie). I. Pelnař: **Dwa przypadki gruźlicy błon surowiczych u człowieka, pod makroskopowym i drobnowidowym obrazem perlicy. Promienicowata postać prątków gruźliczych.** (*Wiener klinische Rundschau* 1900, Nr. 3 i 4). Pierwszy przypadek dotyczy czteroletniego chłopca, u którego za życia rozpoznano płonicę posoczniczą i rzucawkę; badanie zaś pośmiertne wykazało: Na przedniej powierzchni serca guz żółtawy, wielkości bobu (nie zserowaciały), twardy i osadzony na wiotkiej szypule, okazujący tak na swej powierzchni, jak i na przekroju liczne wybroczyny. Kilka podobnych, ale mniejszych guzków, znajduje się w rowku okrężnym serca (*sulcus circularis*). Zrosty osierdziowe. Drugi przypadek dotyczy kobiety 41 letniej, zmarłej na gruźlicę płuc; dokonana sekcya potwierdziła rozpoznanie, a nadto jeszcze wykazała zrosty otrzewnowe (*peritonitis adhaesiva*). Na niektórych pętlach jelitowych liczne drobne guzki, wiszące na wiotkich szypułach; taki sam obraz przedstawia krezka. Na przekroju wątroby zielonkawy torbiel wielkości orzecha włoskiego, odgraniczony ścianą włóknistą od prawidłowego miąższu wątrobowego, obok tego druga mniejsza jamka. Ta zmiana w wątrobie, nie odpowiadająca wcale bąblowcowi, przypomina dosadnie gruźlicę — guzki zaś na jelitach, bardzo podobne do tworów, znalezionych na sercu w pierwszym przypadku — są również prawdopodobnie gruźlicze.

W przebiegu gruźlicy u ludzi opisywano wprawdzie guzki na błonach surowiczych, nie większe atoli nad ziarno soczewicy i tkwiące zawsze w samej tkance surowiczej; obraz jednak tu znaleziony odpowiada zwykłemu obrazowi gruźlicy błon surowiczych u zwierząt. Ze szczegółów drobnowidowych podnieść należy: 1-o znamienne ugrupowanie się prątków gruźliczych w preparatach; drobnoustroje te znachodziły się zawsze w kształcie poplątanych zwojów niteczek (nigdzie pojedynczo), promienisto na obwodzie sterczących, — postaci tej dotychczas jeszcze nie spotykano w tkankach ludzkich. 2-o Uderzający brak komórek olbrzymich w wrzodach i guzach. Chorobowo zmienione było tylko najbliższe otoczenie guzków, podczas gdy odpowiednie części błony śluzowej i podśluzowej żadnych zmian nie okazywały, co świadczy, że sprawa chorobowa rozpoczęła się samoistnie i pierwotnie na błonie surowiczej, a nie przeniosła się z wrzodów, znajdujących się na błonie śluzowej. Na uwagę zasługuje ze względu na swą wielkość obraz rozpadu tkanki w wątrobie (II przypadek), który został wstrzymany w swym postępie przez wytworzoną dokoła zbitą warstwę tkanki łącznej.

Nasuwałoby się pytanie, czy nie są to przypadki gruźlicy ptasiej, — atoli według badań Nocarda wydaje się to nieprawdopodobnem, do przypuszczenia zaś gruźlicy rzekomej nie ma wprost podstawy. Ostatecznie dochodzi autor do następujących wniosków: I. U ludzi pojawia się gruźlicze schorzenie osierdzia i otrzewnej (błon surowiczych wogóle?), znamionujące się małymi łączno-tkankowymi guzkami, osadzonymi na szypułkach, obok innych nieznacznych, przerostowych zmian, właściwych gruźlicze (I przyp.), — albo też jako samoistna, jedyna postać chorobowa gruźlicy (II. przyp.). II. Guzki te — makroskopowo jak i drobnowidowo — zupełnie są podobne do guzków perlicowych u zwierząt. III. W tych guzkach znaleźć można prątki gruźlicze ułożone w grupy, podobne do ziarn promienicy. IV. Zapalenie gruźlicze przewodów żółciowych (cholangitis, pericholangitis), może przybrać postać pojedyńczych, grubościennych, sporych torbieli, mimo że innych zmian gruźliczych w wątrobie wykazać nie można. *Dr. Henryk Pisek.*

Fischl: **Przewlekłe powracające wysiękowe zapalenie gardła u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1900, 51. I B. 3 H.). Przez przewlekłe powracające wysiękowe zapalenie gardła u dzieci rozumie autor choroby, występujące bądź pod postacią *angina lacunaris*, bądź jako *tonsillitis exsudativa*, a cechujące się tem, iż powracają ciągle w rozmaitych, często nawet tylko co parę tygodni powtarzających się odstępach czasu, aż dopiero, pojawiając się coraz rzadziej, z wystąpieniem dojrzewania płciowego wreszcie znikają. W przypadkach tych przypuścić należy bezpośrednie usposobienie (*anginose Disposition*), oparte nieraz na dziedziczności i to najczęściej ze strony matki. Niejaką rolę w powstawaniu tych zapaleń odgrywa przeziębienie i stosunki higieniczne mieszkań. Autor zauważył, iż w domach, w których lub w pobliżu których znajdują się stajnie, choroba ta występuje częściej i groźniej. Z nalotów zapalnych gardła wyhodowywał autor paciorkowce, gronkowce i dwoinki zapalenia płuc (pneumokoki). W chorobie tej nie istnieje ani uodpornienie, ani osłabienie zakażenia w miarę nawrotów choroby, które nie mają ścisłego typu. Zapaleniom tym towarzyszy zawsze choćby w pierwszych dniach gorączka bez stałego toru; spostrzega się nieraz tętno drobne, przerywane, nieraz zaś ciężkie zaburzenie żołądkowo-kiszkowe (postać tę nazywa autor *angina gastrica*). Przypadki te mimo ciężkich nieraz objawów kończą się pomyślnie i zazwyczaj bez powikłań ze strony nerek i serca; z powodu częstych nawrotów choroby podupada jednak znacznie ogólne odżywienie i wytwarzają się ciężkie, długotrwające niedokrewności. Zdaniem autora choroba ta wytwarza się w zasadzie u dzieci z przerostem limfatycznego pierścienia gardła bez współudziału migdałków, — tak, że wycięcie choćby powiększonych migdałków nie usuwa nawrotów choroby, która wówczas powraca na bliźnie. Leczenie polegać powinno nie tyle na leczeniu pojedynczych napadów, — co przy uwzględnieniu i poprawie miejscowych stosunków sanitarnych da się uskutecznić zapomocą pędzlowań, płókań, przypalań, wstrzykiwań karbolowych, wycięcia migdałków itp., — ile na zmniejszeniu częstości nawrotów choroby, a więc na zmniejszeniu i usunięciu osobniczego usposobienia; a to da się uskutecznić zapomocą leczenia klimatycznego przez pobyt na świeżem powietrzu, względnie w kąpielach morskich lub solankowych. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Sasuchin. **Śledziona w przebiegu krzywicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheil.* 1900, 51. I B. 3 H.). Dla wyjaśnienia do dziś dnia jeszcze ciemnej etyologii krzywicy badał autor zachowanie się śledziony, jako organu krwiotwórczego. Odpowiednio do zmian w kościach krzywiczych znajdują się zmiany w śledzionie, która jest zazwyczaj powiększona, zbitsza, o torebce zgrubiałej, a na przekroju zabarwiona blado-różowo; ilość ciałek Malpigiego jest znacznie zmniejszona, beleczki wyraźne w postaci rozmaicie poplątanych nitek; z powierzchni przekroju zeskrobuje się krew, a nader mało miąższu. Zmiany te polegają na bujaniu tkanki łącznej, zwężeniu światła tętnic śledziony i zaniku ciałek Malpigiego. Podobne zmiany wedle Stillinga znajdują się w przebiegu kiły i gruźlicy; w przypadkach S. były jednak choroby te stanowczo wykluczone. Zmiany te, spotykane przez autora u osesków już w drugim miesiącu życia, nader długo się utrzymują i trwać mogą nawet do lat 4. Przyjąwszy nawet za Starkiem, że zmiany te w śledzionie wywołane zostały w przebiegu krzywicy przez choroby ją wikłające, to byłoby nie do wytłómaczenia, dlaczego jeden i ten sam obraz przy różnych powikłaniach się powtarza i dlaczego u krzywiczych wspomniane objawy spotyka się we wszystkich badanych przypadkach, przy czem stopień ich odpowiada w wielu przypadkach natężeniu zmian układu kostnego. *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 maja 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, obecnych członków 60

Uchwalono delegować kolegę Festenburga, jako przedstawiciela Tow. na uroczystość obchodu jubileuszu Uniw. Jagiellońskiego, również zgodzono się na propozycyę Komisyi redakcyjnej „Przeglądu Lekarskiego“, co do dedykacyi numeru jubileuszowego.

Kol. Łukasiewicz demonstruje i omawia dwa przypadki „tuberculosis verrucosa cutis“, i demonstruje jeden przypadek wrzodu gruźliczego ostrego na rzyci

Kol Rydygier demonstruje: *a)* chorego z olbrzymim rozrostem palca drugiego stopy prawej, *b)* chorą z uleczonem zesztywnieniem (*ankylosis*) stawu łokciowego prawego, *c)* i chorego, leczonego operacyjnie z powodu gruźlicy kości śródstopia, bez następowego łączenia brzegów rany.

Kol. Ziembicki wyraża się sceptycznie co do wyniku leczenia ostatniego przypadku i zarazem oświadcza chęć oglądnięcia chorego po 3 i 6ciu miesiącach.

a) Kol. Barącz przedstawia 6 letnią chorą z wilkiem żrącym (*Lupus vulgaris papillaris*), zajmującym całą zewnętrzną powierzchnię małżowiny (*helix*, *anthelix*, *antitragus*), wyleczoną przez wyłuszczenie ogniska i przeszczepienie skóry sposobem Krausego. Płatki Krausego przyjmują się na obnażonej chrząstce i dają trwalsze wyniki, aniżeli płatki Thierscha. Zajęcie wyłącznie małżowiny wilkiem żrącym należy do rzadkości.

b) demonstruje wyrostek robaczkowy, wycięty przed 5 dniami podczas napadu *appendicitis simplex* z niezwykle groźnymi objawami i omawia pokrótce ten przypadek.

36-letnia chora przebyła typowy napad *appendicitis* przed 16 laty, poczem cierpiała często dolegliwości w okolicy jelita ślepego, jednak napadu nie miała. Drugi napad wystąpił dopiero 24 marca 1900 wśród przebiegu grypy z obustronnem zapaleniem płuc. Gorączka była przeważnie zwalniającą i utrzymywała się od początku napadu z kilkurazową przerwą aż do dnia operacyi, 7 maja b. r; w przededniu operacyi ciepłota dochodziła do 40°. Prócz obrzęku w okolicy jelita ślepego, wystąpił boleśny obrzęk i po lewej stronie brzucha, a lekarz ordynujący przypuszczał zapalenie otrzewnej.

Pomimo tych objawów zmiany anatomiczne, znalezione podczas laparotomii, ograniczały się tylko do samego wyrostka, a mianowicie znaleziono: zrosty wyrostka z jelitem ślepem, zgięcie, zgrubienie, rozpulchnienie i wynaczynienia w błonie śluzowej; treść wyrostka stanowiły 3 krople ropiastej, kałem cuchnącej cieczy.

W dyskusyi dziękuje kol. B. koledze A. Gluzińskiemu za wytłómaczenie tego niezwykłego przebiegu; rozchodziło się tu o lokalizacyę grypy w wyrostku robaczkowym. W odpowiedzi kol. Ziembickiemu (dlaczego wykonał cięcie boczne, choć przypuszczano zapalenie otrzewnej) zaznacza, że nie zgadzał się z zapatrywaniem internistów, a bóle w boku lewym uważał jedynie jako objaw podrażnienia zwojów krezkowych nerwu spółczulnego, które łączą się z nerwami wyrostka robaczkowego

Przypadek kol B. zachęca do wczesnych operacyi przy *appendicitis* nawet podczas napadów. (*Autoreferat*).

Kol. Marischler, omawiając klinicznie przypadek, rozpoznany jako *Insufficientia tricuspidalis primaria*, okazuje otrzymany przy sekcyi preparat w Instyt. anat. patol. z rozpoznaniem *aneurysma partis ascendentis aortae sacciforme in truncum arteriae pulmonalis perforans*.

Kol. Gluziński opisuje objawy za życia tłómaczone inaczej, a zgodne z obrazem sekcyjnym.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Treścią wykładu prof. M. Nenckiego (Petersburg) na I posiedzeniu ogólnem będą: „Przyszłe zadania chemii biologicznej".

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

— W sekcyi II. 21) Prof. M. Nencki: O heminie. (265)

— W sekcyi XIV A. 50) Dr. J. Czajkowski (Sosnowiec): O wyborze metody i wskazaniach w operacyjnem leczeniu przepuklin pachwinowych. (266)

51) Dr. M. Haudek (Wiedeń): O sposobach leczenia zapomocą operacyi i przyrządów w nowoczesnej ortopedyi. (267)

52) Dr. A. Troczewski (Kutno): Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pochodzenia nieurazowego. (268)

53) Prof. Dr. G. Ziembicki (Lwów): Przypadek rany serca. (269)

— W sekcyi XIX. 24) Dr. Lax (Kraków): Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszych siedmiu dniach ich życia. (270)

25. 26) Dr. Teodor Borysowicz (Warszawa): *a)* O stósowaniu szwu międzywęzełkowego przy niektórych plastycznych zabiegach, dokonywanych na dolnym odcinku macicy. *b)* O niektórych rzadszych wskazaniach do wykonywania cięcia cesarskiego. (271—2)

27) Dr. St. Kurz (Warszawa): Demonstracya sterylizatora z przyrządami do zeszywań krocza. (973)

28) Prof. Dr. Mars (Lwów): O wypuszczaniu z jamy otrzewnowej płynnej wypociny w przypadkach ostrego ograniczonego zapalenia. (274)

29—32) Doc. Dr. F Kośmiński (Lwów): *a)* O operacyach mających na celu rozwiązanie rodzących drogami naturalnemi za pomocą zmniejszenia pojemności płodu. *b)* Przypadek obrażenia *vena cava inferior;* zeszycie; wyleczenie. (Przedstawienie chorej). *c)* Okazanie prostego przyrządu do infuzyi podskórnych. *d)* Stołek do badania i pomniejszych operacyi ginekologicznych. (275—278)

33) Dr. Bocheński (Lwów): Niezwykłe usadowienie obrażenia części miękich główki płodu, powstałe podczas porodu. (279)

— W sekcyi I. 7) P. Kłodnicki (Lwów): O własnościach anharmonicznych linii krzywych trzeciego stopnia. (280)

— W sekcyi XII. 5) Prof. Dr. Prus (Lwów): O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z utraty krwi (na posiedzenie wspólne z sekcyą chirurgiczną). (281)

6) Dr. J. Czajkowski (Sosnowiec). [Tytuł podany będzie później]. (282)

7) Prof. Dr. Klecki (Kraków): Z dziedziny chorób zakaźnych. [Dokładny tytuł podany będzie później]. (283)

Na posiedzenie wspólne z sekcyą medycyny wewnętrznej:

8) Dr. Szczęsny Bronowski (Warszawa): Wady serca a choroby nerek (praca statystyczno-doświadczalna). (284)

9—11) Dr. Edward Zieliński (Warszawa): *a)* Zmiany rozwojowe w ustroju suchotników. *b)* Strach, jako czynnik, wywołujący nerwice. *c)* Znaczenie drobnoustrojów w wywoływaniu pewnych zjawisk geologicznych. (285—287)

— W sekcyi XIII. 15) Dr. J. Maybaum (Łódź): O zwiśnięciu trzewów, szczególnie o nerce ruchomej. (288)

16) Dr. Edw. Bernhardt: Krup i dyfterya w świetle najnowszej nauki. (289)

— W sekcyi XV. 15. 16) Dr. S. Rossberger (Jarosław): *a)* Jakimi środkami możemy ochronić nasze potomstwo od przedwczesnej utraty zębów (na posiedz. wspólnem z sekcyą chorób dzieci i wychowania fizycznego). *b)* Przyczynek do nieregularności w uzębieniu i *ectopia (transpositio) dentium* (z demonstracyami). (290/1)

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przypomina, że: Wykłady i demonstracye zgłaszać należy bezpośrednio do sekretarzy lub gospodarzy odpowiednich sekcyj, dołączając odrazu krótkie streszczenie zamierzonego wykładu, które pomieszczone zostanie w „Dzienniku Zjazdu". Ostateczny termin zgłaszania wykładów (z dołączeniem streszczenia) upływa 15 czerwca 1900 r.; później zgłoszone, lub niezaopatrzone w streszczenia wykłady nie będą pomieszczone w programie Zjazdu. Jedynym organem Zjazdu będzie „Dziennik", który oprócz działu informacyjnego pomieści streszczenia wszystkich wykładów i dyskusyi.

Wszelkie pisma, odnoszące się do połączonej ze Zjazdem Wystawy, należy adresować do przewodniczącego Komitetu wystawowego Dra Michała Śliwińskiego (Mały Rynek 4).

Wszelkie inne pisma (nieodnoszące się do wykładów w sekcyach i wystawy), wkładki uczestnictwa w kwocie **20 koron (8 rubli, 18 marek, 20 franków** od członka Zjazdu, połowa tej kwoty od każdej towarzyszącej mu osoby, n. p. pań, chcących wziąść udział w Zjeździe), jakoteż zamówienia mieszkań z podaniem liczby osób, ich płci i stanu (dzieci, służba), przeznaczonej mniej więcej na mieszkanie dziennej ceny, wyboru hotelu lub prywatnego mieszkania, przesyłać należy bezpośrednio do głównego sekretarza komitetu gospodarczego, prof. Dra Ciechanowskiego (Wielopole 4). Zamówienia mieszkań przyjmuje komitet najdalej do dnia 15 lipca 1900, upraszając wogóle o wczesne, o ile możności, zgłaszanie udziału w Zjeździe.

We wszelkich sprawach Zjazdu przyrzekli łaskawie pośredniczyć: w Warszawie: Dr. O. Hewelke (Chmielna 14), Dr. K. Rychliński (Krucza 35) i Dr. A. Sokołowski (Mazowiecka 6); w Poznaniu: Dr. F. Chłapowski (ul. Wiktoryi), Dr. A. Jaruntowski (ul. Wilhelmowska) i Dr. H. Swięcicki (Rynek, Pałac Działyńskich); we Lwowie: prof. Dr. A Gluziński (Krasickich 3), Radca dworu prof. Dr. Rydygier (Kościuszki 16) i prof. Dr. G. Ziembicki (Trzeciego Maja 5); w Paryżu: Dr. J. Danysz (Institut Pasteur, rue Dutot) i Dr. B. Motz (Boulevard St. Michel 45).

Wszelkich dokładniejszych informacyi udziela niezwłocznie sekretarz komitetu.

Komitet uprasza uprzejmie Redakcye dzienników polskich o powtórzenie niniejszego przypomnienia.

Kraków 27 maja 1900.

Ciechanowski.

Sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

XIII międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Sekretarz generalny Kongresu zawiadamia Komitet narodowy polski, że, ze względu na mający wkrótce wyjść Program Kongresu, zachodzi istotna potrzeba bezwzględnie prędkiego nadsyłania do Zarządu Kongresu tytułów odczytów. Polscy członkowie Kongresu mają już poprzednio zapewnione pośrednictwo sekretarza Komitetu polskiego, dra A. Kwaśnickiego *(Kraków, ul. Basztowa 4)*. Ostateczny termin do nadsyłania tytułów odczy-

tów jest 15 czerwca. Po tym dniu można będzie jeszcze zgłaszać odczyty do 15 lipca, lecz te nie będą w Programie Kongresu ogłoszone.

Komitet wykonawczy zawiadamia, że 1) wpisy na członków Kongresu zamknięte zostaną 15 lipca, oraz, że 2) nie zamierza wydawać Dziennika urzędowego Kongresu, natomiast sekretaryat będzie ogłaszać każdego dnia program przypadających w tym dniu czynności.

Dr. A. Kwaśnicki. *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 31 maja.

* Dnia dzisiejszego odbyło się otwarcie przebudowanej Kliniki chirurgicznej. Wielki postęp i szybki rozwój chirurgii nowoczesnej wymagają ciągłych zmian i zastósowań: więc i Klinika chirurgiczna krakowska już po 10 latach swego istnienia nie odpowiadała w wielu okolicznościach wymaganiom nowoczesnym. Nowomianowany profesor dr. Kader postanowił te usterki usunąc i nie bez trudu to postanowienie do skutku doprowadził.

Dzisiejsze otwarcie Kliniki chirurg. nastąpiło wśród licznego udziału Władz rządowych, uniwersyteckich, profesorów, lekarzy i słuchaczów. Dziekan Wydziału lekar., prof Jakubowski, w dłuższem przemówieniu, zwróconem do prof. Kadera, oddał klinikę pod jego kierownictwo i złożył życzenia rozkwitu chirurgii w odnowionej klinice krakowskiej, oraz obfitych owoców działalności profesorskiej i klinicznej.

Następnie prof. Kader miał wykład na temat przyszłości »rzut oka na rozwój chirurgii w przeszłości i widoki tego rozwoju w przyszłości«.

Po skończonym odczycie oprowadzał prof. Kader zgromadzonych po zakładzie, objaśniając szczegółowo jego urządzenie. Podziwiać trzeba było znakomite zastósowanie techniki do celów wyjaławiania i mechanicznego oczyszczania przedmiotów, z którymi operator lub jego pomocnicy stykać się muszą i bez przesady wyznać należy, że klinika chirurgiczna krakowska posiada dziś najznakomitsze i najwięcej celowi odpowiednie urządzenie.

Wykład prof. Kadera przyjęty został głośnymi objawami szczerego uznania.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 23 maja posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: A. Rosner, Braun, Świtalski i Jordan wygłosili zbiorowy odczyt: „O ciąży zamacicznej“.

* Przyszły N. „Przeglądu Lekarskiego“, poświęcony Uniwersytetowi Jagiellońskiemu, wyjdzie, nie jak zwykle w sobotę, lecz o trzy dni wcześniej, t. j. we środę, i w tym dniu zostanie rozesłany odbiorcom.

* W składzie organizacyi lekarzy rządowych zaszły następujące zmiany: przeniesieni zostali lekarze powiatowi: dr. A. Coghen z Kossowa do Trembowli; dr. Fr. Stokłosiński ze Starego Sambora do Rawy; dr. Adolf Kuhn z Trembowli do Drohobycza; asystenci sanitarni: dr. R. Małaczyński z Sambora do Starego Sambora, dr. W. Kurzyniec z Grybowa do Lwowa.

* Egzamin na lekarzy rządowych złożyli następujący doktorowie medycyny: Miecz. Biliński, Izrael Drancz, Plato Jabłkowski, Stan. Klocek, Stan. Kubisztal, Wac. Skórkowski i Fr. Sękiewicz — wszyscy z odznaczeniem.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Kazimierz Strycharski.

* Miejska Kasa chorych przemysłowców w Berlinie zaprowadziła wolny wybór lekarza.

* W Berlinie ma powstać centralna kuchnia dla chorych w mieście, nie mogących mieć u siebie stósownego pożywienia. Ubodzy dostawać będą jedzenie bezpłatnie, albo tylko za zwrotem kosztów. W celu dostarczania ciepłej strawy zastósowane będą termofory do naczyń.

* „Münchener mediz. Wochenschrift“ w Nr. 21 donosi, że rząd badeński zamierzył urządzić kosztem 18,000 Mk. pracownie dla badań nad dżumą przy katedrach higieny w Heidelbergu i Freiburgu.

* Wystawa higieniczna przedmiotów, służących do pielęgnowania, żywienia i t. d. oseskόw, odbędzie się w Wiedniu od 1 czerwca do 1 września. Wraz z tą Wystawą higieniczną odbędzie się Wystawa konkurencyjna najzdrowszych i najlepiej odżywionych dzieci. Za najlepiej odżywione troje dzieci przyznaną będzie nagroda 100, 50 i 25 koron.

Mianowania i odznaczenia: John Wyllie mianowany profesorem medycyny wewnętrznej w Edymburgu. Karol Hess mianowany został profesorem okulistyki w Würzburgu. Docent chirurgii w Królewcu O. Samter otrzymał tytuł prof. nadzwyczajnego. Prof. Röntgen otrzymał od Akademii w Waszyngtonie „Bernardmedaille“, który tylko co pięć lat udziela się za największe odkrycie naukowe w tym okresie czasu.

Nekrologia. Zmarli: W Paryżu prof. Grimaux w 65 r. życia. W Moskwie prof. psychiatryi Korsaków w 48 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Nowinach Lekarskich* Nr. 10: Dr. Baschkopfa: O stosowaniu promieni Röntgena w medycynie dla rozpoznania i leczenia. W *Medycynie* Nr. 21: Sonnenberga E.: Przypadek cierpienia znanego pod mianem „*Mycosis fungoides*“. Dr. Rosenthala: Opis ważniejszych przypadków, operowanych w Oddziale ginekol. szpitala starozakonnych w Warszawie (1898—1899). W *Zdrowiu* Nr. 176: Dr. Polaka I.: O warszawskiem Towarzystwie higienicznem. Dr. Kramsztyka I.: W sprawie kolonii letnich i ogródków dziecięcych. Rozwój tych instytucyj w Niemczech. Dr. Rakowieckiego K.: Mieszkania ludności wiejskiej. Dr. Higiera H.: W sprawie higieny ciała i ducha. Dr. Ciąglińskiego K.: O Ciechocinku pod względem higienicznym. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 21: Dr. Wąsowicza Z.: Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w błednicy i niedokrewności (dok.). Puławskiego A.: Nowe prądy w terapii chorób nerwowych (dok.). Dr. Neugebauera F.: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie zawierający 35 przypadków.

Redakcya otrzymała: Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas (Odbitka z *Gazety Lekarskiej*, 1899). Dr. Karol Brudzewski: Przyczynek do nauki o refrakcyi oka ludzkiego (Odbitka z *Pamiętnika lekar. warszawskiego*). Dr. A. W. Buckiewicza: I. Odkrycie istoty choroby skrofulicznej. II. Wysypki skórne, jako objawy zapalenia nerek. III. Odręczny rozbiór moczu na białko, studya z dziedziny chorób nerkowych. (Warszawa, 1900).

W celu uczczenia 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 6 czerwca, o godz. 6 wieczorem, w auli Collegii novi POSIEDZENIE UROCZYSTE, na którem kol. Dr. A. Kwaśnicki będzie miał odczyt p. t. „Rys dziejów Wydziału lekarskiego U. J. od jego założenia do dni naszych“.

Prezes Tow. lekarskiego krak. zaprasza na to posiedzenie wszystkich lekarzy miejscowych i zamiejscowych, którzy w tym dniu przebywać będą w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Rada gminna gminy **Zakopane** ogłasza niniejszem konkurs na posadę stałego lekarza gminnego w Zakopanem. Obowiązki jego określa instrukcya służbowa dla lekarzy gminnych i okręgowych wydana przez c. k. Namiestnictwo i przez nie uzupełnioną na zasadzie ustawy kraj. z 2 lutego 1891 r. Dz. u. kr. Nr. 17 (patrz: Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych str. 67 do 70). Lekarz gminny w Zakopanem jest nadto oglądaczem zwłok, bydła rzeźnego i mięsa.

Ubiegający się o tę posadę muszą zadość uczynić wymogom § 7 ust. kraj. z 2 lutego 1891 Nr. 17.

Płacę dla lekarza gminnego ustanowiła Rada gminna w Zakopanem w sumie 1.000 Koron rocznie. Wyjątkowo za czas od 1-go lipca do 30-go grugnia 1900 r. umówioną będzie płaca z mianowanym już lekarzem oddzielnie.

Podania wnosić należy na ręce podpisanego do dnia 30-go czerwca b. r. Urzędowanie zaczyna się zaraz po zamianowaniu. —

Zakopane, dnia 23-go maja 1900 r.

Naczelnik gminy: *Sieczka.*

Zwierzchność gminy Jaryczów nowy rozpisuje konkurs na posadę lekarza gminnego z roczną płacą 600 koron i prawem oględzin bydła i ciał pośmiertnych. — Podania wnosić do dnia 10 czerwca 1900.

Wydział Rady powiatowej w Tarnowie rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Ryglicach z roczną płacą 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 500 koron. — Podania wnosić do 20 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnopolu rozpisuje konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych z siedzibą w Czernichowie i Mikulińcach z płacą poczną po 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 500 koron. — Podania wnosić do dnia 10-go czerwca b. r.

Rok XXXIX. Kraków, 9 Czerwca 1900. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

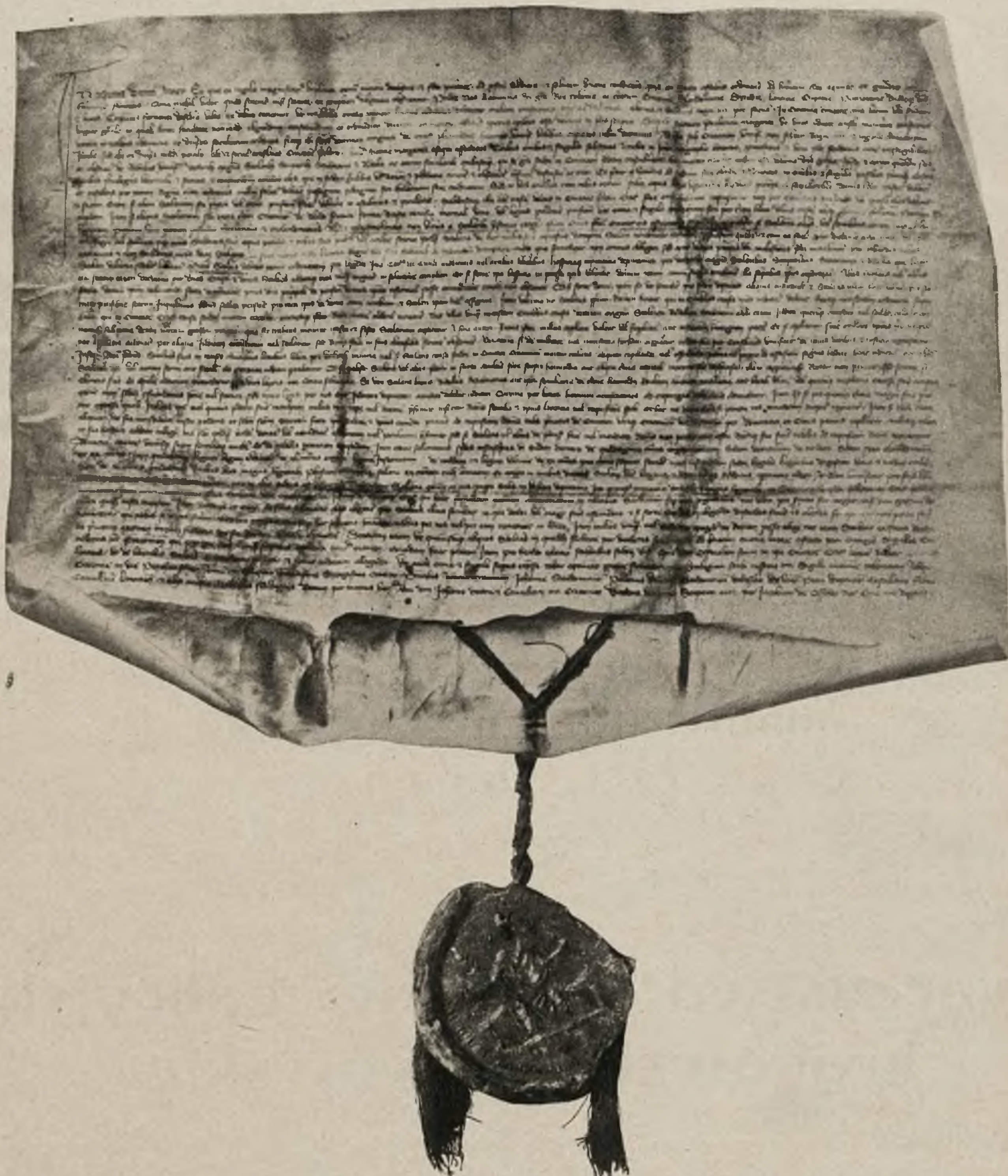
organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

UNIWERSYTETOWI JAGIELLOŃSKIEMU

w 500-letnią rocznicę jego odnowienia ten słaby hołd czci składają

Towarzystwa lekarskie: galicyjskie, krakowskie i lwowskie.



Przywilej erekcyjny króla Kazimierza Wielkiego (1364).

Szkic dziejów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego od jego założenia do dni naszych.

Skreślił
Dr. August Kwaśnicki.

Jednolita i jedynowładna monarchia Bolesława Chrobrego nie przeżyła swego twórcy. Żądni władzy i ziemi sąsiedzi nachodzili prowincye graniczne, a względnie do losów wojny często je przyłączali do swoich posiadłości. Gorsze jeszcze dla organizacyi młodego państwa polskiego były zatargi, niesnaski i wojny wewnętrzne, wszczynane i prowadzone, począwszy od śmierci Bolesława Krzywoustego, przez walczących o swe prawa udzielne Piastowiczów. Senioralne prawo najstarszego w rodzie księcia, po myśli Krzywoustego, straciło w praktyce prawomocność, a który z książąt czul się silniejszy, ten przyswajał sobie władzę zwierzchniczą. Ciągle zmieniane i ustawicznie zawichrzane stosunki wewnętrzne i zewnętrzne uczyniły z państwa polskiego rodzaj, że się tak wyrazimy, politycznej mgławicy, w której dopiero Łokietek skrystalizował widome jądro i nadał jej kształt geograficzny.

Wstępując na tron polski, Kazimierz Wielki odziedziczył państwo wprawdzie już jednolite, lecz zewnętrznie niezupełnie ubezpieczone, a wewnętrznie nie zorganizowane. Polacy krytycznie zapatrywali się na młodego władcę, za mało posiadającego według nich wojennego zapału, a za wiele zdradzającego zamiłowania do życia zniewieściałego i biesiadnego. Czyny wielkiego monarchy wkrótce przekonały, że przerastał on wówczas przeciętny stopień oświaty we własnem społeczeństwie i nie był poprostu należycie pojęty i oceniony. Młody książę spędził wiele czasu na podróżach; wyższy jego umysł przyswoił sobie wiele z tych poglądów, które później miały się stać podczas długoletnich rządów Kazimierza Wielkiego podwaliną organizacyi państwa polskiego; w szczególności pobyt na dworze budzińskim u szwagra Karola Roberta, gdzie dom andegaweński wysoko postawił sztukę rządzenia, wpłynął na umysł i zamysły tego najzasłużeńszego z monarchów polskich. Cechą organicznej pracy Kazimierza Wielkiego było mądre przystosowanie nowych zarządzeń do potrzeb państwowych i społecznych narodu polskiego: snać reformy Kazimierzowskie wypływały z potrzeb chwili i z ducha narodu, skoro nie spotkały się z oporem lub buntem: prawo zwyczajowe z woli króla zamieniono na prawo spisane (statut wiślicki); trybunał najwyższy dla osad, rządzących się prawem magdeburskiem, przeniesiono z zagranicy na zamek w Krakowie; zaprowadzono z byłych urzędników poszczególnych księstw hierarchię urzędniczą królewską dla całego państwa; podniesiono ogólny dobrobyt, założono wielką liczbę osad na prawie niemieckiem, osiedlono na wytrzebionych borach licznych kolonistów; pozawierano układy z ościennemi państwami w celu ożywienia handlu wymiennego, zapewniono bezpieczeństwo kupcom i przemysłowcom zagranicznym, przeprowadzono kanały spławne i zbudowano gościńce; podniesiono znaczenie miast i rozszerzono ich handlowe stosunki od Moskwy po miasta nadreńskie i kolonie genueńskie nad morzem Czarnem.

Powszechny dobrobyt i inne błogosławione owoce pokoju i rządności sprowadziły do Polski liczny zastęp cudzoziemców, którzy podnieśli przemysł i sztuki do nieznanego tu dawniej rozkwitu. Zbudowano kilkadziesiąt zamków obronnych, opasano murami cały szereg miast dla obrony od najezdców, przebudowano i rozszerzono zamek królewski, ozdobiono Kraków wspaniałymi gmachami i t. d. i t. d.

W działalności politycznej, państwowej, społecznej i kulturnej Kazimierza Wielkiego tkwi czysty pierwiastek rodzimy, nieskażony żywioł ducha polskiego: zdaje się, że to nie władca potężnego państwa, lecz kmieć polski urządza swe gospodarstwo, — a gdy już umocnił węgły domostwa, napełnił spichrze, ubezpieczył obejście, zdrużył się z sąsiadami, przełamał chlebem i podzielił sercem z gościem, przybyszem i ubogim, orlą myślą sięgnął ku gwiazdom i zamarzył o sprowadzeniu na ród swój tego blasku i dostojeństwa, których czyste źródło bierze swój początek poza zakresem bytu codziennego, w jasnej sferze życia umysłowego.

Koroną działalności kulturnej Kazimierza Wielkiego była jego praca nad pomnożeniem oświaty w Polsce: stale dopomagał kościołowi w zwiększaniu liczby i ulepszaniu szkół, wyposażał klasztory, trudniące się wychowaniem młodzieży, a na uwieńczenie swego wielkiego dzieła obdarzył Polskę w r. 1364 Szkołą najwyższą wszechnauk, czyli akademią. Ten, tyle doniosły krok Kazimierza Wielkiego nie był wypływem naśladownictwa, bo w w. XIV, prócz założonej w r. 1347 przez cesarza Karola IV akademii w Pradze, w całych Niemczech nie było zakładu uniwersyteckiego. Polska Kazimierza Wielkiego, zorganizowana przez tego monarchę na stopę państwa cywilizowanego, potrzebowała mężów uczonych w różnych gałęziach nauk, a wynikiem tej istotnej potrzeby była myśl wielkiego króla, którą d. 12 maja (st. st.) 1364 r. oblókł w ciało, składając zebranym dostojnikom dyplom, zawierający te pełne znaczenia słowa: *Sitque ibi scienciarum prevalencium margarita, ut viros producat consilii maturitate conspicuos, virtutum ornatibus redimitos, ac diversarum facultatum eruditos; flatque ibi fons doctrinarum irriguus, de cujus plenitudine hauriant universi literalibus cupientes imbui documentis.*

Akt erekcyjny Kazimierza Wielkiego zatwierdził papież Urban V, wyjąwszy wydział teologiczny, kładąc jednak za warunek, ażeby biskupi krakowscy byli zawsze kuratorami uniwersytetu.

Początek Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie krakowskim nastręcza kilka wątpliwości co do czasu, w którym powstał. W akcie erekcyjnym Kazimierza Wielkiego powiedziano jasno: *scholas debitas ex nunc ordinamus pro legendo jure canonico vel civili*, medicinis *vel artibus liberalibus*. Papież Urban V, zatwierdzając przywilej Kazimierza w bulli swojej wyraża: *ut in dicta civitate cracoviensi de cetero sit studium generale, illudque perpetuis temporibus inibi vigeat tam in juris canonici et civilis, quam* alia qualibet licita, *praeterquam in theologia, facultate*. Przytoczone dokumenta nie pozwalają wątpić o zamiarze pierwszego założyciela Akademii, a tylko wątpliwość zachodzi, czy zamiar ten bezpośrednio został urzeczywistniony; naznaczając bowiem w przywileju swoim płace dla profesorów, nie czyni Kazimierz Wielki wyraźnej wzmianki o lekarzach; wyrażenie bowiem: *duobus magistris physicorum* równem prawem oznaczaćby mogło tak lekarzy, których podówczas nazywano fizykami, jak i profesorów metafizyki, jak to, na zasadzie statutów Wydziału filozoficznego, sądzi Muczkowski. Niemniej inne dokumenta przemawiają za tem, że Wydział lekarski, acz zamierzony, nie został zaprowadzony w Akademii Kazimierza Wielkiego, ani też prędko po jej odnowieniu przez pierwszych Jagiellonów. W r. 1422 biskup krakowski Albert Jastrzębiec porucza na mocy swego prawa kanclerskiego zarząd Uniwersytetu rektorowi z 3-ma dziekanami Wydziałów: teologicznego, prawnego i filozoficznego, nie wspominając o Wydziale lekarskim, którego istnienie wonczas, jak to zgodnie wnioskują Gąsiorowski, Muczkowski, I. Majer, Oettinger i inni badacze aktów Uniwersytetu Jagiellońskiego, co najmniej było wątpliwe. Nie mając jednak dowodów, ażeby w pierwszem 60-leciu po założeniu Akademii krakowskiej wykładano w niej nauki lekarskie, spotykamy przecież nazwiska lekarzy wśród ciała profesorskiego: np w metryce uczniów z r. 1419 czytamy: *„sub rectoratu M. Joannis Kro Med. Dris“*.

Wreszcie zbliżyliśmy się do okresu, w którym mamy już niezbite dowody istnienia Wydziału lekarskingo w Akademii krakowskiej, a mianowicie w r. 1433 ogłoszono za dziekaństwa Jana de Saccis z Pawii pierwsze ustawy, określające wymagania od chcących uzyskać stopień doktorski.

Zanim jednak przystąpimy do ścisłego trzymania się zakreślonego tematu, cofnąć się jeszcze musimy w czasy Kazimierza W., by nie spuszczać z oka całokształtu tej instytucyi, której tylko jedną cząstkę przedstawić zamierzyliśmy.

»Studium Generale« nie wiele przeżyło swego twórcę: gdy zabrakło mądrej głowy i dzielnej prawicy Kazimierza Wielkiego, Akademia krakowska szybko zaczęła chylić się do upadku, od którego ją uchronił akt odnowienia przez Władysława Jagiełłę. Uzyskawszy w r. 1397 pozwolenie od papieża Bonifacego IX-go na założenie Wydziału teologicznego, Władysław Jagiełło przywilejem, wydanym w Krakowie d. 26 lipca 1400 r. wznowił Szkołę główną krakowską, przenosząc ją z miejscowości Bawół, w dzielnicy zwanej od imienia swego założyciela »Kazimierzem«, na ul. św. Anny, do domu niegdyś Stefana Pęcherza.

Oettinger, zestawiwszy oba przywileje, Kazimierza W. i Władysława Jagiełły, dopatruje w nich zasadniczej różnicy: W dyplomie Kazimierza, powiada, uderza powaga i poczucie królewskiej władzy, zwięzłość i prostota, pogląd jasny i otwarty na duchowe, ale i ziemskie potrzeby swego kraju i jego mieszkańców, a całość tchnie owem namaszczeniem, wypływającem z uczuć i przekonań, zmierzających świadomie do wyższego ludzkiego uzacnienia. W nadaniu Jagiełły brzmi przeważnie, jeśli nie wyłącznie nuta religijno-kościelna; wzrok skierowany ku niebu, a od świata zmysłowego odwrócony, nie ziemskiej lecz wiecznej i niebieskiej zdaje się szukać, równie dla siebie jak i dla ludów, swemu berłu poddanych, szczęśliwości. Nie jest to więc, według Oettingera, wznowienie, lecz zupełne przeobrażenie dzieła wielkiego poprzednika, przemiana zakładu naukowego świeckiego na duchowno-zakonny. Przywilej Kazimierza jest wypływem samodzielnej i niezawisłej władzy królewskiej, pod której najwyższe zwierzchnictwo i opiekę poddaje nowy zakład; natomiast przywilej Władysława Jagiełły porucza osobie »konserwatora« biskupa, jako najwyższego zwierzchnika, obronę praw i przestrzeganie karności.

Uwagi Oettingera o skażeniu pierwotnej myśli przywileju Kazimierza Wielkiego przez późniejsze nadanie Władysława Jagiełły może zbyt są apriorystyczne, a punkt wyjścia jego wniosków może raczej ma za podstawę zasady nowoczesne, niż ustrój społeczny w. XIV-go; dalsze atoli losy Akademii krakowskiej zdają się niektóre z tych uwag usprawiedliwiać.

Zaprowadzony Wydział teologiczny górował nad innymi, wypierał je nawet i tłumił, zwłaszcza, że zastrzeżone przez oba przywileje fundusze, powoli malejąc, niemal znikły: Kazimierz zaprowadza liczbę katedr płatnych: 6 z nich wyposaża po 40 grzywien, 4, między któremi 2 lekarskie, otrzymują po 20, a ostatnia, ktorej dostaje się szkoła panny Maryi, ma w dodatku przeznaczone, równie jak rektor za trudy swoje, po 10 grzywien. Ogólna kwota na żupach wielickich dla Uniwersytetu odkazana, wynosiła grzywien 340, co według Czackiego równało się 18,641 zł. pol. i 12 groszom. Władysław Jagiełło obniża powyższą kwotę do 100 grzywien, które na cle odkazuje, a zatem mniej niż $^1/_3$ wyposażenia Kazimierzowego. Z biegiem czasu fundusze te zastąpiono beneficyami kościelnemi, głównie dla teologów przeznaczonemi. O Wydziale lekarskim zaledwo ogólnie wspomniano.

Pomieszczenie osób, w skład uniwersytetu wchodzących, miało cechy klasztorne: mistrzowie i doktorowie obowiązani byli mieszkać razem w odrębnym gmachu i prowadzić życie według przepisanej dla wszystkich reguły; przybytek ten ochraniały prawa, przyznane tylko klasztorom, że mury jego dawały schronienie ściganym przez władze świeckie. Profesorowie mieszkali w kolegiach (większe, mniejsze, nowe, prawnicze). Domy, przeznaczone na wspólne mieszkania dla uczniów, nazywały się bursami lub kontuberniami, rzadziej kolegiami. W tych wspólnych domach mieściła się młodzież nietylko krajowa, lecz i zagraniczna tak, że niektóre bursy nosiły nazwę od narodów, do których ich mieszkańcy należeli, a musiał być napływ z odległych stron niemały, kiedy Grzegorz Borasti, kanonik krak., mógł około r. 1660 znaleźć pobudkę do zapisania kwoty 16,800 zł. p. na pomieszczenie w bursie prawników 6 Szwedów, a w ich niedostatku tyluż Prusaków lub Kurlandczyków. Bursy dzieliły

się na dwie kategorye: *a)* zaopatrzone w stałe fundusze, a więc bezpłatne (Isnera, Zbigniewa Oleśnickiego (Jeruzalimska), Długosza (prawników), Noskowskiego (filozofów), Śmieszkiewicza, Starnigielska, Sisiniego, Grochowa) i *b)* bursy nieposiadające stałych funduszów, których mieszkańcy musieli opłacać pewną kwotę za stół i mieszkanie (bursa majętnych, węgierska, niemiecka i czeska). Oba rodzaje burs pozostawały pod bezpośrednim dozorem i zarządem Uniwersytetu. Uczniowie, bez wyjątku, obowiązani byli zamieszkiwać w bursach i używali obowiązkowo jednostajnego ubioru, według kroju duchownego.

Wszyscy profesorowie należeli do stanu duchownego i byli po największej części wyświęconymi kapłanami; tyczyło się to początkowo i Wydziału lekarskiego, lecz co do mieszkania medyków, to już wcześnie dopuszczano się wyjątków. To wyzwolenie lekarzy zwątliło stosunek Wydziału lekarskiego do całego Uniwersytetu i pozbawiło go tem samem korzyści naukowych i materyalnych, zamieniając węzeł organiczny na styczność powierzchowną.

Każdy, ubiegający się o stopień doktora jakiegobądź Wydziału, winien był poprzednio złożyć zeznanie wiary rzymsko-katolickiej, celem otrzymania pozwolenia od kanclerza Uniwersytetu, którym był biskup krakowski, czyli że kandydat musiał otrzymać od niego *licentiam pro gradu doctoris* i zwał się dlatego *licentiatus*. Dlatego też, aż do reformy z r. 1780, żaden innowierca nie mógł tu nabywać naukowych zaszczytów. Wobec tej wyłączności wyznaniowej dziwnie brzmi edykt wielkiego krzewiciela oświaty w Polsce, króla Stefana Batorego, który w r. 1579, z powodu napaści na dom modlitwy ewangelików, wydał następujące rozporządzenie: »Niech sprawi rektor i profesor, aby każdy uczący się młodzieniec mógł swobodnie i bezpiecznie uczęszczać na wykłady, bez względu na stan, zawód, a nawet i wyznanie; niechaj powstrzyma uczniów od wszelkich zatargów i sporów«. Inny znowu dowód bezwzględności, panującej na Uniwersytecie krakowskim pod względem wyznaniowym, zaszedł w r. 1741; kiedy zasłużony w piśmiennictwie biskup chełmiński, a następnie krakowski, Andrzej Stanisław Kostka Załuski, pragnąc podźwignąć upadłe w Uniwersytecie krakowskim nauki, chciał na własny koszt sprowadzić z Halli słynnego matematyka i filozofa Chrystyana Wolfa, natrafił on na nieprzełamany opór profesorów, sprzeciwiających się powołaniu na katedrę heretyka, niegodnego uczyć prawowiernych katolików.

Pomiędzy przywilejami rektorskimi były dwa prawa, które duchownej jedynie zwierzchności przysługiwały, t. j. cenzura, czyli prawo udzielania pozwolenia pod względem kościelnym na ogłoszenie pism drukiem i prawo użycia kar kościelnych, klątwą zwanych, przeciwko zatrzymującym i krzywdzącym własność, fundusze i dochody akademickie.

Nakreśliwszy w kilku ogólnych rysach tło dziejowe, na którem zarysowała się takiej wagi instytucya, jak »Szkoła główna« Kazimierza Wielkiego, przechodzimy do Wydziału lekarskiego w tej szkole i dla przejrzystości dzielimy rozwój jego na XI okresów.

Okres I istnienia Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie krakowskim, począwszy od założenia Szkoły głównej przez Kazimierza Wielkiego w roku 1364 aż do wydania pierwszej ustawy dla Wydziału lekarskiego w r. 1433, pomimo świadectw przytoczonych przez Gąsiorowskiego, nie opiera się na żadnym dowodzie niezbitym, prócz jednego, t. j. wyraźnego zamiaru Kazimierza Wielkiego, wyrażonego w wiekopomnem nadaniu, aby Wydział lekarski został powołany do życia. Przeto nad tym okresem, pełnym wątpliwości, dłużej zastanawiać się nie będziemy.

Okres II obejmuje czas od zkodyfikowania ustawy Wydziału lekarskiego do epoki rozkwitu nauki lekarskiej w Uniwersytecie krakowskim w wieku XVI. Ustawa, na którą powołujemy się, wydaną została w r. 1433; zaczyna się ona od słów (w przekładzie polskim): »Roku Pańskiego 1433, d. 19 stycznia, Zbigniew, z Bożej łaski biskup krak. i kanclerz Uniwersytetu krakowskiego, za rektorstwa przewielebnego mistrza Tomasza ze Strzępina, doktora prawa kanon., polecił zwołać zgromadzenie ogólne doktorów i dziekanów wszystkich Wydziałów do sali kolegium profesorów nauk wyzwolonych Najj. księcia i pana Władysława króla polskiego i t. d., na któremto zgromadzeniu pomiędzy innymi (przedmiotami) ustawę Wydziału lekarskiego szanowny doktor nauk wyzwolonych i medycyny, mistrz Jan de Saccis z Pawii, ówczesny dziekan tego Wydziału, wobec całego zebrania donośnym głosem odczytał i zatwierdzono ją, gdy nikt się nie sprzeciwiał; a potem tegoż roku d. 23 lutego, na zwołanem przez rektora rzeczonego zebraniu, pełnem doktorów i dziekanów wszystkich Wydziałów, obszerniej ją i dokładniej na piśmie złożono i na wieczne czasy zatwierdzono«.

Przytaczamy wydatniejsze miejsca tej ustawy:

Pierwszy ustęp zastrzega, że w m. Krakowie i całej dyecezyi krakowskiej żaden lekarz, lub gdzieindziej stopniem doktorskim uwieńczony, niema się ważyć zajmować się wykonawstwem lekarskiem pod karą wyklęcia, — ktoby nie został doktorem tegoż Wydziału na podstawie piśmiennego dowodu swej promocyi i zdanego przed kanclerzem lub jego zastępcą i doktorami egzaminu.

Drugi przepis poleca surowo wszystkim, trudniącym się lekarskiem wykonawstwem, aby, jeśli potrzeba, »przedewszystkiem napominali i nakłaniali chorego, iżby wprzód opatrzył się w posiłek duchowny, a potem dopiero niech pomocną przyłożą rękę«.

Zawarowano z kolei, iżby nie został doktorem pod karą piekła i wykluczenia ze zgromadzenia żaden zadawacz trucizn lub ronideł przy jakiejkolwiek sposobności.

Uchwalono dalej, ażeby ze względu na ogólne wykształcenie nie dopuszczano do stopnia lekarskiego nikogo, ktoby poprzednio nie otrzymał godności mistrza sztuk wyzwolonych, aby wszyscy uczniowie Wydziału lekarskiego prowadzili się czysto i uczciwie, poświęcając się obowiązkom leczenia; winien też każdy, ubiegający się o stopień, być biegłym w języku i doskonałe mieć zmysły wszystkie; winien poprzednio pięć lat ślęczeć nad księgami i słuchać wykładu według zwykłego trybu uniwersyteckiego, a być uznanym za zdolnego przez tych, do których to należy. Dalej wymaga taż ustawa udowodnienia egzaminem prywatnym nie tylko naukowego uzdolnienia, lecz i przymiotów moralnych; zwłaszcza też pod względem sumienia ma wprzódy wybadać kandydata kanclerz główny i uznać go w tej mierze odpowiednim, pocżem dopuszczony będzie na

prywatnem zgromadzeniu doktorów do przysięgi, że starszym doktorom swojego wydziału okazywać będzie uszanowanie, głównie zaś swemu promotorowi; że popierać będzie dobro Uniwersytetu, że na innym uniwersytecie stopnia nie przyjmie i że przestrzegać będzie ustaw; wreszcie zobowiąże się, iż będzie prawdomownym, wiernym, pilnym, ukrywającym troskliwie poruczone swej pieczy cierpienia sromotne, nie obelżywym, ani kłótliwym, ani popędliwym, albo zarozumiałym. Postanowiono na wieczne czasy i nieodwołalnie, aby każdy, mający osiągnąć zaszczyt doktorski, dwóch promotorów przyzwoicie ubrał, wyznaczając każdemu albo po 12 łokci najlepszego sukna, albo też po 6 grzywien na odzienie (Grzywna w r. 1433 równała się złp. 42 i groszom 20).

Wreszcie włożono na lekarzów obowiązek, aby, gdy ich kilku będzie używanych do chorego, poddali się kierownictwu jednego z nich i to celniejszego i bieglejszego, a do którego chory ma największe zaufanie, iżby ten, co wypadnie. zarządzał. Natomiast ten lekarz kierujący obowiązany jest przyjmować ochoczo powody uczniów i rówieśników, nie wahając się przyznawać im słuszności. Nakoniec surowo zalecono, aby nikt, powodując się miłością lub nienawiścią, w czemkolwiek nie uchybił ustawie pod karą wyklęcia.

Przytoczony w głównych punktach ustawodawczy zabytek Wydziału lekarskiego Uniwersytetu krakowskiego nosi na sobie cechy wieku: punkt ciężkości tego dokumentu spoczywa w zabezpieczeniu choremu opieki moralnej i cielesnej; niedwuznaczne stawia warunki przyszłemu lekarzowi, wymaga od niego doskonałości cielesnej, moralnej i umysłowej, ale przemilcza o drogach pedagogicznych, które do tej doskonałości prowadzić mają, nie nakreśla systemu i programu nauczania. Nic też dziwnego, że ustawa ta miała więcej znaczenie moralne, a w wielu punktach była niewykonalną, że tylko przytoczymy owo przysięganie »iż się stopnia doktorskiego na innym Uniwersytecie nie przyjmie« wonczas, kiedy niezupełny zakres wykładów w Uniwersytecie krakowskim, dodajmy często przerywany, uniemożebniał osiągnięcie tego stopnia w kraju. Z aktów niewątpliwie jest wiadomo. że dopiero dnia ostatniego lutego 1527 r. odbyła się po raz pierwszy uroczystość udzielenia trzem wychowańcom Uniwersytetu krakowskiego stopnia doktora medycyny; do tej pory potrzeba było wbrew ustawie kończyć nauki lekarskie za granicą, zwykle we Włoszech, a powróciwszy do kraju potwierdzać stopień tamże uzyskany, jużto dla nabycia prawa wykonawstwa, jużto aby być wcielonym w poczet członków Uniwersytetu, a mianowicie Wydziału lekarskiego, złożonego z profesorów, poprzestających po największej części na samym zaszczytnym tytule, z którym nie łączyła się częstokroć ani płaca, ani jakakolwiek rzeczywista czynność nauczycielska. Zdarzało się, że i tych honorowych członków Wydziału lekarskiego nie starczyło niekiedy na odbycie przepisanej dysputy z lekarzami, obowiązanymi z prawa do starania się tą drogą o potwierdzenie stopnia naukowego, uzyskanego na obczyźnie.

O toku nauk pierwsza ta ustawa Wydziału lekarskiego wyraża się ogólnikowo: *ut in legendo solum probati observentur auctores, qui radices scientiarum et origines veritatis existunt.*

Ile właściwie katedr było w tym okresie II-gim istnienia Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie krakowskim? Ci, którzy *Magistros legentes physicam* przywileju Kazimierza uważają za lekarzy, sądzą, że musiały być dwie, tak też utrzymuje Badurski w wyjaśnieniach, złożonych X. Kołłątajowi, dodaje przecież, że nie dochodzi nigdzie, dla czego odkazany na te miejsca fundusz 40 grzywien późniejsi mieli tylko za jednę katedrę, skoro Wydział dopominał się u prokuratorów Uniwersytetu tylko 20 grzywien rocznego dochodu. Ta tedy, jak widać. jedna tylko katedra nazywała się *professio ordinaria.* Dopiero w r. 1505, zapisem Macieja z Miechowa, zabezpieczonym został fundusz drugiemu również zwyczajnemu profesorowi, który powinien był codziennie nauczać i raz w tydzień darmo rady lekarskiej ubogim udzielać.

Rzut oka na epokę, o której piszemy, stwierdza postępowy rozwój nauk w »Szkole głównej« Kazimierza Wielkiego, która wkrótce nabrała światowego znaczenia. W pierwszej połowie XV stulecia zasłynął Uniwersytet krakowski na polu teologicznem; w kolejno zwoływanych soborach: Pizie (1409), Konstancyi (1414), Bazylei (1431), Ferrarze (1438), Florencyi (1439), wysłańcy Uniwersytetu Jagiell. Paweł z Brudzewa, Jan Elgot Wieniawita i inni, broniący wymownem słowem i pismem wyższości soboru nad papieża, wywiązali się z chlubą dla siebie i dla szkoły krakowskiej, jak o tem świadczą bezstronne dokumenta cudzoziemskie, stawiąc i sławiąc delegatów Uniwersytetu krakowskiego po nad wysłańców wszystkich innych Uniwersytetów. W drugiej połowie XV stulecia dał się poznać Uniwersytet krakowski troskliwą uprawą nauk matematycznych, wychowawszy obok świętego Jana Kantego wiekopomny geniusz ludzkości, Mikołaja Kopernika. Chlubny też udział matematyków krakowskich, mianowicie Marcina z Olkusza, zaznaczył się w reformie kalendarza, zamierzonej przez papieża Leona X, a dokonanej przez Grzegorza XIII w r. 1583.

Do bujnego rozkwitu nauk i powagi, jakiej zażywał Uniwersytet Jagielloński w świecie, w niemałej liczbie przyczyniali się mężowie, posiadający stopnie lekarskie z których, jeżeli nie wszyscy tu byli profesorami, to w każdym razie wychowańcami Szkoły Jagiellońskiej. Oprócz Mikołaja Kopernika, który tu w latach 1492—1496 położył podwalinę pod wiekopomne swoje odkrycie, a w Padwie 1506 r. stopień doktora medycyny otrzymał, wspomnieć należy: Jana z Ludziska, Jana z Olkusza, (dwóch tego imienia), Stanisława z Krakowa (trzech tego imienia i pochodzenia), Błażeja z Wittenberga, Marcina z Przemyśla z przydomkiem Rex, inaczej zwanego Marcinem z Żórawic, Wojciecha z Szamotuł, lekarza królowej polskiej Elżbiety małżonki Kazimierza Jagiellończyka. Z testamentu, przechowanego w Archiwum uniwersyteckiem, okazuje się, że tenże Wojciech z Szamotuł porobił zapisy na kolegium większe i na szpital studentów.

Do najdawniejszych profesorów Wydziału lekarskiego należeli: Jan z Pawii, pisano go *Joannes de Saccis de Papia*, był rektorem w r. 1425. Za jego to dziekaństwa spisaną została owa pierwsza ustawa Wydziału lekarskiego w r. 1433.

W r. 1441 wymieniono pięciu profesorów Wydziału lekarskiego, jako należących do zgromadzenia, zwołanego przez rektora Jakóba Parkosza, w celu przejrzenia i poprawienia urządzeń uniwersyteckich. Do nich należeli:

Jan z Dobry, (rektor w r. 1440, w bibliotece uniw. znajdują się jego rękopisy treści lekarskiej); Jan z Ludziska, Jan Kro, Marcin Wincenty ze Świdnicy i Tomasz Jędrzeja z Amalii.

W dalszym ciągu w spisie doktorów i profesorów w Uniwersytecie krakowskim czytamy nazwisko Jana Chrzciciela Świetlika, którego rękopis p. t.: *Collectorium in parte practica medicinae completum sub a. 1443* — znajduje się w bibliotece, dalej Bernarda Hessego z Krakowa, Wojciecha z Opatowa, Stanisława z Pleszowa, Edwarda Mulicza z Kystawy, Piotra Gasowica rektora i lekarza królewskiego, pamiętnego pozostałemi mowami, Jędrzeja Grzymały (nazywanego Jędrzejem z Poznania), Piotra z Chotkowa, Jakóba z Zalesia lekarza Władysława króla czeskiego, Jakóba z Boxyca, Jana z Reguł, Wacława z Krakowa, Jana Ursinusa z Krakowa, pamiętnego z książki *Modus epistolandi* i t. d., Bernarda z Biskupia, Wawrzyńca z Poznania, Macieja z Poznania Grodzickiego, Macieja z Łowicza, lekarza króla Aleksandra, Michała ze Lwowa, Leonarda z Pieczychościa, Jana z Kościana, Jana z Szadka, Mateusza z Błonia, Jana z Bazylei, Jana Welsa.

Wymieniwszy szereg nazwisk doktorów profesorów Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim w okresie XV stulecia, wyznać musimy, że doniosłością swych prac nie dorównali oni profesorom innych Wydziałów, a przyczynę tego stanu rzeczy należy upatrywać w tem, że profesorowie medycyny, należąc do stanu duchownego, mniej kierowali swój umysł ku celom cielesnym, będącym podstawą badań lekarskich; niemniej nie byli oni stale przywiązani do pewnych katedr, ani nawet do Wydziału lekarskiego, lecz poczynając karyerę na Wydziale filozoficznym, t. zw. artystycznym, przesuwali się szybko przez galeniczny, aby w końcu stanąć u upragnionej mety — w teologicznym. Ten przechodni czas na Wydziale lekarskim często spędzali zagranicą, zdala od Uniwersytetu, nie zawsze nawet dbając o zastępcę. Wykłady lekarskie nie obejmowały całkowitego obszaru nauk, potrzebnego do zupełnego wykształcenia w tym zawodzie, a lekarze, pozbawieni doświadczalnej strony swej nauki, zwracali łacno swe zdolności i pracę do przedmiotów innych, dających korzystniejsze warunki.

Okres III dziejów Wydziału lekar. w Uniwersytecie Jagiell. obejmuje wiek XVI i nosi na sobie szczytną cechę odrodzenia ducha ludzkiego. Umysł, rozbudzony wiekopomnemi zdobyczami końca XV stulecia, pokonywa średniowieczną martwotę i rozszerza widownię fizyczną i duchową. Medycyna targa więzy scholastycznego dogmatyzmu, zwracając się do samodzielnego śledzenia zjawisk życiowych ustroju ludzkiego. Wezal i Paracels odsłaniają nowe drogi dla umiejętności lekarskich.

Polska stała wówczas u szczytu swej potęgi i sławy rozległością granic, oświatą, wolnością obywatelską i wyznaniową. To podniesione tętno umysłowego ruchu odbiło się i w Uniw. krakowskim reformą, acz powolną, zasadniczych podstaw uniwersyteckiej ustawy, a w szczególności zwolnieniem więzów, którymi dogmatyzm krępował wonczas naukę.

Następstwem zmienionych zapatrywań i kierunków była potrzeba nowej ustawy dla Wydziału lekarskiego, którą też wydano w r. 1525 i drugą w 1536. Obejmuje ona już obrząd akademicki promocyi na stopień doktora medycyny, po raz pierwszy właśnie w tym okresie dopełniony, a świadczący o rozszerzeniu wykładów lekarskich do stopnia, uzupełniającego całość wiedzy lekarskiej i zawodowego wykształcenia. W nowej ustawie określono obowiązki profesorów, tryb nauk ujęto w ściślejsze prawidła, oznaczono przedmioty obowiązkowe i ćwiczenia z uczniami; ułożono warunki przypuszczenia do egzaminu i uzyskania prawa wykonawstwa lekarskiego.

Wydział lekarski posiadał z urzędu tylko dwóch profesorów płatnych, czyli zwyczajnych, zwanych *doctores* lub *lectores salariati vel ordinarii;* z tych jeden obowiązany był wykładać w ciągu dwóch, najwyżej trzech półroczy teoryę, drugi w ciągu takiegoż czasu — praktykę. Obaj, prócz dzieł dowolnie obieranych, winni byli przedewszystkiem przechodzić z uczniami wskazanych sobie autorów, jakich trzymano się w Bononii i in. słynnych Uniwersytetach. Takiemi nakazywanemi do wykładu dziełami były — do teoryi: *Prima fen primi canonis principis* Avicennae; *Thegni* Claudii Galeni *libri tres; Aphorismi* Hypocratis *particule septem.* Do praktyki: *Quarta fen primi canonis Avicennae. Prima fen quarti canonis, que est de febribus. Nonus tractatus* Rasis *ad regem* Almansorem.

W nowej ustawie odstąpiono od warunku, ażeby ubiegający się o stopień lekarski posiadał już poprzednio wieniec mistrza sztuk wyzwolonych, lecz włożono obowiązek, żeby kandydat odbył o jedną dysputę więcej nad zwykłe.

Już po dwu latach nauk lekarskich mógł uczeń ubiegać się o stopień bakalarski, a po następnych 2-ch latach, udowodniwszy wymagany warunek pilnego uczęszczania na odczyty, odbycia 4-ch przynajmniej rozpraw publicznych, miał prawo starać się o przypuszczenie do egzaminu na licencyata, — a następnie, po zadawalniającym popisie i uzyskaniu od wicekanclerza pozwolenia, mógł przystąpić do złożenia przysięgi i do ostatecznej promocyi na doktora, obchodzonej z wielką uroczystością, do której znowu wchodziły dysputy, obrona naukowych twierdzeń i mowy publiczne. Podczas tego obrzędu bedele, zwani także *sapientiae*' rozdawali obecnym doktorom w imieniu kandydata rękawiczki, następnie, po ukończeniu poważnych rozpraw, dla rozrywki natężeniem naukowem znużonych umysłów, zabawiali zgromadzenie jakąś powiastką. Było także obowiązkiem bedeli podpowiadać słowa przysięgi, po złożeniu której przez kandydata, promotor, mianując go doktorem, dokonywał symbolicznych form i ich tłomaczenia, wkładając na głowę jego biret, odziewając go w togę, wsuwając na palec pierścień, zapraszając do katedry, otwierając i zamykając księgę, wreszcie dając pocałunek na znak pokoju i miłości. Za spełnienie tej czynności otrzymywał promotor zawarowane ustawą przyzwoite podarki. W końcu całe ciało uniwersyteckie wraz z nowym doktorem udawało się do kościoła dla odśpiewania *Te Deum laudamus,* zkąd znowu cały orszak odprowadzał solenizanta do domu dla spożycia przekąski, przez niego przygotowanej, a która polegała na przyzwoitej biesiadzie dla całego Uniwersytetu.

Taż sama ustawa przyznaje prawo wykonawstwa sztuki lekarskiej doktorom, jedynie do Uniwersytetu krakowskiego

wcielonym, t. j. takim, którzy w tym Uniwersytecie albo uzyskali, albo mieli potwierdzony stopień — *per responsionem pro loco habendo*, t. j. przez odbycie dysputy naukowej, celem otrzymania miejsca w Wydziale lekarskim, przyczem zawarowano dobitnie, że kandydaci, oprócz dopełnienia warunków naukowych, winni byli uczynić zadość wymaganiom także materyalnym, t. j. poczęstować grono uniwersyteckie przekąską, złożoną z wina i cukrów i złożyć na rzecz skarbu akademickiego złotych 20, każdemu zaś doktorowi, do Wydziału lekarskiego wcielonemu, po dwie kopy (kopa polska = 24 złotym pol. = 6 zł. austr.).

Pierwsze uwieńczenie stopniem doktorskim wychowańców Wydziału lekarskiego krak. miało miejsce ostatniego lutego 1527 roku. Był to dzień pamiętny i uroczysty dla Szkoły Jagiellońskiej, kiedy ta po raz pierwszy doczekała się wielkiej pociechy, że uczniów swoich, poświęcających się medycynie, doprowadziła do owego kresu wykształcenia naukowego, jakiego potrzeba do samodzielnego rozpoczęcia zawodu, czyli do otrzymania stopnia doktorskiego. Urzędowy opis tego uwieńczenia, przechowany w Archiwum uniw., nosi na sobie wyraźne piętno rzewnego wzruszenia, z jakiem był skreślony. Działo się to za rektorstwa, a zarazem i dziekaństwa Dra Łukasza Noskowskiego: trzech wybrańców najświętszej *(sacratissima)* medycyny: Adam z Brzezin, Mikołaj Sokolnicki i Szymon z Szamotuł, dzięki szczególnej ich pilności i troskliwości bystrego promotora, zostali pierwsi w tej słynnej Szkole ozdobieni wieńcem doktorskim, a zaszczytu tego przed nimi od założenia Uniw. Jagiell. nikt nie otrzymał.

Na ten obowiązek promocyjny zaproszono doktorów i mistrzów tak z Uniwersytetu, jak i z poza niego, oraz rajców miejskich i inne osoby znakomite. Po obronie trzech założeń naukowych, które zaczepiał promotor dowodami teoretycznymi i praktycznymi, przemówił tenże ostatni, zalecając nauki przyrodnicze i lekarskie i wyrażając napomnienie na pożytek dostępujących zaszczytu. Po dokonaniu tego przywołano ich do katedry celem otrzymania wieńca doktorskiego, a na znak dostąpionej godności podano im godła: księgę, biret z togą, pierścień złoty, a nakoniec pocałunek błogosławieństwa nauczycielskiego. Następnie *sapientia*, czyli *bedel*, zabawiwszy zgromadzenie powiastką, podpowiadał przysięgę Hipokrata, po odbyciu której i doręczeniu przez mianowanych doktorów upominków promotorowi, w ich imieniu nowy Dr. Mikołaj z Sokolnik składał dzięki. Po odbyciu tych formalności w izbie wyższego kolegium udali się wszyscy do kościoła św. Anny dla odśpiewania *Te Deum laudamus*. W końcu odprowadzono uroczyście świeżo uwieńczonych do ich mieszkania. Przez szczególny wzgląd na to, że pierwsi dostąpili tego zaszczytu w Uniw. Jagiell., uwolniono ich od obowiązku statutem zawarowanego rozdawania gościom rękawiczek podczas obrzędu promocyjnego i od częstowania potem w domu przekąską.

Wyżej skreślony akt promocyjny pierwszych doktorów medycyny w Uniw. Jagiell. pozostanie świadectwem historycznem, że w Szkole tej nauki lekarskie doszły do tego zaokrąglenia i wykładane były w takim rozmiarze, jaki do zawodowego wykształcenia był nieodzowny.

Założenie trzech nowych katedr zwyczajnych *(ordinariae)* było najdobitniejszym dowodem wzmożonego rozwoju nauk lekar. w Uniw. Jagiellońskim.

Pierwsza z nich winna swój początek ofiarności i gorliwości o dobro nauki mistrza Macieja z Miechowa, jednego z najznakomitszych profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego. Roku 1505 złożył on 600 dukatów (2400 zł. a.) miastu Krakowowi z tem, ażeby Rada miejska wypłacała rocznie Uniw. Jagiell. 20 marek (120 zł. a.), jako wyposażenie jednego profesora medycyny, który miał obowiązek codziennego wykładania, oraz bezpłatnego udzielania pomocy jednemu ubogiemu choremu raz na tydzień. Zapisem tym daną była miastu moc polecania swego kandydata na tę katedrę. O ile jednak miasto pamiętało o przywileju przedstawienia swego kandydata na tę posadę profesorską, o tyle prędko zapomniało o obowiązku wypłacania kwoty na jego utrzymanie, czego mamy dowody w dekrecie Stefana Batorego z r. 1583, wzywającego prezydenta i radców, aby zatrzymaną sumę wypłacili i nadal tego obowiązku ściśle przestrzegali. Snać nie długo zadość czyniono temu dekretowi, skoro w lat 21 później Zygmunt III podobny dekret wydał w r. 1604. Zdaje się, że miasto zupełnie tego długu w końcu nie płaciło, gdyż na posiedzeniu Wydziału lekar. w r. 1705 zapisano, że blizko od lat 100 nie płacono nic i rachowano długu u miasta flor. 3260.

Drugą katedrę lekarską, w tym czasie ustanowioną, zawdzięczał Uniwersytet Jagiell. Piotrowi z Poznania, Drowi medycyny i filozofii i t. d., który w r. 1569 oddał Akademii kamienicę przy ul. Wiślnej, przeznaczając ją na dożywotnie mieszkanie dla wybranego przez Uniwersytet doktora, który w zamian miał obowiązek dawania szkoły w dni zwyczajne, oraz bezpłatnego leczenia ubogich w Krakowie, na Kazimierzu, Kleparzu, oraz po przedmieściach.

Katedrę trzecią wyposażył ten sam Piotr z Poznania w r. 1581, wyznaczając osobny fundusz dla jednego profesora, któryby wykładał w dni zwyczajne i wspierał pierwszego w leczeniu ubogich. Fundusz ten, dzięki niesumienności ludzkiej, przez przeszło sto lat nie był płacony, jak to świadczą książki rachunkowe.

Te trzy katedry, wraz z jedną dawniej istniejącą, nazywały się *ordinariae*, a profesorowie obligowani byli codzień w dni zwyczajne szkołę dawać. Zapisy przeznaczone na te katedry, jak to widać z ksiąg, szybko upadły, co za sobą pociągnęło obniżenie stopy nauczania lekarskiego w Uniw. Jagiellońskim.

W okresie, o którym piszemy, znamiennym był spór w łonie Wydziału lekarskiego między krakowianinem Stanisławem Zawadzkim z przydomkiem Picus (dzięcioł), a dziekanem ówczesnym, dr. Feliksem Sierpskim z przydomkiem Łazarowicza, który zaznaczył zwrot w pojęciach, wyraźnie skierowujących się od utartych formuł autorów starożytnych do samodzielnego badania lekarskiego. Zawadzki, po powrocie z Włoch, ubiegał się w r. 1562 o potwierdzenie uzyskanego w Padwie stopnia doktora medycyny. Pragnąc według obowiązującej ustawy wcielić się przez odbycie przepisanej dysputy do Wydziału lekar., wystąpił z obroną założeń, tak śmiało zaczepiających panujące jeszcze w nauce uprzedzenia, iż nietylko wszystkie umysły poruszył, ale ostrą nadto przeciw sobie wywołał walkę wspomnianego dziekana, Feliksa Sierpskiego.

Stanisław Zawadzki wystąpił, w myśl panujących na zachodzie Europy kierunków, w obronie samodziel-

ności badania, a temsamem potępił ślepą uległość starożytnym powagom, gniotącym i krępującym umysł ludzki. Feliks Sierpski dopatrzył w twierdzeniach Zawadzkiego groźnej nauki przeciw wierze, bezpieczeństwu publicznemu i powadze szkoły starożytnej. Dla obrony tych, jak twierdził, największych dóbr ludzkich, chwycił on za pióro, by odparować zamach świętokradzki, a owocem tego wysiłku była broszura, w której powagą starożytnych mistrzów Galena, Hipokrata i wielu innych, tudzież formułkami loiki Arystotelesowej, zbijał piekielne zasady bezbożnego śmiałka.

Gromy jednak, rzucane przez Sierpskiego na głowę nowatora, zostały bez echa: Stanisław Zawadzki coraz większej nabywał powagi w Uniwersytecie i kraju, a Wydział lekarski nie tylko nie stanął po stronie swego dziekana, lecz na zgromadzeniu d. 21 lutego 1564 r. wyparł się dobitnie jego zasad, orzekłszy i uchwaliwszy na świadectwo, że rozpowszechnienie książeczki Sierpskiego nastąpiło bez wiedzy Uniwersysetu.

Rozstając się z okresem rozkwitu nauk i wzmożonych prądów ducha w Uniw. Jagiell., wymienimy bodaj najwybitniejszych mistrzów i wychowańców Wydziału lekar. Uniwers. Jagiell. w stuleciu XVI-tem. Otwieramy ich szereg imieniem Macieja z Miechowa, zwanego Miechowitą, słynnego profesora, biegłego lekarza, znakomitego dziejopisa i hojnego dobrodzieja szkoły i ludzkości.

O ufundowaniu katedry medycyny własnym jego sumptem powiedzieliśmy wyżej; prócz tego na Wydziale filozoficznym w r. 1522 pomnożył on dochód katedry astrologii; dalej wystawił szkoły murowane: św. Anny, św. Szczepana, św. Floryana i WW. Świętych, oraz takąż w swem mieście rodzinnem, Miechowie. Znaczne kwoty zapisał w r. 1522 na odbudowanie sal bibliotecznych większego kolegium profesorskiego, a jurydyczne na nowo prawie dźwignął; 230 zł. przeznaczył na księgozbiór i narzędzia astronomiczne, a nie zapomniał i o biednych, dla których odnowił i wyposażył przytułki. Większej doniosłości są jego dzieła historyczne i geograficzne, niż lekarskie: do tych ostatnich należą: 1) *Excellentissimi Viri* Mathiae de Miechow, *Artium et Medicinae Doctoris, contra sacram pestem regimen accuratissimum. Cracoviae apud* J. Haller, *1508.* 2) *Conservatio sanitatis. Sanctus Cosmas Sanctus Damianus etc. Impressum Cracoviae, 1522.*

Zakończył życie d. 8 września 1523 r. w Krakowie.

Wojciech, syn Błażeja, z Poznania, urodzony w r. 1501, doktorem medycyny został w Padwie, a członkiem Wydziału lekar. w Krakowie r. 1552; był rajcą miejskim i lekarzem króla Zygmunta Augusta. Obdarzył Uniwersytet krak cennemi dziełami.

Jędrzej Glaber z Kobylina pozostawił następujące pisma: 1) „Rządzenie bardzo dobre przeciw powietrzu morowemu“. Wyszło w Zielniku Siennika 1542 r., w Krakowie. 2) „Nauka bardzo użyteczna y potrzebna o puszczaniu krwie ku zdrowiu człowieczemu“. R. 1542. 3) *Problemata Aristotelis,* Kraków, 1535 r.

Anzelm z Fryburga, zwany także Ephorinus, rodem ze Śląska. Naukom lekarskim poświęcał się w Padwie. Karol V cesarz obdarzył go szlachectwem. We wskrzeszaniu autorów starożytnych chlubny brał udział wydaniem i komentowaniem jednej z ksiąg historyi naturalnej Pliniusza pod napisem: Caji Plinii Secundi *naturalis historiae librum XXIX medico suo commentario distinctum ac illustratum per* Andr. Euphorinum. *Cracoviae, 1530.* Oprócz tego ogłosił: 1) *Medicinale compendium ad amplissimum ac prudentissimum senatum regiae urbis Cracoviensis. R. 1542.* 2) *Remedium contra pestem.*

Szymon z Łowicza pozostawił kilka pism, z których niektóre odnoszą się do panujących w owym czasie przesądów naukowych, należących do dziedziny astrologii i chiromancyi. 1) *Enchiridion phisiognomiae. Cracoviae, 1522.* 2) Traktat chiromancyi, 1532. 3) *Centiloquium de medicis et infirmis decerptum ex penetralibus Astrologiae etc., Cracoviae, 1532.* 4) *De praeservatione a pestilentia et ipsius cura. Cracoviae 1534.* 5) *Enchiridion Medicinae, pro tyrunculis hujus artis quam compendissime per* Simonem de Łowicz *artium et medicinae doctorem collectum. Cracov. 1537.* 6) Aemilus Macer *de herbarum virtutibus cum veris figuris herbarum. Crac. 1537.* W tej ostatniej pracy obok nazw łacińskich chorób i roślin podane są i polskie.

Marcin z Urzędowa jest autorem Zielnika polskiego p. t.: „Herbarz polski, t. j. o przyrodzeniu ziół y drzew rozmaitych y innych rzeczy do lekarstw należących księgi dwoje“, doktora Marcina z Urzędowa. Kraków, 1595 r.

Józef z Poznania Struś (Struthius) urodził się r. 1510. W r. 1532 udał się do Padwy, gdzie poświęcając się naukom lekarskim, odznaczył się niepospolitemi zdolnościami nietylko jako uczeń, lecz uzyskawszy stopień lekarski, także jako profesor i pisarz. Powróciwszy do ojczyzny, osiadł w Poznaniu, używając rozgłośnej sławy w szerokim świecie. Był lekarzem obu Zygmuntów, tudzież Izabelli, córki Starego, a małżonki Jana Zapolskiego, króla węgierskiego, której do Budy towarzyszył. Ztąd go do siebie wezwał na poradę lekarską do Stambułu sułtan Soliman II. Król hiszpański Filip II, doświadczywszy kilka razy jego zbawiennej pomocy, wzywał go na dwór swój, hojną ofiarując nagrodę. Wolał atoli Struś pozostać w kraju, zwłaszcza, że król Zygmunt August względów mu nie skąpił i godnością przybocznego lekarza zaszczycił. Umarł r. 1568, pochowany w Poznaniu w kościele farnym.

W ruchu naukowym swego czasu zajmował Struś świetne stanowisko. Pomijamy jego sześć prac, wydanych jeszcze przed wyjazdem do Włoch. W okresie między r. 1535 do 1540 pracował we Włoszech nad przekładem ksiąg Galena z greckiego na język łaciński. Tu należą: 1) Galeni *Astrologia ad Aphrodisium. Spuria quidem judicata. Exhibens Mathematicae Scientiae prognostica, de Decubitus infirmorum. Nunc primum a* Jos. Struthio *e Graeco translata. Venetiis, 1535.* 2) *Tractatus de paratu facilibus.* 3) *Prognostica. Lugduni, 1540.* 4) *De Urinis liber. Venetiis, 1535.* 5) *De Antidotis libri duo. Venetiis, 1537.* 6) Cl. Galeni Pergameni *in librum* Hippocratis *de Fracturis, Commentariorum libri tres, Venetiis, 1538.* 7) Cl. Galeni Pergameni *in librum* Hippocratis *de articulis. Commentariorum libri quatuor. Venetiis, 1540.*

Najznakomitszem dziełem Strusia była jego rozprawa „O tętnie“, skreślona już po powrocie do kraju. Wyszła ona pierwszy raz w Bazylei (1555), drugi w Wenecyi (1573), a trzeci znowu w Bazylei (1602). Już sama liczba wydań świadczy o uznanej powadze autora i wysoko cenionej wartości jego pracy, której tytuł w wydaniu pierwszem

brzmiał: *Sphygmicae artis jam mille ducentos annos perditae et desideratae Libri V, a* Jos. Struthio *posnaniense medico recens conscripti. Basileae.*

Wyczerpującą rozprawę o Strusiu i jego naukowej działalności wydał prof. J. Oettinger.

Józef z Krakowa Zimmermann rodzinną nazwę zwyczajem ówczesnym zgreczył na autorską Tectander. Na nauki lekarskie udał się do Padwy, a w powrocie do kraju wstąpił do Bazylei, gdzie zawiązał ścisły stosunek z Erazmem Roterdamczykiem. Przebywał 4 lata na dworze budzińskim, jako lekarz królowej Izabelli, córki Zygmunta I.; umarł r. 1543 w młodym wieku, licząc lat 36.

Przyczynił się do wzmożenia ruchu umysłowego w kraju i na szerokim świecie przez wydanie wielkich dzieł zbiorowych, zwłaszcza przekładu na język łaciński dzieł Galena p. t.: Claudii Galeni Pergameni *opera omnium utilissima a doctissimis viris, partim nunc primum latinitate donata, partim vero ad exemplaria graeca deligentius recognita. Basileae, 1536.*

Sam przełożył na łacinę 2 księgi Galena, wydane w latach 1550 i 1560 pod napisem: 1) *De venaesectione adversus* Erasistratum *liber* Jos. Tectandro. *Crac.* 2) *De venaesectione adversus* Erasistrataeos *qui Romae degebant eodem* Jos. Tectandro *interprete denuo ad graec. exempl. fidem deligentius recognitus.*

Oprócz tego wydał zbiorowe dzieło p. t.: *Morbi Gallici curandi ratio exquisitissima a variis iisdemque peritissimis medicis conscripta, nempe* Petro Andrea Matheolo etc. etc. *Basileae, 1536.*

Piotr z Poznania, chluba i dobrodziej krak. Uniwersytetu. Nauki lekarskie odbył we Włoszech. Był lekarzem obu Zygmuntów, a odznaczał się dobrem i wspaniałomyślnem sercem. Poczynił wiele zapisów na kolegium większe i mniejsze, na bursę jerozolimską, bursę ubogich, na opał do szkoły św. Anny, św. Szczepana, św. Mikołaja, św. Floryana, WW. Świętych. Umarł r. 1579.

Wojciech Nowopolski pisał się na dziełach swych, wydanych po łacinie, Alb. Novicampianus. Był nauczycielem syna króla węgierskiego Jana, lecz nadwątlone zdrowie zmusiło go do opuszczenia Siedmiogrodu; po powrocie do Krakowa rozpoczął wykłady, lecz po roku (1559) zakończył życie, licząc lat 50. Pochowany u Dominikanów, gdzie mu położyli nagrobek przyjaciele: Bodzanta i J. Lwowczyk.

Pomijamy liczne dzieła Nowopolskiego treści teologicznej i filozoficznej. Z zakresu medycyny ogłosił: *Fabricatio hominis, a* Cicerone *libro secundo de naturae Deorum descripta. Cum adnotationibus* Alb. Novicampiani. *His accessit dissertatio ejusdem, utrum cor an iecur in formatione foetus consistat prius.*

Walenty z Lublina już w Krakowie rozpoczął nauki lekarskie; do Włoch udał się w r. 1547, gdzie jeszcze bawił do r. 1554. Według świadectwa Czackiego napisał: 1) *De impotentia et causis ineptiae ad statum matrimonii, 1545.* 2) O różnych chorobach i leczeniu.

Prócz tego wydał 7 pism treści lekarskiej Jana Montana Weroneńczyka.

Feliks Sierpski, sam pisał się Sieprcius, zwano go także Sieprskim. Był uczniem Piotra z Poznania; we Włoszech słuchał wykładu słynnego anatoma Fallopiusza. Stopień doktora otrzymał w Rzymie. Wcielenie Sierpskiego do Wydziału lekar. w Krakowie nastąpiło w r. 1562. Za swego dziekaństwa stoczył niefortunny spór z zwolennikiem postępu Stanisławem Zawadzkim, stając w obronie przesądów i mrzonek astrologicznych i alchemicznych, jak to wyżej podaliśmy. Umierając (1572) poczynił zapisy na rzecz szkół, burs i Uniwersytetu.

Stanisław Zawadzki (ojciec) z przydomkiem Picus, należy do znakomitych członków Uniwers. krak., zasłużonych około podniesienia oświaty powszechnej. Urodził się w Krakowie. W r. 1557 udał się dla wydoskonalenia się w medycynie do Padwy, gdzie był uczniem słynnego Gabryela Fallopiusza. On to właśnie po powrocie do kraju nowatorskiemi zasadami swojemi dał powód do głośnego sporu z dziekanem Sierpskim.

Stanisław Zawadzki wywarł wielki wpływ na oświatę w kraju, — nie tyle piórem, ile darem krasomówczym. Na stanowisku rektorskiem położył wiekopomną zasługę założeniem w r. 1588 pierwszej w kraju szkoły gimnazyalnej. Przeszedł wszystkie godności akademickie: był dziekanem, dwa razy rektorem i podkanclerzym.

Wojciech z Warszawy, inaczej Oczko, lekarz Stefana Batorego i Zygmunta III. Ogłosił drukiem: 1) *In opera* Pauli Novicampiani, *carmen apologeticum. Crac. 1576.* 2) „O Cieplicach". Kraków, 1578. „Przymiot albo dworska niemoc". Kraków, 1581.

Szymon Syreński z Oświęcimia, pisany po łacinie Simo Syrennius Sacranus, urodził się r. 1540. Stopień doktorski otrzymał w Padwie; oddając się z zamiłowaniem botanice, zwiedził wiele okolic w kraju i zagranicą. Trzydzieści lat pracował nad zielnikiem; w r. zgonu (1611) oddał go do druku, lecz nie doczekał się ogłoszenia. Dopiero w r. 1613, staraniem Gabryela Joannickiego, a hojnym nakładem królewny Anny, siostry Zygmunta III, której jest poświęcony, wyszedł owoc długoletniej pracy Syreńskiego, odznaczający się istotną naukową wartością. Tytuł tej pracy brzmi, jak następuje: „Zielnik, herbarzem z języka łacińskiego zowią, t. j. opisanie własne imion, kształtu, przyrodzenia, skutków y mocy ziół, wszelakich drzew, krzewu y korzenia ich, kwiatu, owocu, soków, miazg y żywic y korzenia do potraw zaprawowanie; także trunków, syropów, wódek, lekiwarzów, konfektów, win rozmaitych, prochów, soli z ziół czynionej; maści, plastrów, przytem o ziemiach y glinkach różnych; o kruszcach, perłach y drogich kamieniach.... polskim językiem zebrany y na ośmioro ksiąg rozłożony. Księga lekarzom, aptekarzom, cyrulikom, barbirzom, rostrucharzom, końskim lekarzom, mastalerzom, ogrodnikom, kuchmistrzom, kucharzom szynkarzom, gospodarzom, mamkom, paniom, pannom y tym wszystkim, którzy się kochają y obzierają w lekarstwach. Pilnie zebrane, a porządnie spisane przez Dra Simona Syrreniusa. *Crac. A. D. 1613*".

Już sam ten przydługi tytuł świadczy, jak różnorodny a niekoniecznie botaniczny materyał stanowił treść „Zielnika" Syrenniusza, lecz jest jeszcze dodatek, nie mający zgoła żadnego związku z roślinami, a noszący tytuł „O żydziech, rzecz krótka i t. d."

Sebastyan Petrycy należał do najznakomitszych członków Uniwersytetu, zasłużony profesor, pisarz, lekarz,

dobrodziej Uniwersytetu i biednego ludu. Był rodem z Pilzna. Stopień doktora otrzymał w Padwie r. 1590, a po jednorocznej podróży zagranicą powrócił w r. 1591 do Krakowa, gdzie w celu otrzymania miejsca w Wydziale odbył rozprawę na temat *De morbo gallico*. W r. 1605 towarzyszył Marynie Mniszchównie, zaślubionej carowi Dymitrowi, do Moskwy. Po powrocie z tej wyprawy zasłynął z dobroczynności i hojnych ofiar na rzecz Uniwersytetu. Umarł około r. 1625, ma nagrobek w klasztorze Franciszkanów z napisem, który sam sobie skreślił za życia.

Z pism treści lekarskiej doszły do wiadomości: 1) Sebastiani Petricii: *De natura, causis, symptomatibus morbi gallici ejusque curatione. Crac., 1591.* 2) „Instrukcya albo nauka, jak się sprawować czasu moru". Kraków, 1613.

Do znakomitszych członków Wydziału lekar. w tym okresie choć z imienia wymienić jeszcze należy: Jana Noskowskiego, Piotra z Obornik Wedelickiego, tłómacza na język łaciński trzech pism Hipokratesa; Adama z Bochini, lekarza Zygmunta I.; Jana Latosa; Walentego Fontanusa; Gabryela Joannicego z Przeworska, lekarza Zygmunta III i Anny Jagiellonki, u której wyjednał nakład na wydanie Zielnika Syreniusza; Jana Ursyna ze Lwowa, autora pracy *De ossibus humanis tractatus tres.* Zamość, 1610.

Okres IV dziejów Wydziału lekarsk. Uniwersytetu krak., obejmuje wiek XVII i XVIII do wiekopomnej reformy przez Komisyę edukacyjną; znamionuje się długiem powolnem podupadaniem szkoły Jagiellońskiej, a w szczególności Wydziału lekarskiego, który w ostatniem pięcioleciu tego okresu zupełnie przestał był istnieć. Ciężkie wstrząśnienia wewnętrzne, wojny regularne i nieregularne, dziesiątkujące ludność morowe powietrze, nie mogły sprzyjać rozwojowi nauk, dla których rozkwitu niezbędne jest błogosławieństwo pokoju i bezpieczeństwo dobrobytu. Jednocześnie zapał w narodzie do uzacniających celów ludzkości, tak szczery w okresie złotego wieku. przygasł; zamożni przestali się uczyć, ubożsi nie mieli funduszu na wyjazd za granicę, a w kraju nie było już warunków do zupełnego wykształcenia Zatarg z zakonem Jezuitów o prawo zakładania szkół, które przywilejami królewskimi nadane było niepodzielnie Uniwersytetowi krakowskiemu, wiele przyczynił się do podkopania powagi Szkoły Jagiellońskiej: rozsiedleni w głównych ogniskach państwa, posiadając środki materyalne i moralne działania, wpływem swoim OO. Jezuici zachwiali znaczenie Uniwersytetu krakowskiego i odwrócili od niego dawną życzliwość, zwłaszcza czoła narodu. Wspaniałomyślne zapisy dobrodziejów Uniwersytetu przez brak rządności i sumienności zawichrzono i roztrwoniono; profesorowie w Wydziale lekarskim, nie będąc wynagradzani, poświęcali swój czas zarobkowi z praktyki, przez co ciągle ubywało wykładających i coraz mniej było słuchaczów. Dodajmy do tego oschłą jeszcze naukę, wykładaną arabsko-galenicznym krojem, nie ożywioną żadnym praktycznym okazem, a przytem ustawicznie przerywaną, a pojmiemy, że Wydział lekar. Uniw. Jagiell. nie posiadał już w tym okresie żadnych warunków do wykształcania zawodowego lekarzy w kraju. Dziwić się trzeba po tem wszystkiem, że w ustawach wydziałowych z r. 1724 powtórzono raz jeszcze dawne zastrzeżenie, aby mający się ubiegać o stopień doktora medycyny, nie przyjmowali tego zaszczytu w innym Uniwersytecie. Tracąc coraz więcej na znaczeniu w kraju, nie posiadając już żadnej powagi u obcych, Wydział lekar. Uniw. Jagiell. dobiegł kresu swego upadku i w r. 1775 wykłady ustały, a wskrzesiła je dopiero Komisya edukacyjna.

Król Władysław IV usilnie nad tem pracował, aby nauki w kraju podźwignąć, a Jezuitów, przez sprowadzenie zakonu XX. Pijarów r. 1642, pogrążyć, lecz ustawiczne wojny stanęły mu na zawadzie. Za Jana Kazimierza zakon Jezuitów, mając obrońcę w królu, rozszerzył się z wielką siłą, tłumiąc w swych szkołach rodzimy pierwiastek umysłowy, a zaszczepiając zgubną nietolerancyę religijną. Panowanie Michała Korybuta Wiśniowieckiego przeszło bez widomych usiłowań do podniesienia nauk z upadku; Jan III, zajęty długoletniemi wojnami, nie zostawił żadnych śladów w tym kierunku. Pod panowaniem Augusta II, monarchy kochającego się wprawdzie w naukach, lecz dla wojny szwedzkiej nie mogącego o nich myśleć, duch oświaty prawie zupełnie został w Polsce uśpiony, a za rządów Augusta III bynajmniej się postać rzeczy nie zmieniła. Cnoty publiczne w narodzie niejednolitym i zwaśnionym — obumarły; ciemnota i egoizm doprowadziły oświatę do ostatecznego upadku, któremu kres położyło panowanie Stanisława Augusta. Król ten wprawdzie daleki od tego, ażeby był na owe czasy człowiekiem opatrznościowym, ale miłośnik sztuk i nauk, poparł wiekopomną Komisyę edukacyjną w jej mądrych usiłowaniach naprawy publicznego wychowania; lecz szczegóły tej reformy należą już do dziejów okresu V.

W tym ponurym stanie Wydziału lekar. znalazła się przecie jasna chwila, szlachetny wysiłek zacnego profesora i obywatela Dra Zajączkowicza, który niezmordowanie, niezrażony niepowodzeniami, kilkakrotnie usiłował naprawić rozluźnione stosunki w Wydziale lekar. i uzdolnić go do pełnienia pedagogicznego zadania. Z potrzebą takiej naprawy występował Zajączkowicz na posiedzeniach Wydziału lek. r. 1696, 1701 i 1704 za dziekaństwa Stanisława Łopackiego, ofiarując swoją pracę i własne zasoby pieniężne na przeprowadzenie niezbędnych reform. Te jego usiłowania nie odniosły jednak skutku na razie, a dopiero w r. 1705 uchwalono, wątpić należy czy szczerze, wszystkie postulaty Zajączkowicza, gdyż do śmierci tego znakomitego człowieka żaden z nich nie wszedł w życie. Przyjąć jednak należy, że ułożenie nowej ustawy Wydziału lekar. w r. 1724, w 7 lat po śmierci Zajączkowicza, było późno dojrzałym owocem jego szlachetnych zabiegów.

Nie przytaczamy szczegółów nowej ustawy, bo nigdy ona nie weszła w życie, a nic smutniejszego, jak gdy już spisane i uznane prawa pozostać muszą martwą literą. Nieład w zarządzie całego Uniwers. Jagiell., a zwłaszcza Wydziału lekar., dosięgnął tego punktu rozkładu, że wszelkie usiłowania proff. Zajączkowicza i Naymanowicza i wszystkie statuta, spisane i nadane za czasów dziekaństwa Stanisława Łopackiego, nie zdołały uzdrowić zgangrenowanego ciała Uniwersytetu, który, posiadając 6 milionów zł. p. majątku, doszedł do takiego ubóstwa, że profesorowie, szczególnie Wydziału lekar, cierpieli nędzę.

Liczba katedr obsadzonych była rozmaitą: już w r. 1602 Wydział lekarski Uniw. Jagiel. posiadał tylko jednego

profesora, jak to o tem czytamy w Roczniku Wydziału lekarskiego. W informacyi, przedłożonej Papieżowi Urbanowi VIII o Akademii krakowskiej, donosi Uścicki, że między r. 1627 a 1630 było dwóch profesorów: jeden dla medycyny teoretycznej, drugi dla anatomii. Prof. J. Majer w życiorysie Jana Inoc. Petrycego mówi, że miał on za towarzyszów na Wydziale lekarskim: Krzysztofa Naymanowicza, Macieja Wojeńskiego i Jana Mitkowskiego. W r. 1755 miał Wydział lekarski, według świadectwa Janockiego, sześciu profesorów: S. Wadowski wykładał anatomię, A. Laskiewicz — fizyologię, N. Awedyk — patologię, J. Camelin — botanikę, M. Szaster — terapię, P. Soldadini — farmacyę. Kiedy Dr Jędrzej Badurski przybył w r. 1770 z Włoch do Krakowa, Wydział lekarski posiadał tylko jednego prof. w osobie Dra Camelina.

W tym IV okresie, prócz tych profesorów głośnego imienia, których wymieniliśmy w spisie okresu III., a których działalność sięgnęła w okres IV-ty, jak Syrenniusz, Sebastyan Petrycy, Gabryel Joannicy, wymienić jeszcze należy: Stanisława Zawadzkiego (syna), Krzysztofa Naymanowicza, sławnego obrońcę Akademii przeciw jezuickim zamachom, autora rozprawy *De plica* (1610), Jana Mitkowskiego, Macieja Wojeńskiego, pierwszego osobnego profesora anatomii, autora dzieł: 1) *Quaestio de calore innato* (1612); 2) *De pleuritide* (1615). Jana Innocentego Petrycego, autora pism: 1) *De hydrope;* 2) *Praeservatio*, albo uchrona powietrza morowego; 3) O wodach w Drużbakach i Łęckowej; Gabryela Ochockiego, który ogłosił drukiem: 1) *Quaestio de formis substantialibus elementorum* (1626); 2) *Quaestio de motu cordis* (1628); 3) *Quaestio de temperamentis* (1628); 4) *Quaestio de sympathia et antipathia mixtorum* (1629); 5) *Quaestio de phrenitide* (1629); Wawrzyńca Śmieszkowicza, założyciela bursy swego imienia, Franciszka Rolińskiego, Jana Tońskiego, Piotra Mucharskiego anatoma, Jacka Łopackiego, Stanisława Słowakowicza, Jana Jarczyńskiego, Stanisława Wosińskiego, Stanisława Łopackiego, Jana Dzidowskiego, Jana Zajączkowicza, autora dzieł: 1) *Quaestio medica de apoplexia* i 2) *Optimum elixir apoplexiae mundanae;* Józefa Ant. Częczkiewicza, Kazimierza Tuatera, Jana Słowakowicza, Ign. Michałowskiego, Ant. Laszkiewicza, Jana Camelina, Soldadiniego, Stan. Wadowskiego, Jana Nep. Lucycego, wreszcie Jędrzeja Badurskiego i Rafała Czerwiakowskiego, dobrych zwiastunów przyszłego okresu odrodzenia.

Gdy podczas tego długiego okresu piśmiennictwo lekarskie polskie składa tak słabe i jałowe dowody badawczego ducha profesorów krakowskich, na zachodzie Europy wiedza lekarska święci wspaniały rozwój: w r. 1628 anglik Harwey odkrywa istotę krążenia krwi, Glisson opisuje chorobę angielską, czyli krzywicę, Sydenham pierwszy wprowadza metodę przeciwzapalną leczenia chorób gorączkowych. Niemniej chirurgia uczyniła w tym czasie olbrzymi krok naprzód: wydoskonalono metodę leczenia ran i zakładania opasek, zrobiono doświadczenia na zwierzętach z wstrzykiwaniem lekarstw do żył, z przetaczaniem krwi na człowieku; Brisseau wykazał naturę zaćmy i t. d. Anatomia i fizyologia zapisały w owych czasach kilka wiekopomnych wynalazków, do których w pierwszym rzędzie należy odkrycie naczyń chłonnych.

Szkoła krakowska poświęciła najwięcej pracy w tym okresie leczeniu moru i opisowi kołtuna, wreszcie astrologii, alchemii i t. d.; lecz te utwory, jak i wszystkie inne, oparte li tylko na teoretycznem rozumowaniu, pozbawione są wszelkiej wartości naukowej i nie mają na sobie piętna postępu i rozwoju. Okres ten maluje Wiszniewski temi słowy: Jest to wiek Alwara, astrologii, alchemii, konceptowych kazań, polemiki teologicznej, która wybujała za Jana Kazimierza; filozofii scholastycznej i panegiryków, które upowszechniły się za panowania Jana III i jego najbliższych następców.

Okres V. Pierwszy rozbiór kraju wstrząsnął sumieniem narodu: potrzebę reformy na wszystkich polach odczuła większość społeczeństwa, a najwięcej tę potrzebę odczuto w zakresie wychowania i oświaty. Delegacya Sejmu rozbiorowego przeznaczyła ogromne fundusze pojezuickie na rzecz wychowania publicznego i ustanowiła Komisyę edukacyjną, która zreorganizowała wszystkie Szkoły od najniższych do najwyższych i ułożyła znakomity i podziwu godny plan nauk. Wykonaniem przeobrażeń w Akademii krakowskiej zajął się wydelegowany z łona Komisyi edukacyjnej Hugon Kołłątaj. Temu poleciła Komisya w sprawach Wydziału lekarskiego działać w porozumieniu z prof. Badurskim, który jeszcze w r. 1776 złożył Komisyi plan reorganizacyi nauk lekar. U. J. Na żądanie ks. Kołłątaja przedłożył mu Badurski mozolnie zebrany materyał wszystkich aktów Wydziału i wyjaśnił prawne znaczenie wielu dokumentów, nadań i zapisów, a przytem nakreślił plan reformy nauczania.

Reforma Wydziału lekar. U. J. przez Komisyę edukacyjną została wprowadzoną w życie w r. 1780; od tego czasu właściwie zaczyna się V-ty okres dziejów Wydziału lekarskiego. Utworzone zostały nowe katedry, które mieli zająć polacy, przeważnie przebywający dla nauki zagranicą. W r. 1791 wykładali: prof. Winc. Szaster anatomię i fizyologię; prof. Rafał Czerwiakowski — chirurgię i położnictwo; prof. Jan Szaster — farmacyę i farmakologię; prof. Franc. Kostecki — terapię i patologię; prof. Franc. Szejdt — chemię, mineralogię i botanikę.

Po zajęciu Krakowa w r. 1796 początkowo rząd austryacki pozostawił bieg rzeczy w dawniejszym porządku. Dopiero w r. 1805, po wcieleniu do Uniwersytetu krakowskiego zwiniętego Uniwersytetu lwowskiego i uzupełnieniu Wydziału lekar. przez profesorów częścią z Wiednia, częścią ze Lwowa przybyłych, zaprowadzono nowy tryb nauk lekarskich, który w dziejach Wydziału stanowi okres nowy.

Okres VI-ty nie trwał długo: zmiany, zaprowadzone przez rząd austryacki wyszły poniekąd na korzyść Wydziału lekarskiego: zwiększono bowiem liczbę profesorów z 5 i 1 prosektora (w r. 1796) do 11 profesorów i 3 asystentów (w r. 1800); w okresie tym ustanowiono nieistniejące przedtem katedry położnictwa, medycyny sądowej i policyi lekarskiej, tudzież weterynaryi, prócz tego zaprowadzono wykłady dla uczniów tak zwanej chirurgii niższej. Profesorami byli początkowo pozostali z poprzedniego okresu:

Schejdt, Winc. i Ant. Szastrowie, Kostecki, Czerwiakowski.

Później przybyli nowi: Lamelli, Vetter, Colland. Adami, Rust, Hildenbrand, Hacquet, Schiwerek, Raimann, Knobloch, Schultes, Schallgruber, Rhodius. Nie można temu zaprzeczyć, że niektóre zarządzenia rządu austryackiego były dla Wydziału lekar. pomyślne, a talent nasłanych profesorów często niepospolity; głośne jednak nieporozumienia między profesorami niemało osłabiły doniosłość spodziewanego ich działania naukowego.

Okres VII. rozpoczyna się w r. 1809 z nastaniem Księstwa Warszawskiego. W ciągu pierwszych lat dwóch zachowano dawny porządek rzeczy; dopiero w r. 1811 Izba edukacyjna, sądząc, iż dotychczasowy układ przedmiotów w Wydziale lekarskim jest zbyt rozdrobniony, rozdzieliła je na 6 katedr, obejmujących: anatomię, fizyologię, patologię ogólną, farmacyę i farmakologię, dyetetykę, chirurgię teoretyczną, akurgię, terapię ogólną i szczegółową, klinikę lekarską i chirurgiczną, okulistykę, dentystykę, medycynę sądową, położnictwo wraz z ginekologią i pedyatryą; po trzech latach dodano 7-mą katedrę, a z przedmiotów policyę lekarską. Przedmioty przyrodnicze wykładano w Wydziale filozoficznym. Uczniowie zyskiwali 3 stopnie naukowe: licencyata, magistra i doktora. Przyszli licencyaci słuchali wykładów przez lat 2, magistrowie i doktorzy przez lat 4. Licencyat był warunkiem otrzymania stopnia magistra, ten zaś poprzedzić musiał stopień doktora, który nie wcześniej mógł być pozyskanym, jak we trzy lata po otrzymaniu stopnia magistra.

Profesorami w tym okresie czynnymi byli: Ant. Szaster, Franc. Kostecki, Sebastyan Girtler, Józef Wiżeński, Jan Stummer, Rudolf Dołasiński, Mikołaj Cordé, Ad. Rudnicki, Józ. Sawiczewski, Ignacy Woźniakowski, Józ. Jaworski, Wojc. Boduszyński, Ign. Linhard, Bazyli Fijałkowski, Józef Kozłowski.

W wirze szybko po sobie idących wypadków często musiał następować znaczny ubytek liczby profesorów; pozostali zdwojoną pracą starali się wynagrodzić uczniom ten ubytek i zastąpić nieobecnych.

Okres VIII dziejów Wydziału lekarskiego U. J. obejmuje czas Wolnego M. Krakowa. Obradujący na kongresie wiedeńskim w r. 1815 monarchowie postanowili nadać temu miastu osobny byt polityczny, a Dwory, które wzięły je pod swoją opiekę, przy urządzeniu całego kraju chciały mieć Szkołę główną postawioną na stopniu odpowiednim potrzebom czasu i kraju. Zamiar ten nadał Wydziałowi lekarsk. nową postać, co jednak dopiero po trzech latach jako obowiązujące zarządzenie ogłoszonem zostało.

Miał Wydział podówczas 7 katedr, wliczając prosektora. Nauki przyrodnicze (chemia i fizyografia) należały do Wydziału filozoficznego. Do 7 katedr lekarskich przywiązany był wykład następujących przedmiotów: anatomia teoretyczna i praktyczna, fizyologia, patologia ogólna, terapia ogólna, farmakodynamika, farmacya, patologia i terapia szczegółowe, chirurgia teoretyczna i praktyczna, okulistyka, położnictwo, medycyna sądowa, historya medycyny, weterynarya.

Wobec rozległego programu nauczania 4-letni kurs nauk rozszerzono i na rok 5-ty. Lekarze zyskiwali już tylko stopień doktorów; stopień magistra zostawiono tylko chirurgom niższym i aptekarzom.

Profesorami czynnymi w tej epoce byli: Seb. Girtler, Ign. Woźniakowski, Wojc. Boduszyński, Jozef Kozłowski, Ign. Linhard, Sykstus Lewkowicz, Józ. Flor. i Jul. Sawiczewscy, Karol Soczyński, Józef Brodowicz, Józef Jakubowski, Ludwik Bierkowski.

IX Okres obejmuje czas od dokonanych urządzeń Wydziału lekarskiego w r. 1833 do epoki wcielenia W. Księstwa krakowskiego do monarchii austryackiej i zamierzonego przez rząd zniemczenia Uniw. krak.

W okresie tym działalność naukowa ożywia się: Majer, Bierkowski, Fl. Sawiczewski, Skobel, Kozubowski i inni stoją na czele ruchu, który się wyraża w piśmiennictwie lekarskiem i w rozpoczęciu gromadzenia okazów, zacząktów przyszłych muzeów i zakładów naukowych. Wydział lekarski, po przyłączeniu doń katedr historyi naturalnej i chemii, liczył 9 profesorów, 1 nauczyciela i 6-ciu adjunktów. Posiadał w tym czasie zakłady i kliniki, o których osobno niżej mówić będziemy. W okresie tym zajmowali katedry następujący profesorowie: Józef Brodowicz, Alojzy Estreicher, Floryan Sawiczewski, Ludwik Bierkowski, Józef Majer, Fryderyk Skobel, Ignacy Kozubowski, Fryderyk Hechell, Józef Kwaśniewski, Ignacy Czerwiakowski i nauczyciel weterynaryi Wawrzyniec Domański.

X. Okres był krótki, trwał 9 lat (1852—1861), nie zaznaczył się żadną dodatnią reformą postępową w rozwoju Wydziału lekarskiego, a natomiast doraźnem wprowadzeniem do wykładów języka niemieckiego, sprowadził zamęt i niepokój, które nie sprzyjają nigdy i nigdzie rozkwitowi wiedzy. Jedni profesorowie nie przystali na tę tak niepedagogiczną reformę, inni, przybysze, ludzie głębokiej wiedzy, jak Czermak, Heschl, znaleźli się w położeniu trudnem; zmiany następowały po zmianach, życie naukowe biegło jałowo, aż nadanie konstytucyi i wprowadzenie do wykładów języka polskiego, zakończyło okres, który okazał się bezrozumnym pod względem politycznym, a pozostawił na zawsze plamę na zarządzie oświaty w Austryi. W okresie tym wykładali: Józef Dietl, Ludwik Bierkowski, Józef Kwaśniewski, Antoni Sławikowski, Antoni Kozubowski, Józef Majer, Jan Czermak, Józef Albini, Voigt, Heschl, Treitz, Antoni Bryk, Floryan Sawiczewski, Fryderyk Skobel, Wawrzyniec Domański.

Okres XI. obejmuje ostatnich 39 lat, t. j. od nadania konstytucyi w r. 1861 do dni naszych. Jeśli jednak powołanie do całkowicie już spolszczonego Uniwersytetu Jagiell. znakomicie przysposobionych sił naukowych z zagranicy miało doniosłe znaczenie w rozwoju Szkoły krakowskiej, to niemniej wyznać należy, że w postępie nauk lekarskich na-

stąpił powiedzmy już nie zwrot, lecz przewrót od gruntu. Komórkowa budowa roślin, ostatecznie zbadana i wyjaśniona przez Schleidena (1838 roku), po roku stwierdzoną została przez Schwanna i w ciele zwierzęcem; odkrycie to i dalsze badania, odnoszące się do biologii, a zwłaszcza mnożenia się komórek, zwaliły teoryę samorództwa, której miejsce zajęła zasada: *omnis cellula e cellula* lub *omne vivum ex ovo*. Nowa zasada biologiczna przeobraziła dotychczasową histologię, embryologię i fizyologię. „Celularna patologia“ Virchowa uczyniła istny przewrót w anatomii patologicznej. Prace Obermeyera, Klebsa i in. naocznie przekonały o istnieniu *contagii vivi*. Bezpośrednio potem powstają wiekopomne odkrycia Pasteura, których zasadnicze wskazówki podchwytuje i zastosowuje w praktyce Lister, a za nim chirurgowie wszystkich krajów i narodów. Bakteryologia wtargnęła do klinik; higiena staje się w połowie bakteryologią. Koch, Roux, Kitasato zwycięzko dalej prowadzą niespożyte badania wówczas już sędziwego Pasteura; Behring i Roux wytwarzają istotnie skuteczną surowicę leczniczą, wyjaśnia się zasada odporności itd. itd.

Z tego rzutu oka wynika, że w tym okresie doprowadzono metodę ścisłego badania naukowego do doskonałości, a medycyna stała się nauką ściśle doświadczalną. Teoretyczne jej do niedawna gałęzie oparły się w równej mierze na Instytutach doświadczalnych, jak i praktyczne; wiedza lekarska ześrodkowała się w zakładach naukowych i z nich bierze początek źródło nowoczesnego postępu naszej wiedzy.

Zanim w dalszym ciągu nakreślimy obraz rozwoju i stan Instytutów lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim, podajemy spis profesorów i docentów, którzy w tym okresie nauczali: Józef Dietl, Karol Gilewski, Antoni Bryk, Jan Mikulicz, Ludwik Rydygier, Alfred Obaliński, Józef Kwaśniewski, Maurycy Madurowicz, Antoni Mars, Lucyan Rydel, Antoni Rosner, Antoni Kozubowski, Ludwik Teichmann, Józef Majer, Gustaw Piotrowski (ojciec), Alfred Biesiadecki, Fryderyk Skobel, Stanisław Janikowski, Leon Halban (Blumenstok), Albert Adamkiewicz, Antoni Gluziński, Józef Oettinger, Izydor Kopernicki, Andrzej Walentowicz, Aleksander Kryda, Karol Goebel, Juliusz Zawilski, Kazimierz Grabowski, Stanisław Smoleński, Gustaw Neusser, Henryk Kadyi, Emanuel Machek, Gustaw Piotrowski (syn), Adolf Beck, Władysław Szymonowicz, Franciszek Sroczyński.

Przechodząc do opisu Zakładów lekarskich w Uniw. Jagiell., winniśmy rzucić okiem wstecz, by rozwój tych zakładów postawić w łączności z rozwojem wszechwiedzy, a w szczególności wiedzy lekarskiej.

Wiek XVI-ty, epoka odrodzenia, w której duch ludzki skruszył i zrzucił z siebie skorupę wrzekomych prawd nienaruszalnych, wycisnął zbawienne swe piętno na wiedzy przyrodniczo-lekarskiej: raz upełnoletniony do samodzielnego badania, umysł ludzki skierował się do bezpośredniego wejrzenia w tajniki przyrody, począł spostrzegać, badać, a wreszcie doświadczać. Wymownym wyrazem tych dążeń było tworzenie praktycznych szkół lekarskich. Szkoła padewska i pod tym względem była przodownicą; w r. 1579 rozpoczęto tu kliniczne nauczanie sztuki lekarskiej na chorych, umieszczonych w szpitalu św. Franciszka. Za przykładem Padwy poszły inne szkoły i w ciągu XVIII-go stulecia szkoły kliniczne stały się niejako koniecznością lekarskiego nauczania.

Wiek XVI-ty wywarł swój zbawienny wpływ i na Akademię krakowską, która w owym czasie dosięgła szczytu zasług i powagi u swoich i obcych. Głośny spór między Stanisławem Zawadzkim, pionierem odrodzenia, po którego stronie stanął cały Wydział lekarski przeciw obrońcy astrologii, dziekanowi Sierpskiemu, jasno świadczy, że Szkoła krakowska uległa przeobrażeniu, zgodnie z duchem czasu i jednocześnie z oświeconymi narodami Europy. Pomimo atoli, że zaszła olbrzymia zmiana w zapatrywaniach na naukę i nauczanie medycyny, wprowadzenie w życie praktyczno-klinicznego kierunku nie nastąpiło prędko; dopiero założenie w r. 1754 Szkoły klinicznej w Wiedniu wywarło zbawienny wpływ na postanowienia Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Najwięcej przeświadczonym i najgorliwiej oddanym myśli zreformowania w Krakowie nauk lekarskich w kierunku praktyczno-klinicznym był prof. Andrzej Badurski, który już w r. 1776 złożył Komisyi edukacyjnej obszerne wypracowanie w tej sprawie, przedkładając, jak to wyżej podaliśmy, plan reformy, wzorowany przeważnie na Szkole wiedeńskiej. Może ze względu na grunt więcej przysposobiony, szczęśliwszym był w swych usiłowaniach Badurski, niż Zajączkowicz, któremu przed 80 laty, pomimo niezbitych dowodów i osobistej ofiarności, nie powiodło się wlać nowego życia w otrętwiałe ciało Wydziału lekarskiego.

Plan prof. Badurskiego nauczania medycyny w Uniwersytecie krakowskim nie przebrzmiał bez echa: pod wpływem wywodów tego reformatora Komisya edukacyjna poleciła swemu delegatowi, ks. Hugonowi Kołłątajowi, aby rozpatrzył sprawę Wydziału lekarskiego i przysposobił materyał do przeobrażenia wykładów medycyny zgodnie ze stanem nauk i wymaganiami czasu. Oczywiście zwrócono się w tej sprawie do Badurskiego, który pod tym względem samorzutnie już rzecz całą poprzednio zbadał i ożywiony był szlachetną i ofiarną gorliwością do podźwignięcia Wydziału lekarskiego.

W instrukcyi, przesłanej r. 1778 ks. Kołłątajowi, zaleca Komisya edukacyjna założenie szpitala klinicznego, w czem doradza działać w porozumieniu z prof. Badurskim, jako najlepiej z temi sprawami obeznanym. Rozejrzawszy się w warunkach 10 ówczesnych szpitali krakowskich, uznał Badurski, że żaden z nich nie nadaje się do urządzenia w nim oddziału klinicznego, a natomiast przedłożył projekt otwarcia klinik w gmachu pojezuickim przy kościele św. Barbary; projekt Badurskiego został uwzględniony przez Komisyę edukacyjną, która w r. 1780 zawiadomiła Uniwersytet, że rzeczony budynek pojezuicki przeznacza na klinikę uniwersytecką, w której ustanawia dwa łóżka na własny fundusz wieczysty, licząc po 1800 złotych od każdego łóżka. Na przerobienie i przystósowanie gmachu przeznaczyła Komisya edukacyjna 12000 złp., a nadto zebrał Badurski ze składek 3,804 złp.

Wkrótce Komisya edukacyjna powiększyła fundusz wieczysty o 1800 złp. na trzecie łóżko, przeznaczając je dla położnic. Wewnętrzny zarząd klinik spoczął w ręku Badurskiego.

Tym sposobem pierwsza klinika w Polsce stała się faktem dokonanym. Wykładali w niej: prof. Czerwiakowski anatomię i chirurgię, prof. Badurski teoryę lekarską, a dopiero od r. 1785 naukę kliniczną.

Atoli rozmiary tego zakładu klinicznego były za szczupłe i nie odpowiadały potrzebie. Niestrudzony Badurski wszedł w rokowania z S. S. Miłosierdzia, które miały szpital przy ulicy św. Jana, założony przez Biskupa Szembeka w r. 1715 i potrafił je nakłonić do zwinięcia swego szpitala i do przeniesienia się wraz z funduszami, całem urządzeniem i z chorymi do szpitala klinicznego, w którym siostry ofiarowały się do bezinteresownej nad chorymi opieki. Liczba łóżek po wcieleniu szpitala S. S. Miłosierdzia zwiększyła się o kilka; a pomnożenie funduszów drogą zapisów dozwoliło Badurskiemu rozszerzyć szpital kliniczny tak, że w r. 1786 posiadał on wygodne pomieszczenie dla 16 chorych, nie licząc łóżek z potrzeby dostawianych. Lecz wkrótce pomyślny ten rozwój klinik krakowskich przekonał, że gmach pojezuicki jest za mały, zwłaszcza, że w nim mieściła się i sala anatomiczna. Nadto położenie klinik w śródmieściu, nad kanałem, naprzeciw jatek i obok cmentarza było uznane pod każdym względem za niewłaściwe. Badurski znowu wystąpił z przedstawieniami do Komisyi edukacyjnej i zarządu uniwersyteckiego o potrzebie przeznaczenia i urządzenia innego gmachu dla kliniki. Władze uniwersyteckie poparły wywody Badurskiego, mając głównie na oku ściślejsze spojenie klinik z Uniwersytetem, który czuł się gospodarzem w tym zakładzie uniwersyteckim. Komisya edukacyjna przychyliła się do żądań Uniwersytetu i zarządziła, aby na nowy przybytek kliniczny został nabyty klasztor Karmelitów bosych na Wesołej. Rokowania w tej sprawie z Stolicą Apostolską i z zakonem przeprowadził prezes Komisyi edukacyjnej, książe Michał Poniatowski, prymas Królestwa. Układ stanął w sierpniu 1787 r., a po roku przeniesiono tam szpital św. Barbary, oraz oddział położniczy i podrzutków ze szpitala św. Ducha. Nowy zakład otrzymał miano szpitala św. Łazarza. Wraz z kliniką przeniosły się do nowego zakładu S. S. Miłosierdzia, przeznaczone przez ks. Prymasa do obsługi chorych i zarządu gospodarczego.

Do r. 1796 Uniwersytet był niepodzielnym właścicielem klinicznego szpitala św. Łazarza i funduszów do tej instytucyi należących, które rokrocznie zwiększały się dzięki ofiarności społeczeństwa. Chorzy, leczeni w szpitalu, wszyscy służyli do celów naukowych, a Siostry Miłosierdzia były tylko służebnicami. Prawny ten bieg rzeczy uległ zawichrzeniu w r. 1796, w którym rząd austryacki, zająwszy Kraków w posiadanie, bez bliższego zbadania prawnych tytułów roszczeń Sióstr Miłosierdzia do własności szpitala św. Łazarza, bez rozdzielenia funduszów, przyznał szpital i wszystkie kapitały na własność niepodzielną S. S. Miłosierdzia i jedynie tylko oddział położniczy do celów naukowych zachował. Urzędownie uznane za właścicielki, Siostry Miłosierdzia rozporządziły szpitalem św. Łazarza podług własnej woli, wyznaczyły do celów naukowych osobne sale, wydzielając dla kliniki lekarskiej łóżek 12, dla chirurgicznej 10. Zarządzenia te rząd wiedeński zatwierdził.

Podczas Księstwa Warszawskiego (1808—1815) upominał się Uniwersytet o zwrot swej własności, lecz bezskutecznie, gdyż czasy wojenne uniemożebniały załatwianie tego rodzaju spraw, a władze duchowne zwalczały wszystkimi sposobami i wpływami żądania Uniwersytetu.

Kongres wiedeński, tworząc Rzeczpospolitą krakowską, pomyślał także o reorganizacyi szkół. Powołana przez trzy opiekuńcze dwory Komisya urządzająca miała poruczone sobie także zreformowanie Uniwersytetu i szpitali. Ufny w swe prawa własności do szpitala św. Łazarza, Uniwersytet wydelegował komitet, który miał się znosić z „Komisyą urządzającą“ i który istotnie został zawezwany do przedłożenia dokumentów, stwierdzających prawa Uniwersytetu do szpitala św. Łazarza. Komitet uniwersytecki nie tylko nie przedłożył aktów, lecz działał z taką opieszałością, że władze uniwersyteckie zmuszone były ten komitet rozwiązać, a powołać nowy; ten nowy również nie zdołał udowodnić praw własności Uniwersytetu do szpitala św. Łazarza, gdyż nie mógł przedłożyć oryginału dyplomu erekcyjnego, który się miał znajdować w archiwum konsystorza krakowskiego i z którego nawet prof. Kostecki zrobił odpis, a gdy na nim jedynie polegały prawa Uniwersytetu, nagle zaginął bez śladu. Nie wdając się już w dalsze dochodzenia, Komisya urządzająca pozostawiła kliniki w ich dotychczasowym stosunku do szpitala św. Łazarza i przeznaczyła na klinikę lekarską łóżek 12, na chirurgiczną 8, na położniczą 4 i poleciła Uniwersytetowi płacić szpitalowi 18,000 złp. na utrzymanie klinik.

Senat rządzący, idąc za ogólnemi wskazówkami „Komisyi urządzającej“, określił bliżej w r. 1819 stosunek szpitala do klinik i do Sióstr Miłosierdzia, lecz ścisłego rozgraniczenia funduszów nie przeprowadził i nie oznaczył, jakich potrzeb dostarczać mają S. S. Miłosierdzia za owe 18,000 złp., które im „Komisya urządzająca“ 3-ch Dworów na utrzymanie klinik przyznała, a z których nigdy nikomu rachunków nie zdawały. Według świadectw z tego czasu umieszczenie chorych, żywienie ich i obsługiwanie było w wysokim stopniu nędzne; leki przyrządzała zakonnica bez wszelkiej kontroli lekarskiej. Zabiegi profesora Boduszyńskiego, a później Brodowicza, by ten wadliwy bieg rzeczy odmienić na lepsze, spełzły na niczem. Ten stan beznadziejny zniewolił prof. Brodowicza do przedsięwzięcia wszelkich usiłowań, ażeby kliniki wynieść ze szpitala i uwolnić je od wszelkich z nim związków, tak szkodliwie tamujących rozwój nauczania klinicznego. Po przezwyciężeniu licznych trudności zakupioną została na pomieszczenie klinik realność po rozwiązanem towarzystwie wolnych mularzy, gdzie obecnie mieści się klinika lekarska, a po należytem i celowi odpowiedniem odrestaurowaniu, przeniesiono r. 1827 kliniki lekarską i chirurgiczną do nowego przybytku. Utrzymanie klinik i nadal odbywało się z funduszu zbiorowego Rzeczypospolitej i kasy uniwersyteckiej. Ten stan rzeczy trwał do r. 1833, w którym trzy Dwory opiekuńcze zesłały nową »Komisyę urządzającą«, w celu przeprowadzenia dalszych ulepszeń w Uniwersytecie. Komisya ta zarządziła: a) pomnożenie liczby łóżek w klinice lekarskiej z 12 na 18, w chirurgicznej z 8 na 12; b) powiększenie rocznej dotacyi dla klinik z 18,000 na

24,000 złp.; c) przeniesienie kliniki położniczej napowrót do szpitala św. Łazarza, który miał ją rozszerzyć i własnym kosztem utrzymać. Budynek, w którym umieszczono kliniki lekarską i chirurgiczną, został rozszerzony w r. 1843 przez dobudowanie dwóch skrzydeł, a tem samem liczbę łóżek w pierwszej powiększono do 24, w drugiej do 15.

Pomimo zmian w losie Krakowa, jakie nastały w dalszym ciągu, pomyślny rozwój nauczania klinicznego w Uniwersytecie Jagiell. postępował i postępuje dalej W r. 1860 przybyła klinika okulistyczna; w r. 1863 — klinika chorób skórnych i wenerycznych; w r. 1870 przeniesioną została do osobnego budynku i administracyjnie oddzieloną od szpitala św Łazarza klinika położniczo-ginekologiczna; w r. 1873, na podstawie umowy zawartej przez Wysokie Ministerstwo oświecenia z Wydziałem krajowym, powstała klinika pedyatryczna w szpitalu św. Łazarza, która, po wybudowaniu szpitala św. Ludwika dla dzieci, została przeniesioną w r. 1877 do tego nowego gmachu. Wreszcie klinika chirurgiczna i okulistyczna otrzymały osobny budynek, pierwsza w r. 1889, druga — w r. 1898. Budowa nowej kliniki lekarskiej jest na ukończeniu.

W ostatniem 25-leciu dźwignięto liczne instytucye lekarskie, bądź zupełnie nowe, bądź też tylko przebudowano i ulepszono dawniejsze. Epokowem pozostanie w Krakowie wybudowanie w r. 1895 *Collegium medicum*, gdzie się mieszczą zakłady: fizyologiczny, farmakologiczny, anatomii patologicznej, patologii ogólnej i medycyny sądowej. Urządzenie tych zakładów jest ściśle zastósowane do zadań specyalnych tych instytutów i odpowiada warunkom postępu w dzisiejszej dobie.

Jako wiedza ściśle doświadczalna i kliniczna przeniosła nauka lekarska punkt ciężkości swego postępu i rozwoju do instytutów i klinik: tym przeto zakładom i najwybitniejszym w nich działaczom, o ile już zeszli z tego świata i należą do historyi, poświęcamy dalszych uwag kilka.

I. Klinika lekarska założoną została, jak to wyżej podaliśmy, przez Komisyę edukacyjną r. 1780. Twórca i pierwszy profesor tej kliniki:

1) Andrzej Badurski, urodził się w r. 1740, doktorem filozofii i magistrem nauk wyzwolonych został w Krakowie, a dyplom doktora medycyny otrzymał w Bononii w r. 1770. Celem wcielenia się do krakowskiego Wydziału lekarskiego ogłosił rozprawę *De Variolois.* W dziele reformy Wydziału lekarskiego położył Badurski niespożyte zasługi, jak to przekonać się można z pozostałych po nim trzech wypracowań w tej ważnej sprawie, a czego najwspanialszym dowodem są kliniki za jego staraniem po raz pierwszy w Polsce założone. Był on sumiennym i niepospolitym nauczycielem, piórem pracował na polu higieny społecznej, wpłynął na wyższe wymagania egzaminacyjne od położnych i cyrulików, wymógł, by ciała ludzi karanych śmiercią oddawano prof. Czerwiakowskiemu do nauczania anatomii, zniósł karę, wymierzaną w szpitalach matkom nieprawego łoża itd. itd. Dla podupadłego zdrowia usunął się od obowiązków i w parę miesięcy później, w marcu 1789 r., życia dokonał. Żywot Jędrzeja Badurskiego skreślił wyczerpująco Józef Brodowicz.

2) Franciszek Kostecki, uczeń, czasowo zastępca, a wreszcie następca Badurskiego, był wychowańcem Szkoły krakowskiej za czasów niepodległego Królestwa Polskiego, przetrwał rządy austryackie i Księstwa Warszawskiego, a zakończył za Wolnego miasta Krakowa. Był więc (od r. 1781 do 1803) świadkiem i uczestnikiem wszystkich zatargów, jakie przebywała klinika z roszczeniami S. S. Miłosierdzia. Wezwany w r. 1792 do podania planu formy zarządu szpitala, zalecił między innemi zastąpienie S. S. Miłosierdzia przez obsługę świecką, a to tak dla dobra uczniów jak i chorych. Opinia ta zjednała mu niechęć, której skutki rozlicznie odczuwał. Obok obowiązków klinicznych wykładał patologię, terapię szczegółową i historyę medycyny. Umarł w r. 1844. Stan zdrowia Kosteckiego zniewalał go często do przerywania wykładów na czas dłuższy, zazwyczaj w takich razach zarządzano czasowe zastępstwo.

3) Neuhauser, Colland, Hildenbrand, Schultes, Kilian należeli do czasowych zastępców Kosteckiego między rokiem 1803 a 1809. Nawiasowo dodać należy, że ci zastępcy Kosteckiego przeważnie nie znali języka polskiego, a badanie chorych odbywało się przez tłómaczów, którymi byli słuchacze. Ze wszystkich rządów zaborczych najwięcej zapamiętałym w tych czasach i najmniej uwzględniającym cele pedagogiczne, był właśnie austryacki.

4) Walenty Hildenbrand urodził się w Wiedniu 1763 r. i tam skończył medycynę; do Polski przybył z hr. Mniszkiem. W r. 1793 powołany został na stanowisko profesora kliniki we Lwowie i pełnił te obowiązki do zwinięcia Uniwersytetu lwowskiego w r. 1805, poczem objął katedrę kliniczną w Krakowie; w r. 1807 powołany został w tym samym charakterze do Wiednia. Umarł r. 1818. Ożeniony z polką, przyswoił sobie nasz język i cenił młodzież polską, czego jeszcze w Wiedniu składał szlachetne dowody. Najwięcej rozgłosu miała jego rozprawa p. t. *Ueber den ansteckenden Typhus*, tłómaczona na różne języki.

Po wyjeździe Hildenbranda z Krakowa, w pierwszem zaraz półroczu (1806 r.) zastępował go Schultes, w drugiem zaś Kilian; to zastępstwo przeciągnęło się do r. 1810. Następnie powrócił do obowiązków profesorskich Kostecki, lecz wkrótce, po roku, znowu zapadł na zdrowiu i miał na krótki czas zastępców w Lamellim, a następnie Woźniakowskim.

5) Wojciech Jerzy Boduszyński był czwartym profesorem rzeczywistym. Pochodził z Rzeszowa, medycynę studyował we Lwowie i Wiedniu, a po otrzymaniu w roku 1797 stopnia doktorskiego, powrócił do Galicyi. Piastując zwierzchniczy urząd lekarski, zaprowadził w Galicyi ogólne szczepienie krowianką. Izba edukacyjna mianowała go r. 1811 profesorem kliniki lekarskiej, medycyny sądowej i historyi medycyny, do czego jeszcze dobrowolnie dodał sam wykłady z zakresu policyi lekarskiej; nadto postarał się o oddział chorych wenerycznych, w którym nauczał tego działu medycyny. I za czasów jego kierownictwa kliniką lekarską walka z roszczeniami S. S. Miłosierdzia przybrała nader ostry charakter, a wyniesienie klinik ze szpitala św. Łazarza stało się koniecznością i było tylko sprawą czasu. W parze z zasługami Boduszyńskiego szła jego dobroć i uczynność dla ubogich. Władza, w uznaniu płodnej działalności Boduszyńskiego, mianowała go fizykiem woln. m. Krakowa. Po nowym podziale katedr w r. 1818 Boduszyńskiemu przypadły przedmioty teo-

retyczne: patologia i terapia ogólna, higiena i farmakodynamika, które wykładał do śmierci, t. j. do r. 1832.

6) Ignacy Linhard pochodził z Czech; stopień doktorski otrzymał w Wiedniu r. 1795. W r. 1812 dano mu katedrę weterynaryi, a gdy Boduszyński w r. 1818 przestał być profesorem kliniki lekarskiej, powierzono tę katedrę Linhardowi z zatrzymaniem dotychczasowych obowiązków. Za jego kierownictwa kliniką dano początek zbiorowi narzędzi i sprzętów klinicznych. Umarł w r. 1822 Po śmierci Linharda zastąpił go na krótki czas Karol Teodor Soczyński.

7) Józef Brodowicz urodził się w Grzymałowie r. 1790. Niższe szkoły przeszedł w Zbarażu i Lwowie, a medycynę studyował w Wiedniu. Dyplom otrzymał w r. 1817. W Wiedniu znalazł życzliwe poparcie u Hildebranda, a później Raimanna, którego został asystentem. Katedrę patologii i terapii szczegółowej, oraz kliniki lekarskiej w Krakowie objął w roku 1823. Uczeń Hildenbranda i Raimanna, wyznawał Brodowicz zasady witalizmu, i na podstawie tej doktryny ułożył program nauczania w klinice krakowskiej, z zapałem przyjęty przez młodzież jako posiadający wszystkie ponęty nowatorstwa.

Oryentacyjny umysł Brodowicza od pierwszej chwili ocenił, że nauczanie kliniczne, wobec złych warunków w szpitalu św. Łazarza i wszelakich trudności ze strony S. S. Miłosierdzia, nie może się rozwijać prawidłowo i z korzyścią dla uczniów i że pomyślna przyszłość tego najważniejszego zakładu klinicznego polega na rozłączeniu się ze szpitalem św. Łazarza i urządzeniu kliniki na podstawie samoistnej. Przejęty tą myślą, całą duszą zajął się rozszerzeniem zadań Zakładu klinicznego: zaprowadził klinikę ruchomą, odbywał stale sekcye zwłok osób zmarłych w klinice, wzbogacił muzeum kliniczne okazami, otrzymanymi z tych sekcyj. zaprowadził spisywanie historyi chorób, i t. d. i t. d.

Prawdziwem zwycięztwem usiłowań Brodowicza, długo przygotowywanem przez jego poprzedników, było zarządzone przez „Komisyę urządzającą“ odłączenie Zakładu klinicznego od szpitala św. Łazarza i jego zarządu; nastąpiło to w r. 1727; lecz Brodowicz nie spoczął, póki w tym nowym przybytku nie wytworzył koniecznych warunków do prawidłowego nauczania klinicznego, co dało się uskutecznić dopiero w r. 1843. Pomimo olbrzymiego doświadczenia klinicznego, Brodowicz spostrzeżeń swych nie ogłaszał; te prace, które wydał, są treści statystycznej lub historycznej. W r. 1851 przeszedł w stan spoczynku, a zasłużonego żywota dokonał w roku 1885, przeżywszy lat 95.

8) Józef Dietl pochodził z rodziny osiadłej od XV. wieku w Polsce i nawskroś już polskiej. Urodził się w Podbieżu w samborskiem. Nauki gimnazyalne odbył w kraju, wysłuchał 3-letniego kursu nauk filozoficznych we Lwowie, a w r. 1823 udał się do Wiednia na studya lekarskie, które ukończył w roku 1829. Pozostawszy w Wiedniu, był przez 4 lata asystentem przy profesorze zoologii i mineralogii; następnie objął posadę fizyka powiatowego w jednem z przedmieść wiedeńskich; dzięki jego staraniom założono na tem przedmieściu szpital, którego Dietl został początkowo prymaryuszem, a później kierownikiem. Od tej pory znakomity ten umysł należał już niepodzielnie do medycyny, a wkrótce złożył owoc tego kierunku w rozprawie: *Anatomische Klinik der Gehirnkrankheiten* (1846 r.) i w drugiej z rzędu, wydanej w r. 1848 p. t. *Der Aderlass in der Lungenentzündung, klinisch und physiologisch erörtert.* Temi dwoma pracami rozbudził Dietl w świecie lekarskim żywą wymianę zdań, a jednocześnie zwrócił uwagę na swój umysł krytyczny, śmiały i samodzielny, zbijając w drugiej rozprawie zakorzeniony zwyczaj puszczania krwi w chorobach zapalnych i dowodząc jego szkodliwości. Nic też dziwnego, że krakowski Wydział lekarski zapragnął mieć Dietla w swem gronie i gdy w r. 1851 zawakowała katedra kliniki lekarskiej po Brodowiczu, którego prośbę o przeniesienie w stan spoczynku władza uwzględniła, Dietl został zamianowany na jego miejsce.

Od czasu założenia lekarskiej kliniki krakowskiej upłynęło lat 70. Pomimo, że w tym okresie nie brakowało profesorów, w całej pełni odpowiadających wykształceniem i gorliwością podjętemu zadaniu, nauka u nas nie wiele postąpiła naprzód. Ten długi przeciąg czasu bowiem zeszedł na samych zabiegach organizacyjnych, na zdobywaniu warunków, wymaganych przez zakład naukowy, przytem profesorowie, długo nie będąc samodzielnymi gospodarzami w klinikach, mieli bardzo utrudnione zadanie, jako badacze i nauczyciele. Czuli to nauczający, lecz czuli i uczniowie. Młodzież z upragnieniem oczekiwała mistrza Dietla, mającego ją nowymi poprowadzić szlakami, a gdy wreszcie stanął na katedrze, chciwie pochłaniala jego nauki, podziwiając pewność w sztuce obok wykładu jasnego i żywego. Zachwyt młodzieży przeniósł się na społeczeństwo i Dietl stał się najwięcej czczoną i uwielbianą jednostką, przeznaczoną do odegrania ważnej i rozległej roli w tych ciężkich czasach.

Pierwsze lata rządów austryackich w Krakowie były względne dla rozwoju nauk w Uniwersytecie Jagiellońskim. Wkrótce jednak wziął przewagę duch centralizacyi i germanizacyi. Rząd ujął w swoje ręce zarząd Uniwersytetu, pomianował dziekanów pod przewodnictwem wydelegowanego przez siebie kuratora, słowem zniósł autonomię uniwersytecką. Chcąc zachować pozory lojalności, zapytał rząd wszystkie wydziały, czy nie byłoby rzeczą pożyteczną zastąpić wykładowy język polski, językiem wykładowym niemieckim? Dietl z właściwą sobie stanowczością oparł się zamysłom rządu, a to tak ze względów dydaktycznych, jak z przenikliwego przeświadczenia, że wygórowana centralizacya w Austryi ostać się nie może. Pod przewodem więc Dietla odpowiedź Wydziału lekarskiego nie była przychylna zaprowadzeniu niemczyzny w Uniwersytecie Jagiellońskim; to jednak nie przeszkodziło rządowi austryakiemu wprowadzić w r. 1854 język niemiecki do wykładów i wewnętrznej służby w dziekanatach i kancelaryi uniwersyteckiej.

Oddawszy się z zapałem pracy naukowo klinicznej, wzbudzał Dietl w około siebie równą gorliwość do badań, czego owocem były rozprawy jego uczniów, oraz samego Dietla, któremi zasilał posiedzenia Towarzystwa naukowego krakowskiego. Umysł jego organizacyjny powołał do życia przy wspomnianem Towarzystwie naukowem krakowskiem Komisyę balneologiczną, której zadaniem było podniesienie i ulepszenie zdrojowisk krajowych; pociągnął do współdziałania w tym kierunku władze rządowe

właścicieli zdrojowisk i publiczność, przytem, ażeby uzasadnić naukowe i ekonomiczne znaczenie podniesienia naszych zdrojowisk i uzdrowisk, ogłosił sam ośm rozpraw z zakresu balneologii krajowej. Dietla więc należy uważać za właściwego twórcę balneologii polskiej.

Dietl brał żywy udział we wszystkich sprawach społecznych, posiadających związek ze zdrowiem ogółu. Cholera nawiedziła Kraków w r. 1855, 1866 i 1873; Dietl wpłynął na zorganizowanie nadzwyczajnej służby zdrowia; piśmiennicze dowody swej działalności i swych naukowych poglądów na tę chorobę złożył w dwóch pracach, ogłoszonych w r. 1856 i 1865 pod napisem: „O cholerze, wykłady kliniczne“.

Z r. 1861 rozpoczął się najświetniejszy okres działalności Dietla: nadanie konstytucyi ludom rakuzkim, rozszerzając zakres praw i obowiązków obywatelskich, musiało postawić na czoło społeczeństwa człowieka tak rzadkich zdolności organizacyjnych i posiadającego bezwzględne zaufanie ogółu. Z reformatora kliniki krakowskiej staje się Dietl reformatorem Uniwersytetu, a następnie całego wychowania publicznego. Przy pierwszych już wyborach zostaje wybrany do Sejmu, następnie do Rady państwa. Senat powołuje go dwukrotnie na stanowisko rektora Uniwersytetu, na którem dokłada on wszelkich sił do przywrócenia dawnej świetności tej starożytnej szkole. Wiedeński rząd centralistyczny z nieufnością spoglądał na obywatelską działalność Dietla i w r. 1865 doręczył mu dekret, przenoszący go w stan tymczasowego spoczynku. To usunięcie od katedry i kliniki głęboko odczuł Dietl, dla którego życie straciło jedną z najsilniejszych podniet, a wszelkie zaszczyty, którymi go rząd później obsypywał, nie wynagrodziły odczutej krzywdy.

Dietl pierwszy wprowadził w klinice krakowskiej metodę fizycznego badania chorych przez osłuchiwanie i opukiwanie; niemniej on pierwszy począł posługiwać się w klinice chemią lekarską i mikroskopią. Zwycięzko zwalczał bezkrytyczne puszczanie krwi i wielowiekowe zabobony o kołtunie. Przez zaprowadzenie nowych metod badania chorych, Dietl święcił prawdziwe tryumfy rozpoznania klinicznego. Pomimo atoli, że wcielał się on umysłem w postęp medycyny, a często w tym postępie był chorążym, w klinice był dogmatykiem, aforystycznie podającym uczniom zasady nauki klinicznej, bez wszelkiego zestawienia krytycznego zdań lub wątpliwości. Metoda ta wytwarzała znakomitych praktyków, mniej zaś usposabiała do myślenia, rozważania i samoistnego badania.

Stanowczym i przeważnym swym wpływem Dietl przyłożył ręki do założenia „Przeglądu Lekarskiego,“ a następnie zasilał go swojemi rozprawami, jak: 1) Aforyzmy, 2) O kołtunie, 3) O leczeniu gośćca stawowego, 4) O cholerze, 5) O durzycy. Pierwszy Dietl rozpoznał i opisał zboczenie śledziony wędrującej, tudzież uwięźnienie nerki ruchomej.

Ślady swej reformatorskiej działalności na polu wychowania publicznego pozostawił Dietl w dwóch rozprawach: 1) Obecne wewnętrzne urządzenie Uniwersytetu krakowskiego i 2) O reformie szkół krajowych. W r. 1866 wdzięczny Kraków, uznając zasługi, rozum i cnotę Dietla, wybrał go prezydentem miasta; na tem stanowisku dźwignął on starożytną stolicę z upadku, a jego plan urządzenia i uzdrowotnienia Krakowa został, rzec można, programem kierowniczym dla jego następców, dotychczas niezmienionym i ściśle wykonywanym. W tym czasie powołał go Monarcha do Izby panów, a zaszczytem tym wyróżnił Dietla z pomiędzy wszystkich burmistrzów austryackich.

Wybrany na drugie 6-lecie przezydentem Krakowa, przyjął ten zaszczyt na usilne nalegania, lecz z warunkiem, że złoży zarząd, jeśli zdrowie nie pozwoli mu rządzić z dawną sprężystością. Rzeczywiście, dokuczliwy gościec więził go w mieszkaniu i ubezwładniał; więc w r. 1873, jak zapowiedział, złożył godność burmistrzowską, a po roku usunął się ostatecznie w zacisze domowego życia. Dokonał żywota d. 18 stycznia 1878 r. Pogrzeb odbył się kosztem publicznym, wśród wielkiego zjazdu delegatów i tłumów publiczności, a pełnemu powagi i smutku pochodowi wtorowało wstrząsające brzmienie dzwonu Zygmuntowskiego, które towarzyszy w ostatniej ziemskiej wędrówce tylko najzasłużeńszym w narodzie.

9) Karol Gilewski przyszedł na świat w Czerniowcach r. 1832, nauki gimnazyalne odbył w rodzinnem mieście, a lekarskie w Wiedniu. Z zamiłowaniem poświęcał się anatomii pod kierunkiem Hyrtla, w którego Instytucie był demonstratorem przy ćwiczeniach anatomicznych. Po otrzymaniu stopnia doktorskiego w r. 1856, był przez 2 lata wychowańcem Zakładu operacyjnego, kierowanego przez prof. Schuha. Następnie pełnił służbę lekarską w oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego w Wiedniu, a od r. 1859 do 1861 był asystentem w klinice lekarskiej Oppolzera. W r. 1861 został mianowany profesorem medycyny sądowej i policyi lekarskiej w Uniwers. Jagiellońskim. Po udzieleniu przymusowego urlopu Dietlowi w r. 1865, został Gilewski wezwany do zastępstwa w kierownictwie kliniki lekarskiej, którą w r. 1866 objął na stałe. Dziekanem był w r. 1870. Zakończył życie r. 1871, pochowany w Oed w grobach rodzinnych swej żony, córki prof. Schuha.

Z przytoczonego życiorysu wynika, że Gilewski więcej się sposobił na chirurga, niż na lekarza internistę, co nie mały wywarło wpływ na jego zasady naukowe i dydaktyczne. Ceniąc pod zmysły podpadające wyniki zabiegów chirurgicznych, żywił poniekąd sceptyczne zapatrywania na całą medycynę wewnętrzną; nie uznawał więc jej wrzekomych dogmatów, a jeśli wyznawał którą doktrynę lekarską, to w takim tylko razie, gdy ona się oparła ścisłej krytyce i, że się tak wyrazimy, podpadała mu pod zmysły. Może mniej miał rutyny w rozpoznawaniu chorób, może częściej niż jego poprzednik odkładał rozpoznanie, aż wyjaśni je przebieg choroby, ale za to myślał i dociekał sam, oraz zniewalał swoich uczniów do myślenia i dociekania.

Z wykładów klinicznych Gilewskiego uczniowie nabywali mniej rutyny praktycznej, natomiast więcej krytycznego sądu i bodźca do samoistnych dociekań.

Z usposobienia i przysposobienia skłaniając się więcej jak powiedzieliśmy, do chirurgii, operował często Gilewski w swej klinice, a gabinet kliniczny wzbogacał więcej w narzędzia chirurgiczne, niż w przyrządy do fizycznego badania chorób wewnętrznych. Ograniczając się przeważnie tylko do fizykalnych sposobów badania, rzadko kiedy Gilewski miał sposobność posługiwania się zakupionymi przez Dietla mikroskopami; badania chemiczno-kliniczne ograniczał również tylko do elementarnego rozbioru moczu.

Zakres klinicznej działalności Gilewskiego był szczupły, lecz wyznać należy, że w tych granicach był on lekarzem niezwykłym i nauczycielem sumiennym. Drukiem ogłosił po polsku i niemiecku 21 rozpraw, nadto miał 12 odczytów i demonstracyj na posiedzeniach Towarz. lekar. krakowskiego.

Świadectwem usiłowań Gilewskiego o dalszy rozwój kliniki krakowskiej były podjęte z prof. Biesiadeckim starania o utworzenie t. zw. kliniki doświadczalnej, na co rząd wiedeński zezwolił już po śmierci Gilewskiego.

Materyałem klinicznym dzielił się z ówczesnymi docentami, a późniejszymi profesorami: Madurowiczem i Ant. Rosnerem, gdy jeszcze nie posiadali własnych zakładów.

Światły i wszechstronny, mógłby niezawodnie Gilewski oddać wielkie usługi nauce i klinice lekarskiej; śmierć przecinając pasmo jego życia, pogrzebała te uzasadnione nadzieje.

Po zgonie Gilewskiego zastępczo wykładali: Dr. Stanisław Pareński od 15—VI 1871 do 1—IV 1873 i prof. Alfred Biesiadecki do końca półrocza zimowego 1893/4 roku, — wreszcie prof. Antoni Rosner do 9. stycznia 1875 r. W tym dniu objął na stałe kierownictwo kliniki i katedrę medycyny wewnętrznej obecny jej profesor Edward Korczyński. Obok prof. Korczyńskiego wykładają teraz z zakresu medycyny wewnętrznej: Stanisław Domański prof. nadzw. patologii i terapii układu nerwowego, Walery Jaworski prof. nadzw. patologii i terapii szczegół. chorób wewn., Stanisław Pareński prof. nadzw. patologii i terapii szczegółowej chorób wewnętrznych, Stanisław Ponikło prof. nadzw. chorób wewnętrznych, Karol Żuławski prof. nadzw. psychiatryi, Ludomił Korczyński, docent chorób wewnętrznych. Klinika liczy obecnie 2-ch asystentów płatnych, 1 bezpłatnego, i 4-ch elewów. Posiada pracownię chemiczną, mikroskopową i bakteryologiczną. Klinika nowa, będąca już na wykończeniu, posiadać będzie łóżek 56.

Wykłady z psychiatryi rozpoczęto w Krakowie dopiero w r. 1874; odbywał je w szczupłem gronie słuchaczów docent Gustaw Neusser; lecz w r. 1880 przeniósł się do Lwowa na stanowisko dyrektora Zakładu Kulparkowskiego. W r. 1888 habilitował się dr. Karol Żuławski, jako docent prywatny do psychiatryi; mianowany w r. 1898 prof. nadzw., wykłada ten przedmiot klinicznie w szpitalu Św. Łazarza. Od roku 1892 czyni Wydział lekarski, poparty przez Wydział krajowy i Radę zdrowia krajową, starania o założenie kliniki psychiatrycznej; do tej pory widoki pod tym względem nie są pomyślne.

Wykłady historyi medycyny w krak. Uniwersytecie, rozpoczęte w końcu XVIII stulecia, złączone były z katedrą kliniki lekarskiej. Wykładali ją profesorowie Kostecki, później Boduszyński i Hechel. W r. 1850 zamierzył Wydział lekarski wezwać, w zastępstwie chorego prof. Hechela, do wykładów z historyi medycyny dra Józefa Oettingera, a po dwóch latach przedstawił go ministerstwu do mianowania; rząd jednak, z powodu podejrzeń politycznych, wyboru tego nie zatwierdził. Dopiero w r. 1867 habilitował się Oettinger na docenta do wykładów historyi medycyny. W r. 1873 mianowany został prof. nadzw., a w r. 1889, z powodu sędziwego wieku, przeszedł w stan spoczynku. Dokonał pracowitego żywota w październiku 1895. Wydał prac 37, przeważnie dotyczących historyi medycyny lub językoznawstwa, a „Słownikiem terminologii lekarskiej polskiej“, wydanym wraz z St. Janikowskim i Al. Kremerem, niespożytą położył zasługę. Teka zmarłego profesora zawiera rękopisy z zakresu historyi medycyny, dzieło ponoś wielkiej wartości, napróżno czekające od lat 6ciu na nakładcę.

Ze śmiercią Oettingera wykłady historyi medycyny w Uniw. Jagiell. ustały z krzywdą, jak sądzimy, dla całości wykształcenia lekarskiego. Mniemać jednak należy, że Wydział lekarski postara się tę rażącą lukę wypełnić.

II. Klinika chirurgiczna. Przypuszczać należy, że w Polsce nauka chirurgii w XIV i XV stuleciu nie istniała, a chirurdzy polscy, o ile nimi byli, zawdzięczali swą wiedzę pobytowi w szkołach włoskich i francuzkich. Z tego źródła miał czerpać swą wiedzę nieznany autor, lekarz domu Pileckich, który w r. 1423 wydał w Krakowie kilka rozpraw treści chirurgicznej, jak: „O puszczaniu krwi,“ „O sztuce barwierskiej i aptekarskiej,“ „Nauka barwierska,“ „O wrzodach i rozmaitych chorobach“. W wieku XVI odbywano już w Polsce operacye wielkiego rzędu. Piasecki opisuje zrobione w roku 1598 cięcie cesarskie. W dziele „oprzypadkach białychgłów brzemiennych,“ wydanem w Krakowie r. 1624. podaje Cziachowski opis cięcia cesarskiego które cyrulikowi zrobić rozkazał. Powiada on: „gdzie zaraz natychmiast wieprza dla zachowania płodu, gdyż babki twierdziły, że żyje. przynieść rozkazałem, a żywot rozmierywszy nakształt półmiesiąca otworzyć lekko cyrulikowi ukazałem, co on dość dobrze uczynił, i przyszedł aż do ciała macicznego, które rozkazałem tylko przekreślić brzytwą, a to arcymało przerżnąwszy, tak że ledwo końcem nożyczek mógł macicę zająć, a do góry wzniósłszy, rozstrzygnął i t. d.“

Do lekarzy sławnych ze swych prac chirurgicznych w w. XVI należeli: Józef Struś, Stefan Falimierz, Józef Tektander, Hieronim Spiczyński, Stanisław Chrościewski, Marcin Siennik i wielu innych. Wielką przeszkodą do rozwoju chirurgii w Polsce było pominięcie w szkołach praktycznego nauczania anatomii. Na poparcie tego zdania niech służą słowa, wyjęte z *Compedium medicum acutum*: „Rzecze kto, do anatomistów to należy (operacya kamienia), których tu w Polsce nie masz, a nie do chirurgów; na to odpowiadam według wszystkich autorów, że właśnie każdy chirurgus powinien *ex professo* umieć to, co do niego należy, jako w innych krajach nie anatomistowie, lecz chirurgowie tę operacyę odprawiają, tak też i tu w Polszcze miałoby to być, czego że nie masz: Boże się pożal, że dla ich niedbalstwa tak wiele znacznych ludzi umierać musi“. Dla braku szkoły chirurgicznej w kraju przybywało do Polski wielu cudzoziemców, wśród których, znaczna liczba była szarlatanów i empiryków, wyzyskujących społeczeństwo nasze. O chirurgii za panowania Augusta III tak się wyraża Arnold: „Im nadobniejszy wieku lekarskiego za Augusta III odmalowałem obraz, tem mniej o rzeczy chirurgicznej, równie jak lekarska obywatelom użytecznej i potrzebnej, mówić mogę. Cała chirurgii praktyka Francuzom i Sasom zostawiona, od niewiadomców, tuła-

jących się wszelkiego rodzaju szarlatanów, haniebnie szpecona była sztuka“. Za panowania tego króla był sprowadzony z Prus Dr. Lelheffel, który rozpoczął w Warszawie (1736) nauczanie chirurgii i anatomii na ciałach śmiercią skaranych, lecz chęci swoich ledwo własnem życiem nie przypłacił. Do lekarzy, którzy wśród tak niekorzystnych warunków jednakowoż chirurgią zajmowali się, należą: Maciej Wojeński, Sebestyan Sleszkowski i wielu innych. Tak doczekaliśmy czasów reformy, przeprowadzonej przez Komisyę edukacyjną.

W całej Europie, chociaż chirurgia stała już wysoko, położenie chirurgów w stosunku do lekarzy było zawsze drugorzędne, upakarzające. W połowie XVIII stulecia poczęła się chirurgia we Francyi wybijać z podrzędnego stanowiska, na którem trzymały ją akademie lekarskie, zajmowane tylko przez doktorów medycyny, stawiających się wyniośle wobec uprawiających chirurgię cyrulików. Właściwy rozkwit chirurgii we Włoszech i Francyi datuje się od chwili, kiedy w wieku XVIII zrównano chirurgów z lekarzami, a na wniosek Maréchala, nadwornego chirurga Ludwika XVgo, w r. 1731 zamieniono Szkołę chirurgów na Akademię.

Za przykładem Francyi poszły: Anglia, Austrya i Niemcy. Reformatorski ten ruch dosięgnął granic Polski i został podjęty przez wiekopomną Komisyę edukacyjną, która, zająwszy się organizacyą szkół wyższych i średnich, postanowiła urządzić Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na nowych podstawach, aby wykładane były nie tylko wszystkie przedmioty, niezbędne do wykształcenia lekarskiego, lecz odbywały się i demonstracye na chorych w t. z. szpitalach klinicznych, których dotąd wszechnice polskie nie posiadały.

Pod tym względem Polska nie stanowiła wyjątku, gdyż do połowy XVIII stulecia żadne państwo nie miało klinik uniwersyteckich; zastępowano je we Francyi, Anglii i Włoszech szpitalami, gdzie młodzież ćwiczyła się w praktyce zawodowej. Niemcy, Austrya, Polska nie rozporządzały takimi szpitalami, a adepci sztuki lekarskiej, chcąc nabyć wykształcenia praktycznego, musieli się udawać do Włoch, Francyi lub Anglii. Były wprawdzie szpitale w Wiedniu, Berlinie, Krakowie, lecz właściwiej, należałoby je nazwać przytuliskami a nie szpitalami; kierowali nimi nie lekarze, lecz zakonnicy. Cesarz Józef II poznosił w Wiedniu te zakłady, majątek ich skupił i wystawił wspaniały szpital, w którym pomieścił i kliniki, a który istnieje do dnia dzisiejszego pod nazwą „Allgemeines Krankenhaus“.

Coś podobnego, lecz na innej drodze, stało się i u nas: nie będziemy podawać szczegółów, wypowiedzianych przy opisie kliniki lekarskiej, mianowicie, jak w r. 1780 Komisya edukacyjna za staraniem Badurskiego założyła kliniki: lekarską i chirurgiczno-położniczą przy kościele św. Barbary: jak następnie Badurski przyłączył do klinik szpitalik SS. Miłosierdzia z ul. św Jana, a wreszcie jak za usilnem staraniem zasłużonego Badurskiego Komisya edukacyjna, popierana przez swego prezesa, prymasa Michała ks. Czartoryskiego, urządziła szpital akademicki, zwany od tej pory szpitalem św. Łazarza, gdzie przeniesiono ówczesne kliniki z pojezuickiego budynku przy kościele św. Barbary.

Szpital św. Łazarza stanowił w owe czasy piątą część dzisiejszego budynku, lecz przedstawiał o wiele lepsze warunki do rozwoju klinik, niż budynek przy kościele św. Barbary. Klinika chirurgiczna posiadała 12 łóżek; nie należy jednak sądzić, ażeby one były przeznaczone wyłącznie dla chorych z cierpieniami chirurgicznemi; chorzy na oczy stanowili tu największy kontyngens kliniczny. Z powszechnego opisu wiemy, że, na usilne starania Brodowicza, kliniki zostały przeniesione w r. 1828 do osobnego budynku, gdzie dziś się mieści klinika lekarska i że w r. 1843 budynek ten rozszerzono przez dobudowanie skrzydeł bocznych. Przy oddziale chirurgicznym znajdowała się aż do r. 1867 pracownia anatomii patologicznej, a następnie, po usunięciu prosektoryum, wprowadzono w to miejsce medycynę sądową z preparatami i prosektoryum. Nadto jeśli dodam, że w godzinach popołudniowych odbywały się ćwiczenia operacyjne na trupach w tej samej sali, w której nazajutrz wykonywano ciężkie zabiegi operacyjne na chorych, to łatwo zrozumiemy że odsetek śmiertelności był w tej klinice wysoki. Stosunki te poprawiły się dopiero w r. 1869, t. j. od chwili zastosowania Listerowskich zasad antyseptyki, którą, przyznać to należy, zaprowadził Bryk wcześnie i konsekwentnie. Lecz są to już nowe czasy.

Rafał Czerwiakowski był pierwszym w Polsce klinicystą chirurgiem. Urodził się w r. 1743 na Polesiu litewskiem; kształcił się w szkołach pijarskich, a mając lat 28. wyjechał do Włoch dla studyów lekarskich, które ukończył w Rzymie r. 1776. Za granicą otrzymał wezwanie od biskupa Massalskiego, aby objął katedrę chirurgii w Akademii wileńskiej. Pragnąc jednak gruntowniej przysposobić się do zawodu profesorskiego, nie uczynił natychmiast zadość temu wezwaniu, lecz dalej oddawał się pracy naukowej niemal we wszystkich uniwersytetach stałego lądu. W r. 1779 powrócił do Pińska i tu otrzymał zaproszenie od prymasa Michała Poniatowskiego do objęcia w Uniw. Jagiell. katedry anatomii, chirurgii i położnictwa, co też w r. 1780 nastąpiło. Po pięciu latach nauczanie anatomii objął Szaster. Czerwiakowski z powodu nadwątlonego zdrowia wykładał tylko chirurgię do r. 1805, a po 11-letniej emeryturze zakończył życie w r. 1816. W podźwignięciu chirurgii z jej drugorzędnego znaczenia, Czerwiakowski odegrał w Polsce taką rolę, jak Maréchal we Francyi, August Bogumił Richter w Niemczech, Brambilla i Kern w Austryi. Księgozbiór swój i narzędzia ofiarował uniwersytetowi. Starania Czerwiakowskiego skłoniły Radę nieustającą do wydania Uniwersału w r. 1784, aby wszystkie miasta królewskie w całym kraju przysyłały uczniów na naukę lekarską do Akademii krakowskiej.

Król Stanisław August mianował Czerwiakowskiego archiatrą i nadwornym konsyliarzem, a Tadeusz Kościuszko powołał go w r. 1794 na lekarza naczelnego w głównym lazarecie wojskowym przy kościele św. Piotra w Krakowie. Ogłosił pięć cennych prac treści chirurgicznej po polsku. Sześciotomowe dzieło: „Narząd opatrzenia chirurgicznego“ wyszło w rok po śmierci Czerwiakowskiego.

2) Jan Nepomucen Rust był następcą Czerwiakowskiego; urodził się na Śląsku 1775 r. w Pradze został doktorem chirurgii, a w Krakowie doktorem medycyny; rząd austryacki, po zajęciu Krakowa, sprowadził go w r. 1803 z Ołomuńca. Rust wykładał po niemiecku i po łacinie do roku 1808, t. j. do czasu wcielenia Krakowa do Księstwa Warszawskiego. Po ustąpieniu z katedry prakty-

kował czas jakiś w Krakowie, następnie we Lwowie, wreszcie otrzymał w Wiedniu posadę prymaryusza w szpitalu powszechnym. W r. 1816 powołany został do Berlina na profesora chirurgii, a po długich latach zaszczytnej pracy powrócił na Śląsk i umarł w Klajczu r. 1840. Wydał kilka znakomitych prac z zakresu chirurgii, z których najwięcej rozgłosu miały: *Helkologia*, czyli nauka o wrzodach i Arthrocacologia, czyli nauka o dobrowolnem zwichnięciu kości w zapaleniu stawów, ztąd powstała nazwa *malum Rusti*. Po ustąpieniu Rusta czas jakiś, zanim zajął katedrę S. Lewkowicz, zastępczo kierował kliniką kolejno: M. Cordé, Rudnicki, Jan Stummer i Bazyli Fiałkowski.

3) Sykstus Lewkowicz urodził się r. 1775 w Szkudach na Żmudzi; ukończywszy wydział lekarski r. 1807 w Wilnie, udał się na 2 lata do Wiednia, w celu wyćwiczenia się w chirurgii. W r. 1809 wstąpił do służby wojskowej, którą początkowo pełnił w lazaretach francuskich, a następnie w legionach polskich. W r. 1811 Uniwersytet krak. ofiarował mu katedrę chirurgii; otrzymawszy wezwanie to pod Smoleńskiem odpowiedział Lewkowicz, że posadę przyjmie po ukończonej wojnie. Przybył w istocie do Krakowa w r. 1815, lecz wkrótce znowu opuścił katedrę, na którą wrócił w r. 1819 i wykładał lat 10. Podczas tej kilkoletniej nieobecności Lewkowicza zastępował go M. Cordé. W czasie swego pobytu w Hiszpanii zaszczycony został tytułem profesora honorowego i członka Akademii lekarsko-chirurgicznej w Walladolidzie, a nadto Towarzystwa lekar. w Paryżu, Montpellier i Bordeaux powołały go na swego członka. Lewkowicz był autorem poważnego dzieła p. t. *Novum auxilium expediendi calculi in colo vesicae urinariae detenti, post sectionen lateralem, ope duarum forcipum novae informationis.* (Valladolid, 1811), a nadto, bawiąc w Hiszpanii ogłosił opis wynalezionych przez siebie kleszczy do operacyi kamienia.

Gdyby Lewkowicz żył w innych czasach, niezawodnie zostawiłby polskiej literaturze lekarskiej obfity plon swej wiedzy ipracy. Lecz surma wojenna nie pozwoliła mu długo zagłębiać się w pracowni uczonego i sali wykładowej. W tym dzielnym chirurgu była gorąca dusza: zapędzał się on z Napoleonem I pod mury Smoleńska i Moskwy, zaznał przeprawy przez Berezynę, był w Hiszpanii, pod Lipskiem i t. d. W innej znowu epoce stawił się na polach Ostrołęki, Grochowa i t. d. To też słusznie możnaby go nazwać polskim Larreyem. Lewkowicz umarł w Krakowie r. 1838.

4. Ludwik Bierkowski urodził się r. 1801 w Poznaniu, gdzie odbył nauki gimnazyalne. W r. 1821 wpisał się w Berlinie na Wydział lekarski; po 7-letnim tu pobycie poświęcił dwa lata na wycieczki naukowe do Francyi i Niemiec; stopień doktora medycyny i chirurgii otrzymał r. 1829 w Lipsku. Polecony przez Rusta, mianowany został profesorem kliniki chirurgicznej w Krakowie r. 1831; do katedry tej wówczas należały, oprócz chirurgii, okulistyka i syfilidologia, które wykładał. Zostawił sześć prac treści chirurgicznej po polsku i niemiecku drukowanych. Wydawał w r. 1832—33 i 34 „Rocznik, obejmujący zdanie sprawy z kliniki chirurgicznej“.

Bierkowski wprowadził pierwszy klinikę ambulatoryjną; był nietylko znakomitym chirurgiem, lecz i wzorowym organizatorem, jak o tem świadczą wymownie wspomniane roczniki kliniczne, akwarele, przedstawiające ważniejsze przypadki, przez niego operowane, atlasy anatomiczno-chirurgiczne, odlewy gipsowe, preparaty odnoszące się do patologii chirurgicznej; dalej — Muzeum starożytnych narzędzi, opasek, przyrządów chirurgicznych, przez niego założone.

Działalność Bierkowskiego w Polsce miała wiele wspólnych cech z działalnością współczesnych: Dieffenbacha w Niemczech i Dupuytrena we Francyi. Bierkowski wykładał po polsku lat 17; po ponownem zajęciu Krakowa przez Austryę i wprowadzeniu niemieckiego języka do Uniwers. krakowskiego, wykładał resztę czasu swego zawodu profesorskiego po niemiecku. Umarł w r. 1860.

5. Antoni Bryk przyszedł na świat w Dubiecku, nauki lekarskie pobierał w Wiedniu, gdzie w r. 1846 otrzymał stopień doktorski; następnie dwa lata kształcił się w Instytucie operacyjnym pod kierunkiem Wattmanna. W r. 1852 powołany został na katedrę medycyny sądowej do Krakowa, a po śmierci Bierkowskiego w r. 1860 zajął jego miejsce na katedrze chirurgii i obowiązki te pełnił do śmierci.

Bryk był człowiekiem rozległej i głębokiej wiedzy, znakomity operator i ceniony nauczyciel. Szedł zawsze w parze z postępem i jemu zawdzięcza nasza chirurgia bardzo wczesne zaprowadzenie antyseptyki chirurgicznej.

Przeciwieństwa, które spotykał i zwalczał na drodze swego żywota, przedwcześnie złamały go na duchu: zgorzkniały i cierpki nie mógł stać się popularnym, a przyznawanie się do niemczyzny, pomimo rdzennie polskiego pochodzenia, czyniły go obcym wśród społeczeństwa, do którego należał, wśród którego żył, działał i żywota dokonał.

Bryk ogłosił 9 prac treści chirurgicznej, z których tylko dwie po polsku.

Zmarł w Krakowie 1881 roku.

Po śmierci Bryka kierownictwo krak. kliniki chirurgicznej poruczono zastępczo ówczesnemu docentowi Alfredowi Obalińskiemu, który sprawował te obowiązki do października 1882 r., t. j. do czasu zamianowania następcy Bryka.

6. Jan Mikulicz urodził się w Czerniowcach roku 1850. Szkoły średnie odbywał w kilku gimnazyach austryackich. Do medycyny przykładał się w Wiedniu, gdzie otrzymał w r. 1875 dyplom doktorski. Następne trzy lata poświęcał się chirurgii pod kierunkiem Billrotha, którego w końcu został asystentem. W r. 1880 habilitował się w Wiedniu do wykładów z zakresu chirurgii, a w końcu roku 1882 mianowany został profesorem i kierownikiem kliniki chirurgicznej w Uniw. Jagiellońskim. W r. 1887 przeniósł się na to samo stanowisko do Królewca, a obecnie jest profesorem w Wrocławiu i zajmuje wybitne stanowisko wśród chirurgów nowoczesnych, jako znakomity operator i pisarz. Podczas 5-letniego pobytu w Krakowie ogłosił 25 rozpraw w języku polskim.

Po wyjeździe Mikulicza z Krakowa, Wydział lekarski poruczył zastępstwo w kierowaniu kliniką doc. R. Trzebickyemu aż do zamianowania następcy.

Za zasługę należy poczytać Mikuliczowi, że wskutek jego usilnych zabiegów postanowiło ministerstwo wybudować nową klinikę chirurgiczną.

7. Ludwik Rydygier urodził się we wsi Dossoczynie 1850 r., nauki gimnazyalne odbył w Chełmie n. W.,

nauki lekarskie studyował w Gryfii, Berlinie i Strasburgu; dyplom doktorski otrzymał w Gryfii r. 1874. Oddawał się głównie chirurgii pod kierunkiem Langenbecka, Lückego, Vogta i Huetera. W r. 1878 i 1879 wykładał w charakterze docenta w Uniwers. Jenajskim. W r. 1880 osiadł w Chełmie, gdzie założył prywatną klinikę chirurgiczną, w której pracował z pożytkiem dla nauki i ludzkości. Powołany na katedrę chirurgii w Uniw. Jagiell. w miejsce Mikulicza, zajął ją w r. 1887. Za jego czasów nowa klinika chirurgiczna została wykończoną i urządzoną. W roku 1897 przeniósł się Rydygier do Lwowa na stanowisko, które zajmował w Uniw. krakowskim.

Doniosła działalność Rydygiera na polu naukowem, nauczycielskiem, literackiem i obywatelskiem należy do czasów obecnych i będzie wdzięcznem zadaniem przyszłego dziejopisa rozwoju nauk, w szczególności chirurgii w Polsce.

8. Alfred Obaliński urodził się r. 1843 w Brzeżanach; szkoły średnie odbył w Tarnopolu. W r. 1862 wstąpił na Wydział lekarski w Krakowie; stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1868, a po dwóch latach doktora chirurgii i okulistyki. Od r. 1868 do 1870 był asystentem Bryka. R. 1870 mianowany został prymaryuszem oddziału chirurg. w szpitalu św. Łazarza i na tej posadzie przetrwał 27 lat. W r. 1881 habilitował się Obaliński do wykładów z chirurgii; w r. 1883 otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego; w r. 1888 mianowany został profesorem nadzwyczajnym chirurgii, a w r. 1897 profesorem zwyczajnym i kierownikiem kliniki chirurgicznej. Lecz los zrządził, że na tem stanowisku nie przetrwał i roku. Zakończył życie 18 lipca 1898 r. To też główną działalność Obalińskiego i rzeczywisty pożytek z jego olbrzymiej pracy i nauki odnieść należy do czasów szpitalnych. Nie było wynalazku w chirurgii, któregoby on nie skontrolował, nowej idei, którejby on nie przemyślał, nie poddał analizie krytycznej. Będąc prymaryuszem szpitala, był właściwie jakby profesorem, bo licznych swych pomocników utrzymywał na wysokości nauki, kształcił w rękoczynach, zapładniał umysł do samodzielnego myślenia i literackiej pracy. Następstwem jego działalności jest kilku doskonałych chirurgów, wyszłych z liczby sekundaryuszów szpitalnych. Wiedzą swoją dzielił się nie tylko z pomocnikami w szpitalu: był on rzec można popularyzatorem chirurgii nowoczesnej wśród lekarzy krakowskich, którym na posiedzeniach Towarz. lekarskiego zdawał sprawę z postępu swojej specyalności. Lecz nietylko szpital i Towarz. lekarskie były areną dla jego naukowej działalności: pozostawił on 67 prac w polskim i niemieckim języku, z których każda posiada i dziś naukową wartość. Biegły operator, znakomity specyalista, wielkich zasług lekarz i obywatel, zakończył życie w Krakowie 1898 r.

Po śmierci Obalińskiego prowadził zastępczo klinikę doc. Maksymilian Rutkowski do końca letniego półrocza 1899 r., w którym to czasie zamianowano następcę Obalińskiego, Doc. wrocławskiego Uniwersytetu, Bronisława Kadera; pokaźna już naukowa działalność nowomianowanego profesora nie należy jeszcze do historyi.

W obecnym czasie, obok prof. Kadera, wykładają z zakresu chirurgii: prof. nadzwyczajny Rudolf Trzebicky i docenci: Aleksander Bossowski, Leon Kryński i Maksymilian Rutkowski.

W r. 1877 Dr. Karol Goebel habilitował się do wykładów dentystyki i pełnił te obowiązki do śmierci w r. 1891. Obecnie, od r. 1897, wykłada ten przedmiot Doc. Wincenty Łepkowski.

III. Klinika położniczo-ginekologiczna. Opieka nad ubogiemi kobietami ciężarnemi i położnicami w Polsce sięga nader odległych czasów: w r. 1203 biskup krakowski Pełka sprowadził do Polski zakon braci szpitalnych, zwanych Duchakami, i osadził ich w Sławkowie, polecając im wykonywanie obowiązków swego zakonu.

Następca Pełki, biskup Iwo Odrowąż, przeniósł braci szpitalnych w r. 1220 na Prądnik, a ztąd biskup krakowski Jan Prandota, wybudowawszy tu poprzednio szpital i kościół pod wezwaniem św. Ducha, sprowadził Duchaków do Krakowa w r. 1244 i oddał im w zarząd nowy zakład szpitalny, który, obok innych przeznaczeń, był obowiązany dać przytułek kobietom ciężarnym i położnicom. Szpital św. Ducha początkowo znajdował się w stanie kwitnącym, lecz z biegiem czasu zakradło się tu zdrożne niedbalstwo tak, że celowi swemu nie odpowiadał już zupełnie; gdy więc w r. 1788 doszło do wygaśnięcia zakonników i rozwiązania zakonu, przeniesiono kobiety ciężarne, położnice i podrzutków ze szpitala św. Ducha do akademickiego szpitala św. Łazarza, świeżo założonego z ramienia Komisyi edukacyjnej.

Pierwsze ślady pisemne z zakresu położnictwa znajdujemy w rękopisie nieznanego autora krakowskiego z r 1423 p. t.: „Nauka rodzenia się człowieka“. — W wieku XVI o położnictwie pisali: Piotr z Kobylina: „Nauka ratowania położnic“ (1541), Stefan Falimierz (w zielniku 1534), Hieronim Spiczyński (w zielniku 1556), Marcin Siennik „O rodzeniu człowieczem“ (w zielniku 1568), Piotr Cziachowski „O przypadkach białychgłów brzemiennych. Polszczyzna“ (1624). Wszystkie te prace wyszły w Krakowie.

W Brzegu (na Ślązku) wyszło po polsku i po niemiecku, w początku XVII stulecia, dzieło pod tytułem: — „Prosta rada dla niewiast ciężarnych i rodzących, także i w innych słabościach, szczególnie na wsi do użytku“ przez D. S. (Sybilla Dorota, księżna na Lignicy, żona Jana Krystyana).

Właściwie jednak nauczanie kliniczne położnictwa rozpoczęło się w r. 1780, kiedy założono przy kościele Ś-tej Barbary kliniki uniwersyteckie, a Rafał Czerwiakowski został mianowany profesorem nietylko chirurgii, anatomii, okulistyki, lecz i położnictwa. Z dziejów klinik lekarskiej i chirurgicznej wiemy, że kliniki zostały w r. 1788 przeniesione do szpitala św. Łazarza. Od tej pory klinika położnicza dzieliła wspólne losy z kliniką chirurgiczną. Początkowo osobnych sal klinicznych nie było: profesorowie byli jednocześnie i lekarzami szpitala św. Łazarza i wykładali na materyale całego szpitala. Dopiero po zajęciu Krakowa przez Austryaków wydzielono w r. 1796 osobne sale na cele naukowe, a więc i część oddziału położniczego, a właściwie jedną izbę, przeznaczono na klinikę położniczą. Po śmierci Czerwiakowskiego objął zastępczo w r. 1801

jego obowiązki Sebastyan Girtler, pod którym stan rzeczy nie poprawił się, jeśli się nawet nie zepsuł. W roku 1803 profesor położnictwa Colland wyjednał powiększenie kliniki położniczej o 2 pokoje; zaprowadził system i ład w wykładach, które miewał osobno dla uczniów, a osobno dla uczennic. W przeciągu 2-ch lat wykształcił 30 uczniów i 34 położnych. Wykładał według własnego podręcznika po łacinie: nieznajomość języka polskiego utrudniała wielce jego zadanie wobec uczennic, z któremi porozumiewał się tylko przez tłómacza; to stało się powodem, że dla uczennic zamianowano osobnego profesora, znającego język polski, Lamellego (1804), a następnie Dolasińskiego (1805).

Los nauki położniczej w Krakowie był odtąd różny, w miarę zmieniających się urządzeń Wydziału i rozkładu katedr. W r. 1810 połączono położnictwo teoretyczne z chirurgią teoretyczną, a oddzielono od praktyki położniczej i chirurgicznej, tworząc w ten sposób dwie katedry; Dolasiński, a po nim Jaworski, wykładali teoryę, położnictwo zaś praktyczne objął Mikołaj Cordé. Po roku ten podział zniesiono, łącząc teoryę i praktykę położniczą w jeden przedmiot. W r. 1815 nastały nowe zarządzenia, według których położnictwo w całości złączone być miało z katedrą chirurgii. Po zastępczej działalności Jaworskiego i Cordégo, mianowała „Izba edukacyjna“ rzeczywistym profesorem położnictwa Ign. Woźniakowskiego. Niespokojne czasy i ciągłe zmiany niemało przyczyniły zamętu w systemie nauczania lekarskiego: raz jeszcze stworzono katedrę teoretycznej chirurgii i położnictwa, oddzielnie od katedry praktyki tych przedmiotów, poruczając wykłady z praktyki Cordému, a z teoryi Woźniakowskiemu. Ten stan rzeczy utrzymał się aż do reorganizacyi Uniwersytetu w r. 1833. Po śmierci Woźniakowskiego wykład położnictwa teoretycznego objął Soczyński, praktyki położniczej wraz z chirurgiczną nauczali profesorowie chirurgii: Lewkowicz, a po nim Bierkowski.

Nabycie domu po wolnych mularzach i przeniesienie tam klinik ze szpitala św. Łazarza w r. 1827 nie na wiele przydało się klinice położniczej, której dostało się zaledwo 4 łóżka. Dopiero z reorganizacyą Uniwersytetu, dokonaną w r. 1833, rozpoczyna się pomyślny zwrot w losach katedry i kliniki położniczej. Wtenczas bowiem postanowiono powierzyć katedrę położnictwa z ginekologią i pedyatryą osobnemu profesorowi, któremu uchwalono dodać adjunkta i zakładową położnę; ze względu zaś na ciasnotę, postanowiono przenieść ponownie klinikę położniczo-ginekologiczną i pedyatryczną do szpitala św. Łazarza, przeznaczając wszystkie przyjęte położnice i dzieci dla nauki klinicznej i zostawiając przytem profesorowi zarząd nad całym tym oddziałem, administracya zaś gospodarcza została przy S. S. Miłosierdzia. Tak urządzony zakład powierzono zastępczo Soczyńskiemu, a w r. 1835 mianowano rzeczywistym profesorem Józefa Kwaśniewskiego, który doprowadził tę klinikę położniczą do możebnie doskonałego ładu. Obok kliniki położniczo-ginekologicznej (15 łóżek) należały tu: klinika dzieci (12 łóżek), sala mamek (8 łóżek i 8 kolebek) i dom sierót (60 łóżek).

Co się tyczy biegu nauczania, to profesor wykładał: 1) położnictwo teoretyczne po 4 godziny tygodniowo, w zimowem półroczu uczniom, w letniem uczennicom; 2) położnictwo praktyczne po 5 godzin tygodniowo, w lecie uczniom, w zimie uczennicom; 3) ginekologię po 2 godziny tygodniowo w zimie; 4) pedyatryę po 2 godziny tygodniowo w lecie. Obok tego profesor co rana obchodził wszystkich chorych, otoczony uczniami i uczennicami i czynił przy nadarzających się okolicznościach przygodne uwagi pouczające. W razie porodu w tym czasie, lub wezwany do trudnego porodu, nie odchodził rodzącej, a jednocześnie pouczał słuchaczów. Przy porodach prawidłowych bywał zwykle obecny asystent.

Taki bieg rzeczy dawał dodatnie wyniki; lecz z rozwojem działalności budynek kliniki położniczej okazał się nietylko za mały, ale z wielu względów niestósowny na tak ważny i rozległy zakres działania. To dało powód, że Kwaśniewski, poparty przez Senat akademicki, poczynił rządowi przedstawienia w celu rozszerzenia kliniki i przeniesienia jej do budynku obok zakładu kliniki lekarskiej i chirurgicznej położonego, będącego własnością b. profesora Brodowicza. Przedstawienia te nie odnosiły skutku.

Po Kwaśniewskim, który ze względu na zdrowie zmuszony był opuścić katedrę, miejsce jego zajął Maurycy Madurowicz, mianowany w r. 1863. Starania o rozszerzenie kliniki położniczo-lekarskiej podwoiły się pod nowomianowanym profesorem i dopięły celu dopiero w roku 1870, dzięki życzliwemu poparciu ministeryalnego referenta, prof. Rokitańskiego, który wielokrotnie dowiódł swej życzliwości dla Uniw. krakowskiego. W nabytym od prof. Brodowicza domu umieściła się klinika okulistyczna w roku 1866, zajmując wyznaczoną sobie część budynku; natomiast klinika położnicza ujrzała spełnione swe życzenia dopiero w r. 1870: główną przyczyną tego opóźnienia były pertraktacye rządu z Wydziałem krajowym, który z nich ma łożyć na zakład kliniczny; sprawa była na złej drodze, lecz jak wspomnieliśmy, życzliwy dla krak. Wydziału lekar. prof. Rokitański sam przybył do Krakowa, zjechał się tu z referentem Wydziału krajowego i doprowadził porozumienie władz do pomyślnego skutku.

Zawartą została ugoda mniej więcej tej treści:

Zakład położniczy krakowski składać się ma z 2-ch części: jednej, pozostającej na dawnem miejscu w szpitalu św. Łazarza, drugiej w domu niegdyś Brodowicza. Obie części, o ile mieszczą chorych bezpłatnych, mają być użyte do celów naukowych i pozostawać będą pod kierownictwem profesora położnictwa. Pomimo dopełnienia aktu tej umowy, wejście jej w życie natrafiało na przeróżne przeszkody, dla usunięcia których w r. 1869 powołaną była nowa komisya, która ostatecznie sprawę załatwiła, a tem samem i byt kliniki położniczej od r. 1870 został już ustalony. Do ulepszeń kliniki tej zaliczyć należy i to, że do tej pory chore ginekologiczne o tyle były przyjmowane, o ile wolne były miejsca od położnic; prof. Madurowicz przeprowadził to u rządu, że klinika ginekologiczna stała się niezależną od większego lub mniejszego napływu położnic. Zatem zakład położniczo-ginekologiczny składał się z kliniki położniczo-ginekologicznej i oddziału położniczego w szpitalu św. Łazarza. Na czele obu zakładów stanął, jak się to dzieje do tej pory, profesor położnictwa; pod względem zaś administracyjnym zachodzi między nimi różnica: klinikę administruje Wydział lekarski, oddział zaś szpitalny — dyrektor szpitala św. Łazarza.

Klinika położnicza zajmowała w owych czasach parter budynku, nabytego od prof. Brodowicza; na 1-szem zaś piętrze mieściła się klinika okulistyczna. Z chwilą wystawienia osobnego budynku dla kliniki okulistycznej w r. 1898, miejsce jej zajęła klinika położniczo-ginekologiczna, która obecnie mieści się w całym budynku. Oddział położniczy ma 20 łóżek i znajduje się na dole; ginekologiczny zaś — 21 łóżek, — zajmuje I piętro. Klinika ma pracownię, muzeum, salę operacyjną, bibliotekę, i t. d. Oddział położniczy jest zupełnie oddzielony od ginekologicznego, ma wyłączną salę operacyjną, porodową, 2 sale dla położnic po porodach czystych i jedną dla położnic zakażonych.

Ponieważ klinika położnicza przeszło 50 lat organicznie złączoną była z katedrą i kliniką chirurgii, przeto oba te przedmioty miały wspólnych profesorów, o których wspomnieliśmy w opisie dziejów kliniki chirurgicznej. Gruntowne rozdzielenie obu tych klinik nastąpiło po reorganizacyi Uniwersytetu w r. 1833 i zamianowaniu w r. 1835 profesorem położnictwa Józefa Kwaśniewskiego.

1) Józef Teofil Kwaśniewski urodził się w r. 1792 w Staszowie; szkoły średnie odbył w Rzeszowie; słuchał medycyny w Krakowie, następnie w Wiedniu, gdzie w r. 1818 otrzymał stopień doktorski. Drogą konkursu otrzymał w r. 1835 katedrę położnictwa w Uniw. Jagiell.; pod koniec życia przeniósł się do Warszawy, gdzie w roku 1867 dokonał żywota. Ogłosił drukiem trzy rozprawy treści położniczej.

2) Maurycy Madurowicz urodził się w Kołomyi r. 1831; gimnazyum skończył we Lwowie; nauki lekarskie rozpoczął w Krakowie, a dokończył w Wiedniu, gdzie w r. 1855 otrzymał dyplom doktorski. Przez lat 6 był asystentem w klinikach Karola i Gustawa Braunów. W r. 1862 habilitował się do wykładów położnictwa i ginekologii w Uniwers. Jagiell., a po ustąpieniu prof. Kwaśniewskiego w r. 1863 został mianowany profesorem zwyczajnym kliniki położniczo-ginekologicznej i równocześnie objął obowiązki prymaryusza Oddziału III w szpitalu św. Łazarza. W opisie rozwoju kliniki położniczej uwydatniliśmy 8-letnie zabiegi Madurowicza o zdobycie osobnej kliniki, odpowiednio zadaniu umieszczonej i urządzonej; a chociaż te usilne starania nie zostały w całej pełni przez rząd uwzględnione, pracował Madurowicz w tej klinice w ciągu 23 lat, wprawdzie może w mniej dobrych warunkach, lecz ze znakomitym skutkiem tak w kierunku leczenia, jak i nauczania. W zakresie literacko-lekarskim Madurowicz pozostawił 13 prac doniosłej wartości w polskim i niemieckim języku. Po ciężkim ciosie rodzinnym, który osamotnił go na resztę życia, Madurowicz przestał pisać, lecz wielką swą wiedzę zużytkowywał na wykształcenie zawodowe uczniów, co mu się istotnie znakomicie powodziło. Przeszedł wszystkie godności uniwersyteckie; poważany i czczony zeszedł z tego świata w styczniu 1894 r.

Następcą Madurowicza mianowany został Henryk Jordan, obecny profesor zwyczajny i kierownik kliniki położniczo-lekarskiej.

Oprócz katedry klinicznej prof. Jordana, istniała między r. 1895 a 1898 druga katedra profesora zwyczajnego położnictwa i ginekologii przy pracowni położniczo-ginekologicznej; w ciągu tych trzech lat zajmował ją Antoni Mars, obecny (od r. 1898) profesor i kierownik kliniki położniczo-ginekologicznej we Lwowie.

Obok profesora położnictwa i ginekologii, przedmiot ten obecnie wykładają: Antoni Rosner, prof. nadzwyczajny Szkoły położnych, oraz docenci: Stanisław Braun i Ludwik Świtalski.

IV. Klinika Okulistyczna, jako zakład samoistny, istnieje dopiero od r. 1851; natomiast nauczanie okulistyczne w połączeniu z kliniką i katedrą chirurgii objęte było już przez reformę Komisyi edukacyjnej. W taki sposób wykładaną była okulistyka od r. 1802 do 1815 przez Vettera, Gegenbauera, Raimana, Schallgrubera, Stummera i Rudnickiego. Pod Lewkowiczem, obok wykładów teoretycznych, odbywały się operacye oczne, a Bierkowski o tyle uwzględniał okulistykę, że uzyskał fundusz na 4 łóżka w klinice, wyłącznie dla chorych na oczy przeznaczone, przy których nauczał teoretycznie i praktycznie. Po usilnych staraniach Wydziału lekarskiego, rozpoczętych w r. 1848, zyskała okulistyka r. 1851 osobnego profesora, Antoniego Sławikowskiego, który na razie nie mogąc zdobyć osobnego zakładu, nauczał okulistyki teoretycznie i praktycznie w szpitalach i klinikach krakowskich, oraz na chorych przychodnich. Dopiero w r. 1860 uczyniono zawiązek kliniki stałej w budynku pobocznym Zakładu klinicznego, przeznaczonym pierwotnie dla chemika klinicznego. Zawiązek ten składał się z 6 łóżek w umieszczeniu nader lichem, a urządzeniem nie odpowiadał warunkom Zakładu leczniczego, a tem mniej naukowego. W opisie dziejów kliniki położniczej mówiliśmy o nabyciu przez rząd budynku od prof. Brodowicza na pomieszczenie tej kliniki: otóż w tym budynku wyznaczono w roku 1866 3 pokoiki dla kliniki okulistycznej, lecz w klinice tej brakowało wszelkich warunków do nauczania, począwszy od asystenta, a skończywszy na sali wykładowej. Roku 1869 Sławikowski zapadł ciężko na zdrowiu, skutkiem czego powierzono zastępstwo Lucyanowi Rydlowi, który już od trzech lat jako docent wykładał w własnej klinice prywatnej. Mianowany po śmierci Sławikowskiego r. 1870 profesorem zwyczajnym, Rydel postawił warunki rządowi, co do rozszerzenia kliniki, a poparty przez Wydział, uzyskał zadośćuczynienie. W tym celu przystąpiono r. 1871 do budowy piętra na dawnym domu Brodowicza, a w r. 1872, po skończeniu budowy, oddano cały dół klinice położniczej, zaś w całem nowo wzniesionem piętrze umieszczono klinikę okulistyczną. W tymże czasie przyznano tej klinice stałego asystenta, odpowiednio liczną obsługę, a przytem wyznaczono fundusz jednorazowy, a następnie coroczny, na zakupno narzędzi i przyrządów naukowych. Gdy jednak rozwój nauk w naszych czasach jest nader szybki i stawia rokrocznie zakładom nowe wymagania, klinika okulistyczna w Krakowie, która już miała 24 łóżek, stała się za ciasną i posiadała inne nader liczne braki. Rozpoczęto znowu starania o odrębny budynek, któryby był celowo na klinikę okulistyczną zbudowany: tej pociechy nie doczekał już śp. prof. Rydel, a ziściła się ona w r. 1898 pod jego następcą prof. Bolesławem Wicherkiewiczem.

Nowa klinika okulistyczna posiada bardzo dobre i przez postęp wymagane urządzenie. Mieści 46 łóżek, salę do wziernikowania, pokoje do oddzielenia przypadków zakaźnych, oświetlenie elektryczne, ogrzanie centralne, wodociągi i znakomitą wentylacyę. Przyrząd elektryczny jest połączony z centralnem źródłem elektryczności i służy do wielostronnego jej zastosowania w okulistyce. Sala operacyjna dla przypadków ropnych odrębna. Klinika posiada skromną wprawdzie bibliotekę, muzeum i pracownię do badań naukowych. Profesorami od czasu oddzielenia kliniki okulistycznej od chirurgicznej byli:

1) Antoni Sławikowski przyszedł na świat we Lwowie r. 1796. stopień doktora medycyny uzyskał w Wiedniu w r. 1819. Po powrocie do kraju r. 1821 mianowany został profesorem nadzwyczajnym okulistyki w szkole chirurgicznej lwowskiej, a w 1841 otrzymał posadę okulisty na całą Galicyę. W r. 1851 wezwany został na katedrę okulistyki w Krakowie i mianowany profesorem zwyczajnym. Obowiązki te pełnił do końca roku 1869. Umarł w Krzeszowicach r. 1870. Pozostawił 16 rozpraw z zakresu okulistyki.

2) Lucyan Rydel urodził się w Strzelcach Wielkich (pow. bocheński) r. 1833; szkoły średnie odbył w Tarnowie; nauki lekarskie, rozpoczęte w Krakowie, ukończył r. 1859 w Wiedniu; bezpośrednio potem wstąpił w charakterze praktykanta do kliniki znakomitego profesora Arlta, gdzie w r. 1862 mianowany został drugim, a wkrótce potem pierwszym asystentem kliniki. W r. 1866 powrócił do kraju i habilitował się do wykładów z zakresu okulistyki. W r. 1870 mianowany profesorem zwyczajnym, objął klinikę okulistyczną, do powstania której dołożył wiele starań i zabiegów. Wystawienia obecnej nowej kliniki, długoletniego przedmiotu jego życzeń i usiłowań, nie dożył, lecz braki w urządzeniu zakładu, w którym wykładał, równoważył sumiennością w jego kierowaniu, oraz zamiłowaniem pedagogicznem. Kierunek naukowy, nadawany przez niego szkole krakowskiej, był przeważnie praktyczny; operował wiele i znakomicie, a najulubieńszym jego terenem była operacya zaćmy; jej też poświęcił jedną z najobszerniejszych swych prac p. t.: „Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego“. *(Przegl. Lek.* r. 1889). Z zagadnień teoretycznych wspomnieć należy o wyjaśnieniach Rydla na mocy praw fizycznych charakterystycznego typu ścieśnienia pola widzenia w jaskrze, króre do dziś dnia jest jedynem wytłómaczeniem racyonalnem tej sprawy.

Sumienna i pełna szlachetnego zapału praca pedagogiczna Rydla nie poszła na marne: z asystentów i uczniów jego powstał zastęp znakomitych specyalistów, z których dziś już niektórzy nauczają z katedry; w szczególności zaś uwydatnić należy olbrzymią zasługę Rydla w specyalnem wykształceniu wszystkich swoich uczniów, lekarzy praktykujących, których ogół opuścił jego klinikę z większym zasobem wiedzy, niż to ma miejsce w innych krajach i wszechnicach, posiadających lepiej urządzone zakłady i większy rozgłos. Dorobkiem literackim zmarłego było 29 prac ogłoszonych po polsku i po niemiecku.

Człowiek nieposzlakowany, nauczyciel zamiłowany w swym zawodzie, znakomity specyalista, zakończył życie 27 kwietnia 1895 r. wśród czci ogółu i nieutulonego żalu kolegów.

Następcą Rydla mianowany został w r. 1896 prof. Bolesław Wicherkiewicz z Poznania.

Obok prof. okulistyki miewał od r. 1893 wykłady z zakresu tego przedmiotu docent Franciszek Sroczyński, zmarły w marcu b. r.

V. Klinika chorób wenerycznych i skórnych. Liczny zastęp dawniejszych autorów sądzi, jakoby kiła, dawniej — „przymiotem“ „zarazą“ lub „niemocą dworską“ zwana, pojawiła się w Europie dopiero w końcu XV stulecia i przywiezioną została z Ameryki. Zapatrywania na tę sprawę są tak rozmaite, że powstała cała literatura tego przedmiotu. Rychter w pracy swej *„Geschichte der Medicin in Russland“* utrzymuje, że kiła w r. 1493 z Rzymu została przywiezioną do Krakowa, a ztąd w latach 1495 i 1496 przez wojsko po całym kraju się rozszerzyła, a nawet i do Rosyi dotarła. Odwołuje się on do Stryjkowskiego, który powiada; — „Tegoż roku (1493), po porażce Polaków na Bukowinie, był głód wielki w Litwie y poczęła się mnożyć w ludziach niemoc wielka y niesłychana, „franca“ do Polski z Rzymu, a z Polski do Litwy przeniesiona“. — Oczko w swem dziele p. t. — „Przymiot“ również wywodzi początek kiły z Ameryki, zkąd jakoby wojsko hiszpańskie przywiozło ją do Neapolu i miało udzielić przebywającemu tam w potrzebie wojennej wojsku francuskiemu, od którego rozszerzyła się wrzekomo po całej Europie, a na hańbę francuzów, orzeka Oczko, nazwana mianem narodu tego „franca“. Dalej mówi tenże autor, że kiłę do Polski przywieźli panowie, podróżujący po Francyi i Włoszech, ich bowiem nasamprzód trapić poczęła. Zapewne to dało mu powód do zatytułowania swego dzieła „Przymiot, albo dworska niemoc“.

Z innych rozpraw wnosić należy, że w rozpoznaniu kiły popełniano wiele błędów, dopatrując jej tam, gdzie inna choroba miała miejsce, a przeoczając w przebiegu atypowym, zwłaszcza w okresach późniejszych.

Kiła, jako nauka, w wiekach przeszłych stanowiła zawsze część innych gałęzi medycyny; o jej wyodrębnieniu, jako osobnego przedmiotu, mowy nie było. W Krakowie dopiero Antoni Rosner, mianowany w r. 1862 docentem chorób wenerycznych i skórnych, rozpoczął samoistne wykłady do zakresu tej specyalności należące i to bez osobnego szpitala, lecz bądź w klinice prof. Dietla, bądź w szpitalu garnizonowym na zamku, bądz u św. Ducha. Wreszcie, na usilne żądania A. Rosnera, poparte przez Wydział i Senat, uwzględniło Ministeryum jego podanie i w r. 1863 zarządziło, by w szpitalu św. Ducha oddzielono dwie sale z 20tu łóżkami, przeznaczając je na oddział kliniczny, który oddano pod kierownictwo Ant. Rosnera. Oddział ten jednakowoż nie należał do zakładów uniwersyteckich, nie miał asystenta i dotacyi. Ponownie więc Wydział lekarski rozpoczął starania o systemizowanie katedry chorób wenerycznych i skórnych, tym razem ze skutkiem dodatnim. Klinikę zaliczono w r. 1871 do zakładów uniwersyteckich, przyznano stałego asystenta i dano skromną dotacyę, a jednocześnie mianowano doc. Antoniego Rosnera profesorem nadzwyczajnym i kierownikiem nowej kliniki. Do m. kwietnia 1879 r. klinika ta mieściła się w szpitalu św. Ducha; od tej daty została przeniesioną do szpitala św. Łazarza, gdzie się znajduje do dnia dzisiejszego. Po wybudowaniu pawilonu chirurgicznego w r. 1893 klinika chorób skórnych i wenery-

cznych została umieszczoną w znacznej części ubikacyj, dotąd zajmowanych przez oddział chorych chirurgicznych. Obecnie klinika, wraz z oddziałem rezerwowym, posiada 64 łóżek, ma stałego asystenta, a dzięki pokaźnej jednorazowej dotacyi, zaopatrzyła się w niezbędne narzędzia i przybory.

Antoni Rosner urodził się w Tarnowie r. 1831, szkoły średnie ukończył w mieście rodzinnem, następnie zapisał się na Wydział lekarski w Wiedniu, który ukończył w r. 1856. Po otrzymaniu stopnia doktorskiego pozostał w Wiedniu, gdzie pogłębiał i rozszerzał swą wiedzę w zakładach szpitalnych i klinicznych, poświęcając się głównie chirurgii i chorobom skórnym i wenerycznym. W r. 1862 habilitował się w Krakowie do wykładu chorób skórnych i wenerycznych. O jego usiłowaniach zdobycia systemizowanej katedry i uniwersyteckiej kliniki dla nauczania dermatologii i syfilidografii pisaliśmy wyżej. W r. 1871 rząd mianował A. Rosnera profesorem nadzwyczajnym; w r. 1887 otrzymał tytuł profesora zwyczajnego, a wreszcie po paru latach stanowisko profesora zwyczajnego.

Profesor A. Rosner ogłosił 6 prac w *Przeglądzie lekarskim* z zakresu swojej specyalności. Szczytem zasług Antoniego Rosnera pozostaną zawsze jego usilne, a dodajmy pomyślne, starania o wyjednanie kliniki uniwersyteckiej, oraz niezrównane zdolności dydaktyczne, któremi sobie zobowiązał nie tylko uczniów, lecz i wdzięczność społeczeństwa, któremu dostarczył wykształconych praktyków tak ważnej gałęzi medycyny.

Antoni Rosner zakończył życie d. 25 sierpnia 1896 r. Następcą jego mianowany został r. 1898 prof. nadzw. Władysław Reiss.

Obok prof. A. Rosnera i obecnego profesora Reissa wykłada dyagnostykę chorób skórnych i wenerycznych prof. nadzwyczajny Dr. Aleksander Zarewicz.

VI. Klinika pedyatryczna. Pierwsze ślady w literaturze polskiej o chorobach wieku dziecięcego znajdujemy w rękopisie nieznanego autora krakowskiego z r. 1423, o którym wspomnieliśmy w rozdziale o klinice położniczej. Rękopis ten, zatytułowany „Nauka rodzenia się człowieka" posiada część ściśle pedyatryczną, w której autor poucza, jak trzeba mieć dzieci na baczności, jak je karmić i jak leczyć ich choroby i wreszcie wskazuje leki na różne choroby dziecięce. Poważniejszą, a bodaj czy nie pierwszą wogóle pedyatrię, wydał w Wenecyi r. 1583 Jan Hieronim Chrościewski pod tyt. *„De morbis puerorum, tractatum locupletissimum atque doctissimum"*. Chrościewski był poznańczykiem, medycynę studyował w Krakowie i Padwie. Dzieło swoje przypisał magistratowi poznańskiemu, którego w r. 1612 był burmistrzem.

Zwyczajem przeszłych wieków było łączenie rozpraw pedyatrycznych z położniczemi, oraz umieszczanie chorych dzieci przy zakładach położniczych. Tak było i u nas. Pisząc o klinice położniczej, mówiliśmy o zobowiązaniach, wkładanych na kierowników tej kliniki, nauczania i leczenia dzieci, przeważnie przybywających z „sali podrzutków". Atoli właściwego zakładu dla chorób dziecięcych do r. 1833 nie było; dopiero w tym pamiętnym roku reformy, po usilnem staraniu komisarza rządowego prof. Brodowicza, urządzono przy klinice położniczej oddział dzieci, mieszczący 12 łóżek. W r. 1866 klinika ta została przeniesioną do większych i zdrowszych sal w tym samym gmachu, lecz liczba łóżek powiększyła się tylko o 2. Profesor położnictwa obowiązany był wykładać o chorobach dziecięcych dwa razy tygodniowo w półroczu letniem. W r. 1874 Wys. Ministerstwo oświecenia, na podstawie umowy z Wydziałem krajowym, utworzyło osobną klinikę pedyatryczną w szpitalu św. Łazarza, która wraz z salą mamek posiadała 32 łóżek. Tak powiększoną i osobny oddział szpitalny stanowiącą klinikę objął w d. 1 stycznia 1874 r. wyłącznie do pedyatryi mianowany prof. Maciej Jakubowski z obowiązkiem wykładania po 5 godzin tygodniowo w każdem półroczu.

Po zbudowaniu szpitala św. Ludwika Wydział krajowy, zawarłszy z Towarz. opieki szpitalnej dla dzieci, jako właścicielem szpitala, umowę co do pielęgnowania chorych dzieci, przeniósł je w maju 1876 r., z wyjątkiem mamek i osesków, do szpitala św. Ludwika, zwijając jednocześnie wyżej opisany oddział kliniki pedyatrycznej w szpitalu św. Łazarza. Wydział krajowy, nie troszcząc się o losy kliniki pedyatrycznej, w zawartej umowie z Towarzystwem zastrzegł tylko „wolny przystęp do łóżek dzieci chorych profesorowi pedyatryi wraz z uczniami". Tym sposobem byt kliniki stał się wątpliwy, a jeśli wykłady pedyatryi nie ustały, to tylko z tej przyczyny, że współzałożycielem i dyrektorem szpitala był obecny profesor tego przedmiotu, Dr. Maciej Leon Jakubowski. Chcąc klinice pedyatrycznej zapewnić byt trwały i niezależny, nakreślił prof. Jakubowski projekt kontraktu między Wys. rządem a Towarzystwem mniej więcej tej osnowy: Towarzystwo ustępuje w gmachu szpitala św. Ludwika dla kliniki pedryatycznej dwie duże sale, każda po 10 łóżek, salę obserwacyjną z 4 łóżkami, salę wykładową, mieszkanie dla asystenta i kancelaryę dla profesora. Profesorowi wolno wybierać chorych dla kliniki z całego szpitala. Słuchacze medycyny mają dostęp do tych sal od 7 godz. rano do 7 wieczorem. Profesor i asystent mają pobierać pensyę z funduszu naukowego państwowego, a Towarz. opieki szpitalnej za przyjęcie tych warunków otrzymywać będzie z tegoż funduszu wynagrodzenie roczne od 1200 do 1500 złr. Na utrzymanie chorych i obsługę łożyć będzie Wydział krajowy. Ten projekt kontraktu przyjęło w zasadzie W. Ministerstwo, z warunkiem atoli, ażeby Wydział krajowy wziął na siebie niektóre zobowiązania w razie, jeśliby klinika pedyatryczna dla jakichkolwiek powodów dłużej w zakładzie prywatnym zostawać nie mogła; tych ciężarów Wydział krajowy pierwotnie przyjąć na siebie nie chciał i dopiero w r. 1882 W. Sejm dał przyzwolenie Wydziałowi krajowemu do podpisania tych zobowiązań wobec rządu. Tym sposobem los kliniki pedyatrycznej zabezpieczono; posiada stałego asystenta klinicznego została nadaną, a Uniwersytetowi przybyło poważne ognisko nauki. W r. 1896 władze rządowe zwróciły się do Towarzystwa z żądaniem dodania jeszcze kilku ubikacyj do istniejącej już kliniki pedyatrycznej, ofiarując w miejsce dotąd wypłacanego wynagrodzenia, wynoszącego 1200 złr. rocznie, podwyższenie do 2000 złr. Nowoułożony kontrakt został zatwierdzony przez Ministerstwo w Styczniu 1897 r. W myśl tego kontraktu klinika pedyatryczna w szpitalu św. Ludwika zajmuje wszystkie pokoje parterowe pawilonu I, gdzie obok sal dla chorych znajduje się pracownia kliniczna, zaopatrzona w przyrządy do badań chemicznych, mikroskopowych i bakteryologicznych. Do kliniki należą także sale przyjęcia i poczekalnie. Prawo wyboru chorych do kliniki

i przenoszenie ich z kliniki do szpitala i odwrotnie zawarowane jest dla profesora lub jego asystenta. Wreszcie kontrakt pozostawia profesorowi wolny wstęp z uczniami w celu wykładu na sale chorób zakaźnych. Klinika ma swego asystenta płatnego i elewa, oraz roczną dotacyę na przyrządy i narzędzia. Kierownictwo kliniki pedyatrycznej spoczywa w rękach profesora Macieja Leona Jakubowskiego, obok którego, od r. 1896, wykłada na materyale kliniki docent Dr. Jan Raczyński, na oddziale zaś chirurgicznym szpitala — doc. Dr. Aleksander Bossowski z zakresu chirurgii wieku dziecięcego.

VII. Oddział dla chorób krtani administracyjnie należy do zarządu szpitala św. Łazarza, kierownictwo jego zaś spoczywa w rękach profesora Uniwersytetu, gdyż utworzony został dla celów naukowych. Istnieje on od czerwca 1894 r., mieści się w suterenach pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza i został otwarty z warunkiem, że potrzebnych narzędzi dostarczy na swój koszt sam kierownik oddziału, profesor Dr. Pieniążek, który też istotnie w niezbędne potrzeby oddział na razie zaopatrzył. Dzięki J. E. b. ministrowi Madeyskiemu przyznano dla tego oddziału, ze względu na jego cele dydaktyczne, asystenta z pełną pensyą, oraz dotacyę roczną w kwocie 400 koron początkowo z roku na rok, a od r. 1898 na lat trzy. Następnie przyznano dotacyę nadzwyczajną w dwóch ratach po 1000 koron, raz w r. 1896, drugi w r. 1898. Za te pieniądze uzupełniono narzędzia i przyrządy, między którymi znajduje się też przyrząd Röntgena. Asystentem oddziału został dr. Baurowicz, który następnie habilitował się jako docent z zakresu laryngologii. Oddział chorób krtani składa się z dwóch sal, mieszczących razem 10 łóżek i małego pokoiku, będącego kancelaryą, w którym zarazem odbywa się badanie chorych, oraz operacye. Liczba chorych przekracza stale liczbę łóżek i dochodzi nieraz do 15-tu. Przyjmuje się same przypadki operacyjne i to cięższe, przeważnie zaś zwężenia krtani i tchawicy, a oprócz tego jest przy oddziale ambulatoryum, przenoszące obecnie 1000 chorych rocznie. Do tegoż zalicza się i przypadki chorób usznych, któremi zajmuje się docent dr. Baurowicz.

VIII. Zakład anatomii opisowej. Anatomia w wiekach przeszłych nie stanowiła odrębnej nauki, nie wykładano jej samoistnie, lecz jako część umiejętności lekarskiej wogóle. W ustawie Wydziału lekarskiego z r. 1525 i 1536, a mianowicie w oddziale *„de lectoribus et lectionibus ordinariis"* wskazano, co i według których autorów wykładanem być miało. Należy tu między innemi *Canon Avicenny,* który dzielił się na 5 ksiąg, a te na rozdziały *(fen);* w księdze 1-szej rozdziale 1-szym, przeznaczonym do wykładów teoretycznych, znajdujemy 5 nauk, z których ostatnia obejmuje całą anatomię. Ażeby temu nauczaniu towarzyszyć miało praktyczne ćwiczenie na zwierzętach, lub zwłokach ludzkich, wątpić należy. Sekcya zwłok w celu naukowo-anatomicznym trafiała w w. XVI w Polsce na wielkie trudności. W Europie w owym czasie nauczali głośni z odkryć badacze: A. Vesalius w Padwie, Fallopius w Bolonii, B. Eustachius w Rzymie, J. Arancyus w Bolonii i t. d. W Akademii krakowskiej nie można dostrzedz w tym czasie żadnych usiłowań na tem polu; okoliczność tę tłómaczy Gąsiorowski ślepem posłuszeństwem rozkazom papieskim, zakazującym otwierania zwłok ludzkich, oraz ciemnocie ludu, który o wiele później, bo jeszcze w r. 1736 chciał ukamienować dr. H. Lelheffela, gdy ten zamierzał założyć w Warszawie gabinet anatomiczny, a niemal to samo przydarzyło się R. Czerwiakowskiemu, gdy w swej klinice krakowskiej przy kościele św. Barbary przystąpił do otwierania zwłok. Sądzimy, że nienawiść czerni musiała towarzyszyć rozpoczynaniu badań anatomicznych u wszystkich narodów, czyli, że Polacy w tym względzie nie stanowili wyjątku. W każdym razie anatomia należała u nas do nauk najwięcej zaniedbanych, jak to stwierdza w swem dziele Marcin Siennik (r. 1564) pisząc: „anatomia naszym lekarzom mało co była znana"; jako dowód przytacza zdarzenie, że wyśmiewał się z nich publicznie kat, ćwiartujący czterech winowajców, „jakoby niewiedzieli, że człowiek ma żołądek". Obecny przy tem Siennik, czując obrazę, chciał odpowiedzieć, lecz ze względu na obecność starszych lekarzy, powściągnął się.

W Krakowie, wśród lekarzy, a zwłaszcza profesorów, wcześnie odczuwano potrzebę praktycznego nauczania anatomii; w r. 1602 dr. Jan Zemeliusz ustanowił fundusz na profesora anatomii i botaniki, przeznaczając na ten cel 16000 zł. p. Zapis ten nie musiał wejść w życie odrazu, gdyż dopiero pod r. 1616 znajdujemy ślad, że Mateusz Wojeński wykładał anatomię, a po nim nastąpił Gabryel Ochocki, później Piotr Mucharski, a po jego śmierci, aż do r. 1695, zdaje się, że wykłady anatomii zostały zaniedbane, skoro źródła historyczne nie dają pod tym względem żadnych wskazówek. Jan Zajączkowicz, gorliwy reformator Wydziału lekarskiego, wykładał anatomię od r. 1695; atoli jak długo trwały wykłady Zajączkowicza, z aktów dowiedzieć się nie można, a pomimo twierdzenia Janeckiego, że Władysław Wadowski wykładał po Zajączkowiczu anatomię, raczej przypuścić należy, że do czasu reformy, przeprowadzonej z ramienia Komisyi edukacyjnej przez Kołłątaja, anatomia musiała być w Uniwers. krakowskim zupełnie zaniedbaną.
Ustanowienie katedry anatomii teoretycznej i praktycznej nastąpiło w r. 1779, t. j. po przybyciu do Krakowa Rafała Czerwiakowskiego, który wykładał ten przedmiot w ciągu 5 lat. Po nim nastąpił Wincenty Szaster do r. 1803, a później wykładali zastępczo: Kambon, Vetter Jnocenty Neumann. Za rządów Księstwa Warszawskiego był profesorem anatomii Jan Stummer, następnie (zastępczo) Soczyński, stale zaś Józef Kozłowski, który wykładał do r. 1835, w którym powołano na katedrę Antoniego Kozubowskiego; odtąd rozpoczyna się okres poważnego nauczania anatomii praktycznej i organizowanie gabinetu anatomicznego. Początkowo Kozubowski wykładał anatomię i fizyologię; w r. 1848 oddzielono fizyologię, jako przedmiot osobny; uzyskany w ten sposób czas poświęcał Kozubowski ćwiczeniom histologicznym. Ponieważ w epoce Bachowskiej nie przystał on na wykładanie w języku niemieckim, rząd wezwał na profesora anatomii Voigta, a Kozubowski wykładał po polsku anatomię porównawczą. Z nastaniem ery konstytucyjnej w r. 1861 powrócił do wykładów anatomii opisowej i pełnił te obowiązki do r. 1868. Umarł w r. 1880. Gabinety: anatomiczny i zootomiczny zawdzięczają mu swoje powstanie i nader liczny zbiór, owoc jego osobistej pracy. Pierwszy inwentarz, sporządzony przez Jana Stummera, liczył okazów anatomicznych 66;

w r. 1835, kiedy J. Kozłowski zdawał Zakład Kozubowskiemu, było ich 227; w r. 1864, za czasów Kozubowskiego, 461 anatomicznych i 910 zootomicznych.

Do r. 1870 anatomia opisowa mieściła się w *Collegium physicum*, zajmując kilka ciemnych i ciasnych izb. Usilnym staraniom następcy Kozubowskiego, Ludwika Teichmanna, przypada zasługa wyjednania u rządu funduszu na wystawienie osobnego, celowi odpowiedniego, budynku, w którym dziś, od r. 1871, mieści się Zakład anatomii opisowej.

Po zasłużonym profesorze Ant. Kozubowskim nastała era świetnego rozwoju anatomii w Uniw. Jagiell. pod Ludwikiem Teichmannem.

Ludwik Teichmann przyszedł na świat w Lublinie r. 1823, gimnazyum ukończył w Radomiu, medycynę studyował w Heidelbergu, w r. 1852 otrzymał posadę prosektora przy Instytucie anatom. w Getyndze, którego przełożonym był Henle. W czasie studyów lekarskich, zajmując się chemią i fizyologią, odkrył w roku 1853 kryształki heminy, noszące jego imię. W r. 1855 otrzymał w Getyndze stopień doktorski i następnie odbył dłuższą podróż naukową po Europie. Jako prosektor, a od r. 1859 docent anatomii, zasłynął z elegancyi i wykończenia preparatów anatomicznych, z których zdjęte ryciny zdobią podręcznik Henlego. Preparaty anat. Teichmanna, zwłaszcza przekroje jamy nosowej i kości skroniowej, budziły powszechny podziw na wystawach światowych. Teichmann przywiązywał wielką wagę do techniki anatomicznej w tem przekonaniu, że ona jedynie prowadzi do postępu w anatomii; to też doprowadził tę technikę do ostatnich granic doskonałości, jak to potwierdzają najlepiej wyniki badań Teichmanna nad początkiem naczyń chłonnych, stanowiące olbrzymi postęp w dziedzinie umiejętności anatomicznej, a będące niespożytą chwałą niestrudzonego badacza. Teichmann powołany został do Krakowa w r. 1861 na katedrę anatomii patologicznej; przyjął ją z zastrzeżeniem, że skoro opróżni się katedra anatomii opisowej, on ją zajmie; nastąpiło to w r. 1868, kiedy sędziwy A. Kozubowski przeszedł w stan spoczynku. Będąc teraz w swoim żywiole, oddał się Teichmann całą duszą badaniu i nauczaniu: innych zaszczytnych stanowisk nie tylko nie pożądał, ale się od nich uchylał; był to uczony i badacz niepospolitej miary. W ciągu długich lat mozolnej pracy nagromadził olbrzymi materyał naukowy, odnoszący się do naczyń chłonnych. Ostatnią pracą była rozprawa: „O słoniowacinie“, w której wykazał, że przyczyną tej choroby jest zapalenie, zakrzep i zarośnięcie światła naczyń chłonnych. Wielu badań naukowych dokończyć już nie mógł i pozostawił je tylko rozpoczęte. Mistrz w technice anatomicznej, przyczynił się do wydoskonalenia metod badania, używanych w anatomii mikroskopowej. Ruch naukowy, wywołany doniosłością odkryć Teichmanna, udzielił się obecnym, a pobudzi i przyszłych na tem polu, badaczy. Umarł 24 listopada 1895 r. w Krakowie.

Następcą Teichmanna mianowany został r. 1894 Kazimierz Kostanecki, obecny profesor i kierownik Zakładu i gabinetu anatomicznego.

IX. Zakład fizyologiczny. Do połowy kończącego się stulecia fizyologia stanowiła część składową anatomii i razem z nią była wykładaną; tem mniej mogła posiadać własne muzea i pracownie naukowe. Podobny stan rzeczy istniał mniej więcej we wszystkich uniwersytetach. Nie brakło atoli u nas w czasach oddalonych rozpraw treści fizyologicznej. — W wieku XVI ogłosili prace z zakresu fizyologii: Głogowczyk (1501), Glaber (1535), Nowopolski (1551), Simoniusz (1566). W wieku XVII prace fizyologiczne wydali: Gabryel Ochocki (4 rozpr. 1626—1629), Klaudyusz de la Kurwej Jan (1655), Jerzy Seger (rozpraw 12.) W wieku XVIII pismiennictwo fizyologiczne wzbogaciło się kilku poważnemi rozprawami. Sądząc z nazwisk autorów, przyjąć należy, że byli to przeważnie cudzoziemcy, zwłaszcza Sasi, których w tym czasie wielu do Polski przybyło: Ginz (rozpraw 12), Kulmus (rozpr. 10), Ortlob (rozpr. 3), Nejfeld (rozpr. 5), Arnold (rozpr. 2). Z czasów Komisyi edukacyjnej: Czerwiakowski, Ryszkowski, Kwiatkowski i inni. W pierwszej połowie XIX stulecia, t. j. do czasu wyodrębnienia fizyologii z jej zespolenia z anatomią, liczba badaczy na polu fizyologii znacznie się wzmogła: okres ten poszczycić się może imionami pierwszorzędnych uczonych, których, ze względu na cel tej rozprawki, tylko z nazwiska i to ważniejszych, podamy: Ludwik Bojanus, Jędrzej Śniadecki, Jan Mile, Józef Kozłowski, Józef Majer, Gustaw Piotrowski i nader znaczna liczba poważnych monografistów.

Katedra fizyologii w Uniw. Jagiell. napewno istnieje dopiero od r. 1848, t. j. od czasu odłączenia tej gałęzi wiedzy lekarskiej od anatomii. Wszystko, co napisano o wykładach fizyologii w Krakowie w wiekach dawniejszych, nie jest należycie dowodami poparte. Dopiero w spisie wykładów na rok 1816/17 wyraźnie wydrukowano, że fizyologię równocześnie z anatomią wykładać ma prof. Józef Kozłowski; atoli, jak obszerny tych wykładów był zakres, tego z aktów dociec nie można.

Pierwszym profesorem fizyologii w Krakowie, po oddzieleniu jej od anatomii w r. 1848, był Józef Majer, który od r. 1833 należał do Uniwersytetu i wykładał medycynę teoretyczną dla kandydatów chirurgii niższej, obejmującej i fizyologię, a jako badacz i pisarz znany już był i ceniony z następujących rozpraw: Przyczynek do nauki o temperamentach (1838); Sposób oznaczania ilości krwi u człowieka żywego (1840); Przegląd potworów rybich (1841); Skutki ciśnienia powietrza pod względem fizyologicznym i patologicznym (1844); Wpływ stanu meteorologicznego na śmiertelność, według 10-letnich postrzeżeń w Krakowie (1848).

Józef Majer przyszedł na świat w Krakowie r. 1808, odbył szkoły w rodzinnem mieście; w r. 1831 został doktorem medycyny i chirurgii, poczem bezpośrednio wstąpił do wojska polskiego jako lekarz, z początku batalionowy, później sztabowy. Po wojnie wrócił do Krakowa, w r. 1833 mianowany został profesorem farmakodynamiki w Uniw. Jagiell., a w r. 1835 — rzeczywistym profesorem Instytucyj lekarskich dla chirurgów. W roku 1849 został profesorem fizyologii i wykładał ten przedmiot do r. 1877, t. j. do ukończenia 70 roku życia, wieku, zakreślonego ustawą dla czynnej służby profesorów Uniwersytetu. Przeszedł kilkakrotnie wszystkie godności uniwersyteckie; w Towarzystwie naukowem krak., a następnie w Akademii Umiejętności, jako długoletni jej prezes, położył niespożyte za-

sługi. Był radnym miasta, posłem na Sejm i do parlamentu, dożywotnim członkiem Izby panów; dotknął wszystkich strun narodowego życia, wszystkich spraw wyższego rzędu. Był to umysł wszechstronny: obok badań na polu fizyologii ścisłej, poświęcał się złączonej z nią antropologii, to znowu roztrząsał i wydawał dawne dokumenta Uniw. Jagiell., lub pracował nad ustaleniem wyrazownictwa lekarskiego polskiego. We wszystkich tych kierunkach pozostawił znakomite owoce swej pracy, które do tej pory zachowały naukową wartość. Zakończył życie w Krakowie dnia 3 lipca 1899 r., w 92 roku życia.

Wyodrębnienie fizyologii, jako przedmiotu samoistnego i systemizowanie posady profesora tego przedmiotu, pociągało za sobą potrzebę lokalu na zakład, funduszu na przyrządy i odpowiedniej pomocy i asystencyi. W tym celu, na wniosek Majera, poczynił Wydział lekarski przedstawienia do władzy, która na razie wyznaczyła szczupłą dotacyę na pierwsze potrzeby katedry fizyologii. Że i ten zasiłek umożebnił Majerowi dalszą pracę naukową, widzimy to z rozpraw w tym czasie przez niego wydanych: Doświadczenia fizyczne w przedmiocie tworzenia się na krwi powłoki (1849); Rozbiór fizyologiczny wprawy, przyzwyczajenia i nałogu (1850); Szczegół historyczny w przedmiocie budowy nerwów (1850); Dochodzenie ilości ciałek krwi na zasadzie stosunku włóknika do surowicy (1852); O zębie jeżowca, jako przyczynek do porównawczej histologii zębów (1852), a wreszcie Fizyologia nerwów (1854).

Dotacya, acz niewystarczająca, posłużyła na zakupno przyrządów i narzędzi, które stały się zawiązkiem przyszłego gabinetu fizyologicznego i umożebniły rozpoczęcie doświadczeń fizyologicznych, nigdy przedtem niewykonywanych; natomiast sprawa lokalu pod zakład, oraz przyznanie asystenta przy katedrze fizyologii poszło w odwłokę. Wreszcie nastąpiły w rozwoju oświaty do niedawna wolnego miasta Krakowa zmiany, które zatamowały tak znakomicie zapowiadający się bieg nauczania i badania fizyologicznego w Krakowie. Doraźnym rozkazem wprowadził rząd austryacki od początku r. 1854 język niemiecki do wykładów w Uniwersytecie krakowskim, w miejsce polskiego; temu zarządzeniu sprzeciwił się Józef Majer i dalej wykładał po polsku; krok ten, dowodzący odwagi obywatelskiej i rozumu ze stanowiska dydaktycznego, spowodował zawziętych germanizatorów do usunięcia znakomitego profesora i badacza od wykładów fizyologii, a pozostawiono go tylko przy wykładach antropologii, przedmiotu nieobowiązkowego, który Majer wykładał po polsku.

Rząd austryacki powołał na początku r. 1856 na katedrę fizyologii Jana Czermaka, prof. zoologii w Gradcu, ucznia Purkinyego, męża zasłużonego w nauce. Nowomianowany profesor postawił rządowi pewne żądania, z których niektóre tylko zostały uwzględnione, mianowicie podniesiono dotacyę i wynajęto pod zakład lokal przy ulicy Wiślnej Nr. 175; asystenta atoli rząd nie przyznał. Zaznaczyć jednak należy, że za czasów profesorstwa Czermaka powstał zaczątek osobnego Zakładu fizyologicznego, który od tej pory zyskał byt zapewniony.

Jan Nepomucen Czermak urodził się r. 1828 w Pradze, medycynę studyował w uniwersytetach niemieckich, habilitował się w Pradze do wykładów fizyologii i mikrografii; r. 1855 powołany został na profesora zoologii do Gradcu, 1856 na profesora fizyologii w Krakowie, ztąd r. 1857 — do Pesztu, a w 1860 dobrowolnie ustąpił ze stanowiska profesorskiego i spędził pięć lat w Pradze, jako człowiek prywatny; w r. 1865 przyjął posadę profesora w Jenie, w 1869 wykładał w Lipsku fizyologię doświadczalną i w tem mieście dokonał żywota r. 1873. Po Czermaku powołał rząd na katedrę fizyologii w Krakowie Józefa Albiniego, który wykładał w latach 1857 i 1858, lecz i ten, tak jak Czermak, zważywszy wszystkie trudności położenia, jak słabe wyposażenie katedry, brak asystenta itd., prosił i otrzymał uwolnienie z posady. Podczas swego krótkiego pobytu w Krakowie przysporzył Albini Zakładowi fizyologicznemu znaczny zapas przyrządów do badań chemicznych.

Następcą Albiniego zamianowało Ministerstwo w r. 1860 Gustawa Piotrowskiego, który już wcześniej oddawał się pracy nad fizyologią w zakładach Brückego i Ludwiga. Tam właśnie zapoznał się z Czermakiem, który mu ofiarował posadę asystenta, oczywiście, o ile rząd ją zatwierdzi, a co w istocie nie nastąpiło, tak że, Piotrowski sprawował obowiązki asystenta Czermaka w charakterze ściśle prywatnym.

Gustaw Piotrowski urodził się w Tarnowie r. 1833, kształcił się w Wiedniu, gdzie r. 1857 otrzymał stopień doktorski; poczem zaraz udał się do Krakowa i pełnił tu obowiązki asystenta prywatnego Czermaka, następnie w celach naukowych przebywał w Getyndze i Heidelbergu. W r. 1859 mianowany został zastępcą, a w r. 1860 zwyczajnym profesorem fizyologii w Uniwers. Jagiell; sumiennie pełnił zaszczytne obowiązki uniwersyteckie, jako dziekan i rektor, oraz społeczne, wybierany do Sejmu i Rady państwa. Umarł w grudniu 1884 r.

Lecz i w okresie germanizacyjnym, wyróżniającym się szczególnym zamętem w nauczaniu uniwersyteckiem, badania fizyologiczne w Krakowie nie ustawały, jak tego dowodzą prace następujących badaczy:

Majera: Fizyologia zmysłów (1857); Badania plam krwawych sądowo-lekarskie, mianowicie co do własności wodanu potasowego (1859); O pochodnich drganiach, jakie wznieca mięsień częściowo drażniony; O zachowaniu się podniebienia miękiego przy wymawianiu samogłosek; Pierwszy pomysł do nauki o zmyśle czasu.

Czermaka: Przyczynek do znajomości tych nerwów, które mają wpływ na wydzielanie śliny. Czermaka i Piotrowskiego: O trwaniu i ilości skurczeń serca z królika wyjętego.

Piotrowskiego: Nowy odczynnik dla istot białkowatych. (Rozprawy Czermaka i Piotrowskiego wyszły po niemiecku).

Piotrowski, jak i jego poprzednicy, czynił wszelkie usiłowania ku zaopatrzeniu Zakładu fizyologicznego w przyrządy i dobre książki. Zmiana języka wykładowego na polski w r. 1861 nie wpłynęła na stan rzeczy w zarządzie zakładem fizyologicznym, którego kierownictwo pozostało przy Piotrowskim, a przytem Majer, mając już wiele innych zaszczytnych zatrudnień, nie kwapił się

o odzyskanie swych praw nieprzedawnionych i pozostał na stanowisku drugiego profesora fizyologii. Z nastaniem ery konstytucyjnej i spolszczenia wykładów w Uniwers. Jagiell., uwzględniło Ministeryum długoletnie starania profesorów fizyologii i przyznało tej katedrze stałego asystenta. W r. 1866 przeniesiony został Zakład fizyologiczny z ul. Wiślnej do świeżo nabytego domu, przylegającego do *Collegium physicum*; lecz budynek ten w zupełności nie nadawał się na zakład naukowy i przeniesienie do niego Instytutu fizyologicznego raczej miało znaczenie oszczędnościowe, niż rozwoju instytucyi naukowej. W tym czasie wyszły w Krakowie rozprawy treści fizyologicznej następujących autorów: Piotrowskiego: Sposób uskuteczniania rozbiorów ilościowych za pomocą piknometrów (1861); O wykazywaniu cukru gronowego w moczu prawidłowym (1862); Kilka uwag nad stosunkami krążenia soków w wątrobie (1862); Rozkład białka na części składowe już dawniej otrzymane z tłuszczów (1862); O oznaczeniu ilościowem ciałek krwi (1863); Uwagi nad pojemnością komórek sercowych i równowagą krążenia krwi (1863); Kilka słów o leczeniu wodowstrętu elektrycznością (1864); Przyczynek do nauki o trawieniu skrobi (1864); Fizyologia ludzka w zarysie (F. I. 1865); O wpływie nerwu błędnego na serce (1865); Przyczynek teoretyczny do nauki o stosowaniu oka (1867); Przyczynek do nauki o achromatopsyi (1868); O chyżości rozchodzenia się światła w solach (1874); O stosunku między ciężarem gatunkowym, a składem chemicznym ciał stałych nieorganicznych (1879). — Piotrowskiego wspólnie z Widmannem: O przyczynach krzepnięcia krwi (1862); O drażnieniu nerwów za pomocą prądu elektrycznego pochodniego (1862); O chyżości z jaką się stan czynny w nerwach udziela (1863).

Prócz tych prac, wyszły jeszcze w tym czasie z Zakładu fizyologicznego: Molendzińskiego: Bliższe) badania śliny z gruczołu przyusznego (1862) i J. Majera: Przyczynki do optometryi (1863).

Po śmierci Piotrowskiego (1884 r.) zastępczo objął wykłady fizyologii prof. farmakologii Józef Łazarski i prowadził je w półroczu zimowem 1885 r., t. j. do czasu mianowania obecnego profesora fizyologii i kierownika Instytutu fizyologicznego, Napoleona Cybulskiego.

Pomimo najnieodpowiedniejszego umieszczenia Zakładu fizyologicznego przy *Collegium physicum*, gromadzili się w nim liczni pracownicy, a następstwem tej wzmożonej pracy nowomianowanego profesora i grona jego współpracowników, było ogłoszenie znacznej liczby nader cennych prac, wykonanych w tym, chylącym się do ruiny budynku. W r. 1895 Zakład fizyologiczny został przeniesiony do *Collegium medicum*, zajmuje tam prócz sali wykładowej 16 pokoi, w zupełności zastósowanych do celów nauczania i badania fizyologicznego. Zakład rozpada się na dwa działy: fizyologiczny (wraz z chemią fizyologiczną) i histologiczny, a podział ten został umożebniony przez przyznanie posady drugiego asystenta. Przy kancelaryi profesora mieści się księgozbiór, pokój do badań optycznych, pokój do badań aseptycznych na zwierzętach. W innej części zakładu mieszczą się: sala do doświadczeń wiwisekcyjnych, motor elektryczny z transmisyami i tu się odbywają ćwiczenia fizyologiczne dla słuchaczów. Dalej idą pokoje do badań specyalnych: nad elektrycznością, nad własnościami gazów i t. d. Dział histologiczny mieści tylko 2 sale: jedna jest pracownią dla asystenta, druga przeznaczona do demonstracyj mikroskopowych i do ćwiczeń dla słuchaczów, którzy mogą pracować przy świetle dziennem i elektrycznem. Zakład zyskał osobnego mechanika, wykonującego prace, które do tej pory trzeba było za granicą zamawiać.

Wykłady antropologii datują się w Krakowie od r. 1854, t. j. od tego czasu, w którym Józef Majer, odmówiwszy wykładania po niemiecku, został skazany wrzekomo na drugorzędne stanowisko profesora nadobowiązkowego przedmiotu, antropologii, który dalej wykładał po polsku. Wykłady Majera były znakomite, uczęszczali na nie słuchacze wszystkich wydziałów i trwały do r. 1877, w którym Majer ustąpił. W roku następnym habilitował się do wykładów antropologii dr. Izydor Kopernicki, zaszczytnie już znany u nas, a w szczególności uznany za granicą, znakomity badacz. W Kijowie zajmował Kopernicki stanowisko prosektora przy Katedrze anatomii opisowej i oddawał się specyalnie pracy nad kraniologią. Opuściwszy kraj w r. 1864, udał się do Paryża, gdzie dalej rozwijał pracę naukową. Wkrótce potem wszedł z nim w układ rząd rumuński o przygotowanie dla przyszłego Wydziału lekarskiego w Bukareszcie zbioru preparatów anatomicznych; pracę tę skończył w r. 1871 — i zaraz przeniósł się do Krakowa. W r. 1876 nostryfikował w Krakowie dyplom doktorski; w 1878 został docentem antropologii, a w 1886 — profesorem nadzwyczajnym tego przedmiotu. Był członkiem (czynnym, korespondentem, honorowym) licznych towarzystw antropologicznych w Anglii, Belgii, Francyi, Niemczech, Włoszech, oraz członkiem czynnym krakowskiej Akademii Umiej., i innych towarzystw naukowych w kraju i za granicą. Pozostawił obfity plon pracy naukowej, szczególnie w rocznikach Akademii Umiej. w Krakowie; szanowany jako obywatel, czczony dla nieskazitelnego charakteru, zeszedł z tego świata w m. wrześniu 1891 r., pozostawiając lukę, której dotąd nikt nie zapełnił i z jego śmiercią nauczanie antropologii w Uniwers. krakowskim, ku wielkiej krzywdzie wykształcenia ogólnolekarskiego, przerwanem zostało. Pozostawił Uniwersytetowi krak. piękny zbiór rzadkich czaszek.

X. Zakład anatomii patologicznej. Rozbieranie zwłok w celach anatomiczno-patologicznych w Krakowie wprowadził do systemu nauczania klinicznego Brodowicz, profesor kliniki lekarskiej w Krakowie, który, gromadząc rzadsze okazy z tych sekcyj, dał początek zawiązaniu gabinetu anatomiczno-patologicznego; z równą skrzętnością gromadził rzadsze preparaty Bierkowski, profesor chirurgii. Zbiory z okazów tych dwóch klinik, pomnożone preparatami patologicznymi z pracowni anatomii opisowej Kozubowskiego i ginekologicznej Kwaśniewskiego, zgromadzone razem, utworzyły gabinet anatomii patologicznej, który wówczas pozostawał w klinice chirurgicznej. Działo się to w r. 1853, kiedy jeszcze nie było profesora i katedry anatomii patologicznej, a tem samem nie było komu

czuwać nad początkującym Instytutem, który, przy dobrej woli profesorów, zwiększając się corocznie, wzbogacał się, obok preparatów ściśle anatomicznych, w okazy gipsowe, woskowe i rysowane.

Stosownie do panującego przekonania, że anatomia patologiczna stanowi podstawę medycyny praktycznej, wystąpił Wydział lekarski w r. 1848 do rządu z przedstawieniem o koniecznej potrzebie zaprowadzenia samoistnej katedry anatomii patologicznej. Ministeryum uwzględniło wywody Wydziału o tyle, że mianując Dietla profesorem kliniki lekarskiej, włożyło na niego obowiązek wykładania anatomii patologicznej, jako przedmiotu odrębnego, a dla ułatwienia tej czynności, dodało mu do pomocy prosektora w osobie dr. Treitza. W dalszym ciągu urządzono lokal dla anatomii patologicznej i wyznaczono roczną dotacyę, wreszcie w r. 1852 mianowano osobnego profesora, W. Treitza, a gdy ten otrzymał w r. 1855 wezwanie do P agi, na jego miejsce przysłano R. Heschla, który wykładał do r. 1861; po nim powołano z Getyngi Ludwika Teichmanna. Po ustąpieniu Kozubowskiego z katedry anatomii opisowej, miejsce jego zajął Teichmann, a na katedrę anatomii patologicznej powołany został Alfred Biesiadecki, asystent profesora Rokitańskiego w Wiedniu. W tymże czasie urządzono nowy lokal pod Zakład anatomii patologicznej na gruntach Instytutu anatomii opisowej; nowy ten przybytek może był obszerniejszy, ale posiadał wszystkie braki swego poprzednika.

Alfred Biesiadecki urodził się w Dukli r. 1839, gimnazyum odbył we Lwowie, a w Wiedniu Wydział lekarski, który ukończył w r. 1862. Był parę lat następnych sekundaryuszem w głównym szpitalu wiedeńskim, a w r. 1865 został asystentem prof. Rokitańskiego. W r. 1868 otrzymał nominacyę na profesora anatomii patologicznej w Krakowie. W r. 1876 opuścił obowiązki profesorskie, wezwany na stanowisko protomedyka Galicyi i dostojeństwo to z najwyższem uznaniem władzy i społeczeństwa spełniał. Na tem stanowisku wiele zdziałał do poprawienia stosunków sanitarnych w Galicyi, a to przez przeprowadzenie organizacyi lekarzy powiatowych, przez założenie Instytutu weterynaryi we Lwowie itd. Dbały o stan lekarski, nie szczędził zabiegów i ofiar do stworzenia biblioteki lekarskiej we Lwowie; troszczył się o pomnożenie funduszów Kasy wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach itd. Biesiadecki był w świecie naukowym wielce poważanym badaczem. Drukiem ogłosił 38 rozpraw. Umarł we Lwowie dnia 31 marca 1889 r.

Po opuszczeniu przez Biesiadeckiego Krakowa prowadził wykłady zastępczo Tadeusz Browicz, docent anatomii patologicznej, a dzisiejszy profesor tego przedmiotu, mianowany na to stanowisko r. 1880.

Po wieloletnich staraniach Zakład anatomi patologicznej otrzymał w r. 1895 nowe umieszczenie w *Collegium medicum*. Nowy ten przybytek posiada wszelkie warunki do badań naukowych i praktycznego nauczania przedmiotu, a uwzględniono w nim nietylko te pierwszorzędne potrzeby, lecz i warunki higieniczne, niezbędne dla tych, którzy w zakładzie pracują. Obok prof. Browicza wykłada anatomię patologiczną prof. nadz. Stanisław Ciechanowski. Zakład ma dwóch stałych asystentów.

XI. Zakład farmakologiczny. W wiekach przeszłych farmakognozya ściśle się łączyła z botaniką i chemią. Jako nauka samoistna rozwinęła się u nas dopiero w początku XIX stulecia. Pierwszym profesorem farmacyi i farmakognozyi w Krakowie był Józef Sawiczewski od roku 1816 do 1825. Komisye: organizacyjna r. 1818 i reorganizacyjna 1833 zaliczyły farmakognozyę do programu wykładowego i wyposażyły katedrę dotacyą. Po Józefie Sawiczewskim nastąpił syn jego, Floryan (1825—1857), który był twórcą gabinetu farmakognostycznego, należącego do najlepiej zaopatrzonych; już w r. 1857 liczył on 1971 leków, oraz 837 przyrządów i naczyń. Znaczna część tych zbiorów przeszła w r. 1858 pod zarząd profesora chemii, na którego włożono obowiązek wykładania chemii farmaceutycznej. To, co pozostało, stanowi całość i jest jakby historyą muzealną farmacyi, zawierającą okazy przetworów, dawno już wyszłych z użycia lekarskiego. Następcą Floryana Sawiczewskiego był:

Fryderyk Kazimierz Skobel, urodzony w r. 1808 w Warszawie, nauki lekarskie pobierał w Krakowie i Wiedniu, a uzyskawszy stopień naukowy, był lekarzem polowym wojska polskiego w r. 1831. Następnie r. 1834 został profesorem patologii i terapii ogólnej, oraz farmakodynamiki, a później i farmakognozyi; wykładał te nauki do roku 1876. Skobel należał do wybitnych i zasłużonych ludzi w społeczeństwie naszem, dając początek wielu sprawom donioslym w nauce i wydawnictwach. Był współzałożycielem „Przeglądu Lekarskiego“. Znawca i wielbiciel ojczystej mowy, słowem i piórem przestrzegał jej czystości; a wydaniem wspólnie z Al. Kremerem »Słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich“ wielce przyczynił się do tyle pożądanego ustalenia wyrazownictwa polskiego. Zostawił 42 prace z zakresu farmakologii, balneoterapii i historyi medycyny w Polsce. Umarł w Krakowie 25 listopada 1876 r. Po jego śmierci poruczono zastępczo wykłady farmakologii prof. Stopczańskiemu, a farmakognozyi — prof. Wydz. filoz., E. Janczewskiemu. Dnia 19. października 1881 r. ministerstwo oświaty systemizowało katedrę farmakologii i farmakognozyi. Do roku 1882 istniała tylko biblioteka i muzeum farmakognostyczne bez pracowni, umieszczone w 2-ch salach *Collegium physicum*. Dnia 1-go kwietnia 1882 r. objął katedrę farmakologii i farmakognozyi obecny profesor Józef Łazarski. Po przybraniu paru sal Zakład o tyle się rozszerzył, że mógł pomieścić nowozałożoną pracownię naukową W r. 1884 przyznało ministeryum Zakładowi farmakologicznemu demonstratora, a w r. 1889 — asystenta. W r. 1895 przeniesiono ten zakład do *Collegium medicum*, gdzie zajmuje on 12 izb, oraz posiada doskonałe urządzenia, stojące na wyżynie dzisiejszych wymagań postępu.

Obok prof. Józefa Łazarskiego, kierownika Zakładu, wykłada docent Ignacy Lemberger.

XII. Zakład chemii lekarskiej. Początek tego Zakładu i wykładów chemii lekarskiej należy odnieść do r. 1864, w tym bowiem czasie za staraniem Dietla, popartego przez Wydział lekarski, przyzwoliło ministerstwo oświaty na założenie pracowni patologiczno-chemicznej, w celu wykonywania badań chemicznych dla zakładów klinicznych i anatomii patologicznej, jednocześnie mianując docenta

Aleks. Stopczańskiego kierownikiem tej pracowni. Dla braku miejsca przy zakładach klinicznych wynajęto dwa małe pokoiki przy Zakładzie fizyologicznym. W roku 1867 umieszczono tę pracownię w domku, znajdującym się obok kliniki lekarskiej. Dopiero w r. 1870 przeniesiono tę pracownię do obecnego jej przybytku, a w r. 1874 przemieniono ją na Zakład chemii lekarskiej wraz z ustanowieniem tejże katedry i zamianowaniem profesora zwyczajnego. Zakład dzisiejszy rozporządza 8 pokojami, lecz jak to bywa po przeróbkach, nie zupełnie odpowiada celowi tak, że umieszczenie dzisiejsze należy uważać za prowizoryczne. Pomimo wielu usterek Zakład chemii lekarskiej rozporządza urządzeniem, dozwalającem w myśl nowoczesnych wymagań przeprowadzać badania chemiczne w celu lekarskim, higienicznym i naukowym, oraz praktycznego nauczania tego przedmiotu. Od czasu ustanowienia Zakładu i katedry chemii lekarskiej, to jest od r. 1864, profesorem i kierownikiem tego Instytutu jest obecny profesor, Al. Stopczański, obok którego wykłada docent Michał Seńkowski.

XIII. Zakład medycyny sądowej. Ślady policyi lekarskiej w dawnej Polsce znajdujemy już w odległych czasach. Za Kazimierza W. wydaną była ustawa policyjna dla krakowian p. t. *Lex sumptuaria contra luxus convivorum*. Kazimierz Jagiellończyk ogłosił roku 1468 zarządzenia dla rzeźników poznańskich, aby pod karą mieli zawsze mięso zdrowe. W aktach znajdują się niezbite dowody licznych i rozumnych rozporządzeń magistratu poznańskiego, które dotyczyły dobroci pożywek i napojów, a zwłaszcza ścisłe przepisy, odnoszące się do odosobniania chorych na mór Król Zygmunt I. wydał w r. 1520 prawo, obowiązujące lekarzy do nadzorowania i przeglądania aptek i sklepów korzennych; Zygmunt II. ustawę tę potwierdził i taksę lekarską kazał drukiem ogłosić. Już w początkach XVI w. istniało w Polsce prawo kwarantanowe przeciw morowi, oraz rozporządzenia, dotyczące organizacyi osobnej służby zdrowia w razie wybuchu epidemii tej choroby. Dokumenta historyczne stwierdzają, że w ww. XVII i XVIII władze rządowe i magistrackie nie ustawały w rozwoju policyi lekarskiej.

Dochodzenie w sprawach sądowo-lekarskich odbywało się według prawa polskiego przy pomocy woźnego; woźny pełnił swą czynność sądowo-lekarską w obecności wiarogodnych świadków. Pomimo, że prawo polskie nie nakazywało wzywać lekarza do spraw sądowych, w praktyce jednak, jak stwierdzają dokumenta, czasami się to działo. Dopiero w „Zbiorze praw“ Zamoyskiego z r. 1776 nakazano w pewnych razach dodawać woźnemu cyrulika, położną, a nawet lekarza, względnie do treści sprawy. Dodać jednak należy, że »Zbiór praw« Zamoyskiego nigdy nie nabrał mocy obowiązującej, gdyż Konstytucya 1780 roku zupełnie go uchyliła. Sądy wymagały dochodzenia sądowo-lekarskiego w wypadkach pokaleczenia, zabójstwa, dzieciobójstwa. Częściej używano lekarzy do spraw sądowych po miastach, rządzących się prawem niemieckiem; miasta te posiadały już w XVI w. lekarzy miejskich. Niemniej dość często używano lekarzy, jako znawców w sądach duchownych, n. p. w sprawach rozwodowych, w sądzeniu poszlakowanych o czary, itd. itd. Potrzeba rozbierania zwłok w razach podejrzenia o śmierć nienaturalną, uznawaną była u nas przez lekarzy dość wcześnie. Jako przykład posłużyć może obdukcya, wykonana na zwłokach króla Stefana Batorego, którego zgon wywołał podejrzenie o otrucie lub o błąd w sztuce; druga podobna obdukcya, odbyta przez lekarzy, miała miejsce w sto lat później na zwłokach króla Jana III; protokół tej obdukcyi przechował się w aktach.

Są dowody, że lekarzy wzywano także i do spraw dotyczących zboczeń psychicznych. W pierwszej połowie XVII w. niejaka Krystyna Poniatowska zasłynęła swojemi proroctwami i widzeniami, które tak zaniepokoiły umysły, że władza zniewoloną była zarządzić kilkakrotne zbadanie przez lekarzy, którzy orzekli, że Poniatowska jest tylko chorą. Jakoż w istocie wyzdrowiała, a widzenia przestały ją trapić.

Sprawa powoływania lekarzy, jako biegłych, w dawnych sądach polskich, wyjaśnioną została dokumentami przez dra Fr. Giedroycia p. t. »Ekspertyza lekarska w dawnych sądach polskich«.

Właściwe nauczanie medycyny sądowej i policyi lekarskiej w Uniw. krak. rozpoczęto dopiero po ostatnim rozbiorze Polski. Wykładał ją w r. 1804, podług Plenka, prof tymczasowy Knobloch; za Księstwa Warszawskiego Seb. Girtler, a od roku 1811 Boduszyński; w roku 1815 — Woźniakowski, od r. 1816 znowu Girtler zaś od r. 1838 do 1851 — Fryderyk Hechell, po nim od r. 1852 do 1860 Antoni Bryk, a od 1861 do 1865 Karol Gilewski. Stale i na dłużej została obsadzoną katedra medycyny sądowej w r. 1866, kiedy zamianowany został Stanisław Janikowski, warszawianin, wychowaniec Uniw. dorpackiego, gorliwy na wielu polach obywatel i płodny pisarz; za jego czasów w r. 1873 utworzony został Zakład medycyny sądowej w 2-izbowym budynku po za kliniką lekarską, lecz właściwie był to nie tyle Zakład naukowy, ile sala sekcyjna i kancelarya profesora. Stanisław Janikowski był od r. 1869 do 1876 współredaktorem »Przeglądu lekarskiego«, a nadto od r. 1877 do 1880 kierował wydawnictwem »Dwutygodnika medycyny publicznej«. Zostawił nader liczną spuściznę literacką, a najwyższą zasługę położył dla języka ojczystego, wydając wspólnie z Oettingerem i Al. Kremerem — »Słownik terminologii lekarskiej polskiej« (r. 1881). Umarł w Krakowie w r. 1881.

Po śmierci Janikowskiego wykłady policyi lekarskiej poruczono zastępczo doc. Kazimierzowi Grabowskiemu.

Następcą Janikowskiego na katedrze medycyny sądowej został mianowany Leon Halban (Blumenstock). Urodził się w Krakowie 1838 r. Wszystkie szkoły odbył w mieście rodzinnem. W r. 1869 habilitował się do wykładów medycyny sądowej w Wydziale prawniczym, po 2-ch latach mianowany został prof. nadzwyczajnym, a w 1881 r. objął katedrę medycyny sądowej już w Wydziale lekarskim, jako profesor zwyczajny. Były to czasy świetnego rozkwitu tej gałęzi medycyny w Europie; a znalazła ona znakomitego u nas krzewiciela w Halbanie. Podstawowa jego wiedza prawnicza i lekarska była głęboka, umysł krytyczny, pracowitość i oczytanie wielkie; ztąd każda praca naukowa Halbana, każde jego orzeczenie sądowo-lekarskie, nosiły na sobie cechy niepospolitego talentu i rozumu.

Zestosunkowany był z pierwszorzędnymi przedstawicielami medycyny sądowej w całej Europie. Napisał około 160 rozpraw z zakresu okulistyki, medycyny sądowej i publicznej. W ciągu lat kilkunastu redagował »Przegląd lekarski« z wielkim talentem i powodzeniem. Był znakomitym stylistą, pisał obrazowo i nie ma ani jednej jego pracy, któraby i dziś nie miała wartości naukowej. Za jego profesorstwa przeniesiono Zakład medycyny sądowej do umyślnie najętego domu przy zbiegu ulic Kopernika i Kolejowej. W nowym przybytku znalazły się już przyrządy do naukowego badania, a 60 zgromadzonych okazów stanowiły początek Muzeum medycyny sądowej. W r. 1895, zatem w czasie już choroby Halbana, Zakład medycyny sądowej został wraz z innymi przeniesiony do *Collegium medicum.* Złamany chorobą, po długich latach znakomitej i wytrwałej działalności, przeszedł w r. 1896 w stan spoczynku i gasnąc powoli, zakończył w marcu 1897 r. zasłużony żywot.

Następcą Halbana mianowany został jego uczeń i asystent, a obecnie profesor zwycz. medycyny sądowej, Leon Wachholz.

Nowy Zakład medycyny sądowej ma 8 sal; 3 z nich stanowią pracownie: mikroskopową, fotograficzną i chemiczną. Pracownie te posiadają wszelkie przyrządy, stosowane w naszych czasach do badań sądowo-lekarskich. Muzeum zawiera 300 okazów, nagromadzonych przeważnie w ostatnich latach. Zakład posiada bogaty księgozbiór, do 1000 dzieł poważnych, nagromadzony głównie staraniem prof. Halbana, który sam przeszło 400 dzieł Zakładowi zapisał.

XIV. Zakład higieny powstał w Krakowie dopiero w r. 1893. Nauka higieny zwykle łączoną była z innemi gałęziami medycyny. W Krakowie doc. Kazimierz Grabowski rozpoczął w r. 1874 wykłady higieny, jako nauki samoistnej. Pierwszym profesorem i kierownikiem Zakładu higienicznego Uniw. Jagiell. jest obecny profesor zwycz. O. Bujwid.

Zakład higieny mieści się w domu najętym, którego zaletą jest to, że stanowi odrębną całość, oraz obejście, mogące pomieścić ubikacye na zwierzęta. Instytut ma pracownię chemiczną i mikroskopową. Osobny pokój jest przeznaczony na szczepienia ochronne od wodowstrętu, w którym do tej pory zaszczepiono 1100 osób. Od r. 1894 prowadzą się doświadczenia nad otrzymywaniem surowic leczniczych; z powodu braku miejsca, doświadczenia te robią się od niedawnego czasu w okolicznej wiosce Cześławiu, własności prof. Bujwida, gdzie się mieści 35 koni. Przygotowanie toksyn do szczepień i doświadczeń odbywa się w Zakładzie higieny. Z inicyatywy prof. Bujwida rozpoczął Zakład od r. 1895 tępienie gruźlicy u bydła za pomocą tuberkuliny, którą przygotowuje. W związku z Instytutem higienicznym i pod wspólnem kierownictwem jest rządowy Zakład badania środków spożywczych, istniejący od r. 1898.

XV. Zakład patologii ogólnej i doświadczalnej należy również do Instytucyj niezbyt dawnych w Krakowie. Patologię ogólną, jako naukę samoistną, wykładał długi szereg lat Skobel, po nim zastępczo doc. Zawilski, a po jego śmierci prof. Stan. Domański. Oceniając wysoką doniosłość kierunku doświadczalnego w patologii. Wydział lekarski już w r. 1876 rozpoczął starania, aby ta katedra do tej pory teoretyczna, zamienioną została na doświadczalną. W r. 1879, po zamianowaniu prof. Adamkiewicza, uzasadnionemu temu życzeniu stało się zadość. Początkowo, w r. 1880, Zakład mieścił się w mieszkaniu najętem przy ul. Kopernika, L. I.; szczupłość miejsca, utrudniająca zadanie tego Instytutu, spowodowała przeniesienie go do nieco obszerniejszego umieszczenia pod L. 8 przy tej samej ulicy. Po przejściu prof. Adamkiewicza w tymczasowy stan spoczynku r. 1892, objął katedrę patologii ogólnej i doświadczalnej Antoni Gluziński, ówczesny profesor nadzwyczajny patologii i terapii szczegółowej, a obecny profesor i kierownik kliniki lekarskiej we Lwowie. W r. 1895 Zakład został przeniesiony do nowego budynku *Collegium medicum,* w którym zajmuje obszerne i do celu przystosowane ubikacye. Po przeniesieniu się prof. Ant. Gluzińskiego do Lwowa w r. 1897, kierownictwo Zakładu objął docent Karol Klecki, zrazu prowizorycznie, zaś od maja 1898 r. na stałe, jako profesor nadzwyczajny patologii ogólnej i doświadczalnej.

Zakład ma dwie części: w 1-szej znajduje się sala wiwisekcyjna, pracownie: bakteryologiczna i histologiczna, sala do operacyj aseptycznych, stajnie dla zwierząt; w 2-iej: pracownia mikroskopowa, chemiczna, izba dla wag i izba ciemna. Zbiory Zakładu nie są liczne, jako też i biblioteka, co się tłómaczy niedawnem istnieniem Zakładu; początki te jednak są cenne, zwłaszcza bogaty jest zbiór preparatów mikroskopowych.

XVI. Zakład weterynaryi. Złoty wiek oświaty w Polsce nie ominął i tej gałęzi wiedzy. W r. 1501 wydał nieznany autor książkę pod tyt.: „Lekarstwa końskie, doskonale doświadczone od wielu stalmistrzów, kthemu nowo przydano, jako koń ma być sprawion ku zawodu, y innych wiele rzeczy nowych y sprawnych przydano kthemu“. W dziele, które Siennik, wydał w Krakowie w 1564 r., znajduje się rozprawa również nieznanego z nazwiska autora p. t.: „Nauka lekarstw końskich dobrze doświadczona od roztropnych masztalerzów, kowalów i roztrucharzów, którzy się z tem najwięcej obierają“. — Krzysztof Dorohostajski ogłosił drukiem w r. 1603 książkę zatytułowaną: „Hipika, to jest o koniach księga“. — Fabian Cemezr napisał książkę w r. 1624: „O stadzie, to jest krótkie opisanie i t. d.“ Prócz tych pisali jeszcze w wieku XVII Guczon Paweł, Haur Jakób Kazimierz i inni. W w. XVIII założono w Polsce parę szkół weterynarskich. Po pierwszym zaborze Krakowa rząd austryacki uwzględnił weterynaryę w programacie nauk, wykładanych w Uniw. krakowskim i ustanowił osobnego profesora, nazwiskiem Adami, któremu w r. 1805 przydany był do pomocy Aloizy Estrejcher, a w r. 1809 Ad. Rudnicki. Ten, po ustąpieniu Adamiego w r. 1810 zajął jego miejsce i piastował je jeszcze za czasów Księstwa Warszawskiego. Po Rudnickim, profesorem weterynaryi był Linhard (1812), lecz po roku ustąpił, a rząd wyznaczył na jego miejsce zastępczo S. Girtlera, który myśl swoją, objawioną jeszcze w r. 1810, o potrzebie założenia Zakładu praktycznego nauczania weterynaryi, wznowił w r. 1817. Na zasadzie tych przedstawień, komisarze,

organizujący Uniwersytet, przyznali stały fundusz na katedrę weterynaryi i postanowili założyć w Łobzowie Szkołę agronomiczno-weterynarską. Ten znakomity projekt, niestety, nie został nigdy wykonany. Przy reorganizacyi Uniwersytetu w r. 1833 przydzielono wykłady weterynaryi profesorowi Instytucyj lekarskich dla uczniów chirurgii niższej. Myśl założenia Instytutu weterynaryi i później nieraz była podnoszoną i popieraną przez Uniwersytet, lecz dla braku funduszów przez Senat rządzący przeprowadzoną nie została; postanowiono jednak zaradzić temu choć częściowo i w r. 1838 wysłał rząd Rzeczypospolitej krakowskiej Dra Wawrzyńca Domańskiego i Józefa Müllera do Wiednia, dla wydoskonalenia się na przyszłych nauczycieli weterynaryi przy Uniw. Jagiell.; po powrocie w r. 1841 i złożeniu egzaminu, W. Domański został mianowany zastępcą nauczyciela, zaś w r. 1845 rzeczywistym nauczycielem weterynaryi, a zwolniono z tych obowiązków Józefa Müllera, który od r. 1833 wykładał dla uczniów medycyny o chorobach epizootycznych. W dalszych latach wykłady weterynaryi odbywały się zastępczo, przeważnie przez fizyków m. Krakowa. W r. 1867 mianowany został Karol Rasp jako docent weterynaryi. Po ustąpieniu Raspa objął te wykłady docent Ant. Barański; w r. 1884, po zamianowaniu Barańskiego prof. szkoły weterynaryi we Lwowie, zastępował go fizyk miejski dr. Jan Buszek do r. 1890, w którym habilitował się dr. Jędrzej Walentowicz. Mianowany po roku profesorem nadzwyczajnym weterynaryi, Walentowicz oddał się z zapałem swemu zadaniu, przyczem usiłował wytworzyć Muzeum, pracownię, a marzył i o klinice; przedwczesna śmierć r. 1897 rozwiała te szczytne zamiary. Walentowicza zastąpił dr. Piotr Seifman, lecz stan zdrowia tego zasłużonego seniora weterynarzy polskich nie pozwolił mu długo pozostawać na stanowisku. Po ustąpieniu Seifmana w r. 1898, zastępczo wykładał weterynarz miejski, Papée, a w 1899 mianowany został profesorem nadzwyczajnym weterynaryi dr. Julian Nowak, obecny profesor tego przedmiotu. Pomimo gorliwych zabiegów Walentowicza, Zakład weterynaryi nie stoi jeszcze na wysokości potrzeb: wdzięczne, lecz niełatwe zadanie dźwignięcia tej Instytucyi przypadnie obecnemu profesorowi.

Rzuciwszy okiem wstecz, stwierdzamy od 100 lat stały, w parze z wymaganiami czasu idący rozwój Wydziału lekarskiego Uniwers. Jagiellońskiego. W r. 1796 było profesorów 5, prosektor 1; w 1850 — profesorów 9, nauczyciel 1, adjunktów 6; w 1900—profesorów zwyczajnych 12, nadzwyczajnych 11, docentów 12, asystentów 32. Zatem do ciała nauczającego w Uniw. Jagiell. w r. 1796 należało osób 6, w 1850 — 16, a obecnie jest 67.

Jeszcze wybitniejsza zachodzi różnica w liczbie Zakładów uniwersyteckich: przed 100 laty Wydział lekarski posiadał zaledwo zaczątek Instytutów klinicznych, obecnie zaś nalicza klinik uniwersyteckich 6, jeden oddział szpitalny, służący do celów klinicznych i 9 Zakładów, mieszczących muzea i pracownie naukowe*).

W obecnym czasie wykładają — profesorowie zwyczajni: Edward Korczyński, Bronisław Kader, Henryk Jordan, Bolesław Wicherkiewicz, Maciej Jakubowski, Kazimierz Kostanecki, Napoleon Cybulski, Tadeusz Browicz, Józef Łazarski, Leon Wachholz, Aleksander Stopczański, Odon Bujwid. Profesorowie nadzwyczajni: Walery Jaworski, Stanisław Pareński, Stanisław Domański, Przemysław Pieniążek, Rudolf Trzebicky, Karol Klecki, Władysław Reiss, Karol Żuławski, Stanisław Ponikło, Julian Nowak, Stanisław Ciechanowski. Docenci: Aleksander Bossowski, Aleksander Rosner, Stanisław Braun, Aleksander Baurowicz, Leon Kryński, Jan Raczyński, Ludomił Korczyński, Wincenty Łepkowski, Ludwik Świtalski, Michał Seńkowski, Maksymilian Rutkowski, Ignacy Lemberger.

---

*) W opracowanin tego „Szkicu“ posługiwałem się ogłoszonemi już źródłami przez Muczkowskiego, Majera, Skobla, Oettingera Brodowicza, Gąsiorowskiego, oraz Sprawozdaniami różnemi Uniw. Jagiellońskiego i życiorysami, skreślonymi przez różnych autorów.

KNOLL i Sp. Ludwigshafen nad Rh.

CODEIN phosph. „KNOLL" zastępują
CODEIN purum „KNOLL" morfinę.

Skuteczny środek na kaszel.
Nieodzowny dla gruźliczych.

DIURETIN (KNOLL) uznany lek moczopędny

Wskazany w puchlinie z powodu chorób tak serca, jak i nerek, często skuteczny tam, gdzie Digitalis nie skutkuje, polecany także w Asthma cardiale, angina pectoris i t. d.

I. KONCESYONOWANY

ZAKŁAD KROWIANKOWY

Prof. J. KUBICKIEGO

pod nadzorem władz, poleca wypróbowaną **krowiankę: 1 fiola** na 8—10 szczepień **1 kor. i porto.**

Lwów, ul. Leona Sapiehy 10.

Dr. Andrzej Lorentski

ordynuje jak lat ubiegłych w KRYNICY

willa Litwinka.

Stacya kolei **Iwonicz** Powozy na stacyi.	Poczta i telegraf apteka w miejscu.

IWONICZ

Najznakomitsze szczawy słono-alkaliczne, jod, brom i żelazo zawierające. Kąpiele słone, jodo-bromowe, borowinowe, igliwiowe, zimne basenowe, zabiegi hydropatyczne, masaż, zakład gimnastyczny. Oświetlenie elektryczne, wodociągi, woda do picia źródlana. W roku b. nowe łazienki II klasy. Pora kąpielowa od 20 maja do końca września. Do 20 czerwca i od 20 sierpnia mieszkania tańsze i w tej tylko porze świadectwa ubóstwa będą uwzględniane. Wodę, sól i ług można dostać we wszystkich składach wód mineralnych i w Zakładzie zdrojowym. Zgłoszenia załatwia i prospekta wysyła opłatnie Zazząd Zakładu.

Dr. Klemens Dębicki,
lekarz i kierownik Zakładu.

Sanguinal

Znany i skuteczny organiczny przetwór żelezisty, działający pewnie w chorobach krwi, jest nieprześcigniony w zastósowaniu w białaczce, niedokrewności i w następowych cierpieniaach. Do nabycyia

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chin. mur. 0,05.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05.
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreozot 0,05 i 0,10.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guaj. carbou. 0,05 i 0,10.
5. Pilul. Sauguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004 grm.

Nowsza literatura:

J. A. Goldmann, Medic.-chirurg. Centralbl., XXXIII, Nr. 42.
Freudenberg, Reichs Medicinal-Anzeiger, 1899, Nr. 4.
Bandelier, Therapeutische Monatshefte, 1899, marzec.

Literaturę i próbki wysyła

Apt. Krewel i Sp. fabryka chem.-farm. przetworów

Kolonia nad Renem.

CAŁY ROK OTWARTE

SANATORYUM
BYSTRA obok BIELSKA

stacya kolei Dziedzice-Żywiec

450 metrów nad poziom morza w, górskiej i lesistej okolicy.

Hydro- i elektroterapia: **kąpiele w świetle elektrycznem,** mięsienie, gimnastyka lecznicza czynna, bierna i szwedzka, kuracye dyetetyczne i terenowe. **Wytworne urządzenie.**

Oświetlenie elektryczne wszystkich ubikacyj; water-closets i wodociągi.

Właściciel i kierownik: ***Dr. Ludwik Jekeles,***
145 b. sekundaryusz szpitala Rudolfa w Wiedniu.

Medale na wystawach we Wiedniu, w Filadelfii, w Paryżu, w Sydney.

PROCÉDÉ LIMOUSIN Btè S.G.D.G. PATENT-MEDICIN OBLATE PARIS

PAPROĆ i KALOMEL

przeciw **TASIEMCOWI** przygotowany przez **LIMOUSINA**

Flakon zawierający 16 kapsułek dozowanych podług przepisu Dra Créquy wystarcza do wyleczenia. (*Wysełka przez pocztę*)

W Aptece **LIMOUSIN'A** ✱, ulica Blanche, № 2 *bis*, w **PARYŻU** i w głównych aptekach.

[illegible] Ehrbara i Ruckera; w Krakowie w aptekach PP. Redyka, Wiszniewskiego i Trauczyńskiego.

Dra BREHMERA

ZAKŁAD LECZNICZY DLA CHORYCH NA PŁUCA

Görbersdorf na Śląsku

Leczenie zimą i latem.

Lekarz naczelny Dr. Karol Schloessing, były asystent Radcy t. Profesora Dra Strümplla w Erlandze.

Cenniki na żądanie przez

Zarząd.

18

Rok XXXIX. Kraków, 16 Czerwca 1900. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych I. b. Szpitala Sgo Łazarza w Krakowie.

W sprawie wstrzykiwań śródżylnych Hetolu (natrium cinamilicum) w przebiegu gruźlicy płuc metodą Landerera.

Napisał

prymaryusz Dr. Antoni Krokiewicz.

„Dotyczas nie posiadamy środka leczniczego swoistego przeciw gruźlicy płuc“. W te mniej więcej słowa odezwał się Kobert na Zjeździe w Berlinie w r. 1899, zwołanym dla zwalczania tej strasznej choroby obecnego stulecia (Bericht über den Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit. Berlin 1899, S. 365 i t. d.), a zdanie to zyskało powszechne uznanie obecnych uczestników. Wprawdzie Petruschky (Die specifische Behandlung der Tuberculose. Berl. klin. Woch. 1899, Nr. 51) poleca ponownie gorąco w przypadkach bardzo wczesnych zmian gruźliczych tuberkulinę jako środek leczniczy swoisty, to jednak rzecz ta potrzebuje jeszcze dalszego potwierdzenia. Ze środków leczniczych farmakologicznych zaleca Kobert, opierając się na własnem doświadczeniu i na spostrzeżeniach klinicznych z górą 50000 przypadków chorobowych, udzielonych mu przez przeszło 200 wybitnych lekarzy, stosować w gruźlicy płuc, przewodu pokarmowego i gruczołów obok zmodyfikowanego leczenia sposobem Brehmera nieszkodliwe przetwory kreozotu, jak kreozotal i duotal (Leyden, Cornet), przyczem nadmienia, iż korzystne ich działanie odnieść należy nie do zdolności niszczenia jadu gruźliczego, lecz do wzmożenia łaknienia, poprawy trawienia, podniesienia sił chorego, tudzież do powstrzymywania rozwoju t. zw. zakażenia mięszanego.

W ostatnich latach Landerer wprowadził pomiędzy środki lecznicze przeciw gruźlicy kwas cynamonowy i jego sole. Wprawdzie kwasu cynamonowego i jego soli już od 18 lat używano w gruźlicy, to jednak dopiero Landerer starał się przyczynić do szerszego ich zastosowania wskazując odnośną technikę, polegającą na wstrzykiwaniu śródżylnem lub śródmięśniowem wspomnianych przetworów leczniczych. Przy tym sposobie na 158 przypadków, leczonych na gruźlicę płuc po 1 marca 1899 roku, miał Landerer uzyskać wyzdrowień 88 tj. 55·7% i polepszeń 35 tj. 22·1%, czyli w całości w 77·8% przypadków pomyślne, a tylko w 22·2% niekorzystne wyniki. (Anweisung zur Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure v. Dr. A. Landerer. Leipzig 1899). Według Landerera korzystne działanie kwasu cynamonowego i jego soli odnieść należy do wytwarzania się ogólnej leukocytozy, tudzież aseptycznego zapalenia około ogniska gruźliczego. Wskutek aseptycznego zapalenia około ognisk gruźliczych przychodzi z początku do obwałowania i przesiąknięcia ich ciałkami białemi; następnie w miarę coraz większego rozwoju młodej tkanki ziarninowej wraz z nowemi naczyniami krwionośnemi, ulega serowate ognisko gruźlicze wessaniu, pozostawiając na swem miejscu tkankę bliznowatą, włóknistą. Wogóle zmiany histologiczne, które kwas cynamonowy wywołuje w tkankach gruźliczych, są takie same jak w samoistnem gojeniu się ognisk gruźliczych, — tylko żywsze i energiczniejsze.

Kwas cynamonowy nie działa uodporniająco; najprawdopodobniej działa w postaci jakiejś aleksyny lub przeciwtrutki (Antikörper) tak, że jad prątków gruźliczych z solami kwasu cynamonowego łączy się na ciała nietrujące. Prątki gruźlicze w pierwszych miesiącach tylko nieznacznie są zaatakowane, trudniej się barwią; później mają zamierać.

W roku 1897 ogłosił Heusser (Therapeutische Monatshefte Nr. 9) wyniki leczenia kwasem cynamonowym w 22 przypadkach suchót płucnych, przyczem w 6 przypadkach miał uzyskać wyleczenie, a w 12 przypadkach poprawę; z pozostałych przypadków jeden zakończył się śmiercią, a 3 leczone były bezskutecznie. Z 6 wyleczonych przypadków 3 należały do postaci lżejszej (zagęszczenie bez zmian rozpadowych z umiarkowaną gorączką), 3 zaś do postaci cięższej (jamy z gorączką umiarkowaną). Z 12 chorych, którzy doznali polepszenia, 3 należało do gromady pierwszej, a 9 do drugiej. U 7 z tych chorych poprawa jest stała; 2 zmarło po upływie $\frac{1}{2}$—1 roku; o 3 wiadomości późniejszej nie ma.

Chorzy, przebywający w Davos, o wiele rychlej doznawali polepszenia poddając się leczeniu kwasem cynamonowym; również rzadziej u nich występowały nawroty choroby.

Heusser wstrzykiwał kwas cynamonowy tylko w mięśnie pośladkowe. Używał 5% zawiesiny; rozpoczynał dawką 0,1 gm. powiekszając dawkę o 0,1 gm. co drugi dzień; największa dawka wynosiła 1.00. Po ustąpieniu objawów chorobowych radzi Heusser stosować to leczenie jeszcze przez miesiąc. Czas trwania leczenia w ogóle ma wynosić od 5—6 miesięcy.

Po wstrzyknięciu doznawali chorzy niekiedy uczucia palenia w miejscu ukłócia. Zawroty głowy raz tylko można było zauważyć; natomiast częstokroć odczuwali chorzy podmiotowo pewnego rodzaju ogólne znużenie, a rzadko doznawali nawałów do głowy.

Zgodnie z Landererem utrzymuje Heusser, iż 1) w kwasie cynamonowym posiadamy środek, działający silnie na tkanki gruźlicze; 2) wstrzykiwanie kwasu cyna-

monowego w pośladki jest nieszkodliwe przy zachowaniu pewnych ostrożności; 3) wstrzykiwania kwasu cynamonowego mogą w wielu przypadkach wyleczyć gruźlicę; 4) kwas cynamonowy nie jest swoistym środkiem przeciw gruźlicy.

Zapatrywania Landerera stwierdzają i lekarze rosyjscy, jak Gortscharenko, Lowski, Jurjew (Sammelreferat, Wiener med. Blätter Nr. 2, 3, 4 r. 1900). Obydwaj pierwsi zauważyli przy stosowaniu kwasu cynamonowego u chorych gruźliczych zwiększenie ciężaru ciała, ustanie potów, polepszenie ogólnego stanu i wyleczenie początkowych okresów gruźlicy płuc; ostatni zaś w drodze doświadczalnej wykazuje korzystne działanie na sprawę gruźliczą u zwierząt, chociaż nieco odmienniej rzecz tłómaczy, niż Landerer.

Korzystne wyniki leczenia gruźlicy płuc kwasem cynamonowym i przetworami arsenu podaje Hoff z polikliniki prof. Stofelli w Wiedniu w rozprawie; „Die Arsen-Zimmtsaüre-Therapie der Lungentuberculose“ (Aerztlicher Central Anzeiger Nr. 33, 1899). Hoff podawał chorym na gruźlicę płuc wewnętrznie arszenik z kwasem cynamonowym według następującego przepisu:

Rp. Acidi arsenicosi 0,10
Kali carbon. dep. 0,20
Acid. cinamylici 0,30
Aqu. destill. 5.00
Coque usque ad perfectam solutionem (3/4 h.) dein adde:
Cognac 2·5
Extr. laud. aquos. 0,5.
quod in aqua destill. 2·5 sol. dein filtratum sit.

S. Po obiedzie i po kolacyi od po 6 — po 22 kropli zwolna postępując, zażywać.

Hoff dowodzi na podstawie spostrzegania klinicznego przeszło 100 przypadków chorobowych, iż niejednokrotnie przy prawidłowym stanie nerek uzyskał korzystne wyniki leczenia u chorych na gruźlicę płuc.

Nie wdając się w bliższy krytyczny rozbiór przytoczonego powyżej farmaceutycznego przepisu sporządzania leku, zawierającego arsen i kwas cynamonowy, musimy ze swej strony wyrazić wątpliwość, czy wobec trudnego rozpuszczania się kwasu arsenawego w wodzie (kwas arsenawy rozpuszcza się po długim czasie w wodzie w rozczynie 1%, a arsenian potasowy w tem samem rozcieńczeniu nieco szybciej) i łatwego ulatniania się kwasu arsenawego przy ogrzewaniu, środek przez Hoffa polecony zawiera rzeczywiście podaną ilość arszeniku.

Mniejszą wartość leczniczą przypisuje kwasowi cynamonowemu w gruźlicy płuc Fryc Fränkel z Heidelbergu. (Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsaüre. Deutsches Archiv f. klin. Medicin 65. Bd. 5 u. 6 H. 1900).

Wychodząc z założenia, iż jest obowiązkiem klinicysty, rozporządzającego większym materyałem szpitalnym, zbadać każdy środek leczniczy, choć nie swoisty, działający korzystnie w przebiegu gruźlicy płuc, podjąłem odnośne doświadczenia z hetolem na moim oddziale, a to tem bardziej, że do tego zachęcały mnie korzystne wyniki, podawane przez Landerera i Heussera. Do doświadczeń używałem hetolu z fabryki chemicznej „Kalle & Comp.“ w Biebrich nad Renem, a stosowałem wyłącznie wstrzykiwania rozczynów hetolu do żył. Postępowałem ściśle według prawideł antyseptyki. Po dokładnem obmyciu ramienia i przegubu łokciowego rozczynem 1‰ sublimatu, a następnie 96% wyskokiem i eterem, tudzież po założeniu opaski elastycznej, uciskającej w górnej części ramienia, w celu wywołania nabiegnięcia żył w przegubie łokciowym, a tem samem dokładnego ich zarysowania, wstrzykiwałem strzykawką Prawatza rozczyny hetolu do żył. Strzykawkę przed każdym zabiegiem dokładnie wygotowywałem w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej 0·6% przez 5 — 6 kwadransy w celu zupełnego wyjałowienia i następnie po każdorazowem użyciu przepłókiwałem wyjałowionym rozczynem 0·6% soli kuchennej. Toż samo i rozczyny hetolu, sporządzone na rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, zagotowywałem przed każdem użyciem na 5 minut w celu wyjałowienia. Wstrzykiwania wykonywałem co 2 lub 4 dzień, ściśle według wskazówek Landerera, poczynając od dawki 0,0005 gm. i zwiększając każdym razem w miarę dozwalających okoliczności o 0,0005 gm. W razie podniesienia się ciepłoty do 38·2° C. lub wystąpienia krwioplucia lub innych zaburzeń natychmiast przerywałem wstrzykiwania, przyczem nadmienić należy, iż w każdym przypadku, przeznaczonym do leczenia wstrzykiwaniami hetolowemi, przez cały czas pobytu chorego w szpitalu mierzono ściśle ciepłotę ciała trzy razy dziennie t. j. rano, w południe i nad wieczorem koło godz. 6-ej. W ten sposób poddałem leczeniu hetolem 43 chorych na gruźlicę płuc, przyczem w 25 przypadkach leczenie ograniczyłem wyłącznie do stosowania wstrzykiwań śródżylnych rozczynów hetolu, a w 18 przypadkach oprócz tychże wstrzykiwałem podskórnie i kwas arsenawy. Wogóle wykonałem wstrzykiwań hetolowych 924, zużywając w całości hetolu 4.136 gm. i nigdy nie zauważyłem jakiegokolwiek powikłania po wstrzykiwaniach śródżylnych; owszem chorzy zabieg ten bardzo dobrze i bez wszelkiego odczynu miejscowego znosili.

Wynik doświadczeń przedstawia się następująco:

I. Wyleczenie mogłem zauważyć w jednym przypadku.

1) Wasserberger St. l. 33. Od 6 tygodni chory; kaszel, rozwolnienie; poty; od 4 dni krwioplucie. Przyjęty na oddział 12/9.

St. praes. C. 37·8° C; w obu szczytach przytłumienie, zwłaszcza w lewym; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, zbliżone do oskrzelowego; rzężenia dość liczne· W moczu ślad białka. Badanie na prątki według skali Czaplewskiego: Cz.[1]) = $\frac{2}{\infty}$; plwociny w skąpej ilości, śluzowo-ropne.

Przez dziesięć dni spostrzegania klinicznego stwierdzić można: poty silne, dreszcze, kaszel częsty, plwociny w skąpej ilości od czasu do czasu z domieszką krwi świeżej; stan podgorączkowy. Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 22/9; waga ciała wynosiła 50 kg 50 dk. Ukończono zaś wstrzykiwania 6/11; waga ciała: 56 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 46 dni; wykonano 23 wstrzykiwań. a wstrzyknięto wogóle 135 mg. hetolu = 0.135 gm.; najwyższa dawka wynosiła 0,01 gm.

Po drugiem wstrzyknięciu poty i dreszcze ustąpiły; również ustąpił i stan podgorączkowy. Kaszel mniejszy, stolec zaparty. Stan chorego z każdym dniem lepszy; raz tylko podczas całego spostrzegania klinicznego wystąpiły nad wieczorem po zastrzyknięciu w porze przedpołudniowej 0,005 hetolu — poty; później ich nie było. Apetyt ciągle dobry; kaszel mały; brak plwocin.

31/XI wypuszczono chorego ze szpitala. Przy badaniu stwierdzić można było tylko w szczycie prawym wypuk krótszy bez rzężeń i zaostrzone tamże szmery oddechowe: zresztą brak jakichkolwiek zmian chorobowych w płucach. Białkomocz ustąpił. Chory czuje się znacznie silniejszy; trawi doskonale. W ciągu 46 dni przybyło chorego na wadze w czasie stosowania wstrzykiwań śródżylnych hetolowych o równe 6 kilogr.

[1]) Licznik oznacza ilość prątków; mianownik ilość pól widzenia.

W 3 miesiące potem badałem chorego w szpitalu; stan jego niezmieniony; w skąpej plwocinie brak prątków gruźliczych pomimo, iż przez ów czas pełnił obowiązki posługacza publicznego i ożenił się.

II. Przypadki, w których przy stosowaniu wstrzykiwań rozczynów hetolu do żył nastąpiło znaczne polepszenie, przedstawiają się pokrótce następująco:

2) Piątek M. l. 27. Od kilku miesięcy chory; od miesiąca pogorszenie, kaszel, kłucie w bokach, gorączka, poty. Przyjęty na oddział 15/9. *St. praes.*: C. 37 8° C. W szczycie lewym stłumienie, szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte świstami, furczeniami, rzężeniami. Zresztą szmery oddechowe zaostrzone, pokryte tu i owdzie świstami. Śledziona duża, twarda. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{1}$; plwociny obfite, ropne. Przez 7 dni spostrzegania klinicznego stwierdzić można częsty kaszel, poty i dreszcze, które po chininie ustąpiły. Rozpoczęto wstrzykiwania 22/IX; waga ciała wynosiła 51 kg. 20 dk. Ukończono zaś wstrzykiwania 10/XI; waga ciała wynosiła 55 kg. 20 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 54 dni; wykonano 27 wstrzyknięć, a wstrzyknięto wogóle 184 mg. = 0·184 gm. hetolu; najwyższa dawka wynosiła 0.01 gm. hetolu.

W czasie pierwszych wstrzykiwań wkrótce po wstrzyknięciu pojawiała się ciepłota 37·4° — 37 8° C, małe poty; później objawy te ustąpiły i tylko od czasu do czasu ciepłota wieczorna dochodziła do 38°—38 2° C., co jednak po części raczej należało odnieść do zimnicy (po chininie ustąpiła), a nie do działania hetolu. Po 16 wstrzyknięciu aż do końca brak zupełny gorączki, apetyt doskonały, trawienie bardzo dobre, kaszel mały, odpluwanie skąpe.

11/XI. Chory czuje się znacznie lepiej; brak zupełny dreszczów i potów. Kaszel b. mały; odpluwanie skąpe; w plwocinach brak prątków. W obu szczytach stwierdzić można zaledwie przytłumienie, zaostrzone szmery oddechowe; w szczycie lewym zaledwie na szczycie wdechu skąpe furczenia. Chorego przybyło na wadze w ciągu 54 dni o równe 4 kg.

Dnia 23/I 1900 r. zgłosił się znów na oddział z powodu kaszlu i gorączki, która jednak dopiero od kilku dni miała się pojawić. Waga ciała wynosiła wówczas 52 kg. 70 dk. Badanie wykazało rozległe świsty i furczenia obok przytłumienia w obu szczytach, a zwłaszcza w szczycie lewym, i rzężenia tamże. W plwocinach skąpe prątki. Chory pozostawał w leczeniu szpitalnem przez 38 dni, przyczem dostał 19 wstrzyknięć śródżylnych hetolowych o łącznej zawartości 57 mg. = 0·057 gm., przyczem najwyższa dawka wynosiła 0.0045 gm. I wówczas chory znosił doskonale wstrzykiwania i dn. 3/III opuścił szpital w takim stanie, jak w dniu 11/XI r. 1899, a z przybytkiem na wadze o 5 kg. 30 dk.

3) Sredniawa Andrzej l. 19. Od 6 tygodni chory; poty i dreszcze, kaszel, osłabienie. Przyjęty do szpitala 21/IX.

St. praes.: Płuco prawe; z przodu stłumienie do 2 żebra, z tyłu do grzebienia łopatki; z głębi rzężenia dźwięczne, szmery oddechowe zbliżone do oskrzelowego. Płuco lewe: z przodu stłumienie do 3 żebra, z tyłu do ½ łopatki; oskrzelowy, rzężenia dźwięczne. Poty obfite; C. 38·3° C, badanie na prątki: Cz. = $\frac{5-8}{1}$. Przez 7 pierwszych dni stan jednaki, tylko gorączka nieco mniejsza.

Rozpoczęto wstrzykiwanie hetolu 28/IX; waga ciała 46 kg. 48 dk. Ukończono wstrzykiwania 10/XI; wykonano 22 wstrzykiwań, a wstrzyknięto wogóle 132·5 mg. = 0·1325 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,01. Po 6 wstrzyknięciu kaszel prawie ustał; stan stale bezgorączkowy; dreszcze i poty ustały; trawienie prawidłowe, apetyt doskonały. Chory czuje się lepiej. Stan taki utrzymuje się przez cały czas leczenia.

11/XI: *St. praes.*: Chory czuje się znacznie lepiej, jest silniejszy. Kaszel nieznaczny, plwociny skąpe, ropne. Płuco prawe: z przodu do 2-go żebra, z tyłu do grzebienia łopatki przytłumienie; brak rzężeń; szmery oddechowe zbliżone do oskrzelowego. Płuco lewe: Z przodu przytłumienie do 2-go żebra, wdech i wydech nieoznaczony, pokryty rzężeniami skąpemi; z tyłu do ½ łopatki odgłos przytłumiony, wdech i wydech zaostrzony ze skąpemi rzężeniami. Chorego przybyło na wadze o 4 kg. 72 dk.

4) Wolfkram Antoni l. 59. Od 3 miesięcy kaszel, osłabienie, poty chrypka, rozwolnienie. Przyjęty na oddział 22/IX.

St. pr.: W szczytach, zwłaszcza w lewym wypuk krótszy; szmery oddechowe nieoznaczone; na całej powierzchni płuc świsty, furczenia. Ciepłota ciała 37 7°—37 8° C; rozwolnienie. Badanie wziernikowe krtani, dokonane na oddziale laryngologicznym, wykazało: *Erosiones laryngis*. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{\infty}$.

Przez 6 dni spostrzegania klinicznego utrzymywał się stan ten sam. —

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 28/IX; waga ciała wynosiła 47 kg. Ukończono wstrzykiwania hetolu 26/XI; waga ciała 50 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 62 dni; wykonano 31 wstrzyknięć, a wstrzyknięto wogóle 214·5 mg. = 0·2145 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,01 gm.

Chory znosił wstrzykiwania doskonale; gorączki nigdy nie było. Ciepłota ciała 36·8—37° C: po 4 wstrzyknięciu ustąpiły poty, dreszcze i rozwolnienie: apetyt bardzo dobry, kaszel mniejszy. Chrypka ustąpiła 30/X. Jedyny objaw ujemny stanowiły bóle w krzyżach. Na wadze przybyło chorego o 3 kg. 50 dk.

Korzystny stan chorego utrzymywał się i po zaprzestaniu wstrzykiwań hetolowych.

Chory opuścił szpital dn. 5/XII, przyczem oględziny kliniczne stwierdziły: Stan sił chorego dobry. W samym szczycie prawym zagęszczenie bez rzężeń; w szczycie lewym zaledwie skąpe rzężenia na szczycie wdechu. Chrypki niema. Dnia 14/XII chory dla braku zajęcia wrócił do szpitala, gdzie przebywał do 7/I 1900. Przez czas ten również nie można było stwierdzić ani gorączki, ani potów, ani dreszczów, tylko mierny kaszel. Stan płuc nie uległ zmianie. Dnia 20/III r. 1900 chory został na trzeci zawód przyjęty do szpitala, a naówczas stwierdzić było można w szczycie lewym przytłumienie do grzebienia łopatki z dość licznemi furczeniami i rzężeniami, tudzież stan podgorączkowy i poty.

5) Mitka Józef l. 50. Chory od 6 miesięcy; kaszel, poty, dreszcze, ogólne osłabienie. Przyjęty do szpitala 23/IX 1899.

St. pr.: Płuco prawe w szczycie do 2-go żebra z przodu, a do grzebienia łopatki z tyłu okazuje przytłumienie; tamże oskrzelowy wdech i wydech; rzężenia. Płuco lewe okazuje w samym szczycie wypuk krótszy, skąpe świsty i furczenia. Poty mierne, dreszcze; stan podgorączkowy. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{3}{1}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 28/9; waga ciała wynosiła 53 kg. 50 dk. Ukończono wstrzykiwania 2/XI; waga ciała wynosiła 55 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 36 dni; wykonano 19 wstrzyknięć, a wstrzyknięto wogóle 92·5 mg. = 0·0925 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,0095 gm. hetolu. Waga ciała zwiększyła się o równe 2 kilogr.

Po czwartem wstrzyknięciu ustąpiły poty i dreszcze; kaszel mniejszy, plwociny skąpsze. Trawienie dobre. Chory znosił wstrzykiwania bardzo dobrze. Po 19 wstrzyknięciach stan znacznie lepszy. Ból w piersiach. Chory 3/XI nagle z powodu rodzinnych stosunków opuścił szpital.

6) Wyroba Teofila l. 62; przyjęta do szpitala 23/5 1899. Chora przebywała w szpitalu od 23/V — 22/IX 1899. Przez cały ten czas gorączka trawiąca, 39·5—40° C, z obfitymi potami, wyniszczeniem ogólnem; obfite plwociny ropne, brak zupełny łaknienia; osłabienie tak znaczne, iż sama kroku nie może zrobić. Tętno nitkowate; leki wszelkie bezskuteczne.

22/IX. *St. praes.*: Zagęszczenie w szczycie prawym, świsty, furczenia; w szczycie lewym stłumienie do 3-go żebra z przodu, a do grzebienia łopatki z tyłu; tamże wdech i wydech nieoznaczony; skąpe rzężenia. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{\infty}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania 10/IX; waga ciała 35 k. 15 dk. Ukończono wstrzykiwania 10/XI; waga ciała 35 kg. 75 dk. Po 14 wstrzyknięciu waga ciała wynosiła 36 kg. 15 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 50 dni; wykonano 25 wstrzyknięć; wstrzyknięto w całości 153 mg. = 0,153 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,015 gm.

Po 7 wstrzyknięciu gorączka spada z 39° C na 37·3° C; poty i dreszcze ustępują. Apetyt doskonały (przedtem zupełny brak); siły lepsze. Po 19 wstrzyknięciu stan chorej zadawalniający; w szczycie prawym szmery oddechowe zaostrzone, bez rzężeń; plwociny skąpe. Po 4 dniach atoli ciepłota dochodzi do 38° C wieczorem, występują

skąpe poty bez dreszczów nad ranem; kaszel nieznaczny i skąpe odpluwanie.

Chora opuściła szpital dn. 11/XI 1899 z polepszeniem i to wśród następującego stanu płuc: Wypuk w szczycie prawym krótszy: tamże z głębi słyszalne furczenia, wdech i wydech nieoznaczony. W szczycie lewym z przodu przytłumienie do 2go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki bez rzężeń. Chora, która poprzednio nie mogła się przejść o własnych siłach, swobodnie obecnie chodzi. (C. d. n.)

II. Oznaczenie punktu zamarzania (kryoskopia) moczu.

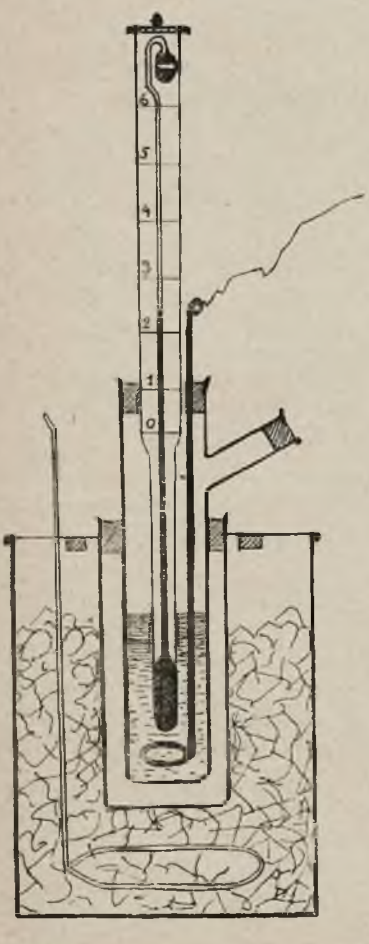
Podał

Dr. W. D. Moraczewski.

(Podług wykładu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem).

Tak zwana kryoskopia czyli „badanie lodu“ należy do coraz więcej uprawianych sposobów badania chemicznego. Wprowadzona przed 15 laty przez Raoulta do chemii organicznej znalazła od kilku lat zastosowanie w fizyologii, w chemii klinicznej i zdaje się, że badanie moczu wzbogaciło się przez to niepoślednio.

Kryoskopia jest tylko jedną gałęzią wspaniałego rozwoju nowożytnej chemii teoretycznej, powstałego dzięki pracom całego szeregu uczonych, którzy dawniejsze myśli i nowe poglądy wprowadzili do nauki chemii, wspierając je zdobyczami, poczynionemi w dziedzinie fizyki i matematyki.



Zasadniczą podstawą kryoskopii jest dokładne oznaczenie punktu zamarzania rozczynów. Przyrząd służący do tego zaopatrzony jest w czuły termometr, którego stopnie, podzielone na sto części, pozwalają odczytywać temperaturę z wielką ścisłością. Termometr zanurza się w płynie badanym, zawartym w grubej próbówce, próbówka ta spoczywa w innej szerszej, a a ta wreszcie w słoju napełnionym tłuczonym lodem i solą. Mięszaninę lodu i soli utrzymuje się w jednostajnej ciepłocie przez mięszanie drutem, zagiętym w formie pętli. Płyn, którego punkt zamrażania badamy, utrzymujemy w ciągłym ruchu przez lekkie mieszanie drucikiem platynowym, który poruszamy zapomocą sznureczka, przeciągniętego przez bloczek. Tym sposobem możemy mięszać z pewnej odległości i ciepłem oddechu nie wpływamy na termometr. Ponieważ termometr podzielony na tak wiele części byłby za długi, używamy tak zwanych stopni dowolnych na termometrze skróconym.

Jest to termometr, mający 6 do 8 stopni, zaopatrzony oprócz zwykłego zbiornika rtęci u dołu w zbiornik z rtęcią u góry. Do tego górnego zbiornika możemy zawsze część rtęci wydalić, albo z niego zaczerpnąć. Zostawiamy w termometrze tyle rtęci, żeby punkt zamarzania wody znajdował się w połowie skali, albo nieco powyżej. Gdyby wypadał zanadto wysoko, albo zanadto nisko, możemy w pierwszym razie przez ogrzanie termometru wypędzić trochę rtęci do do zbiornika; w drugim wypadku możemy przez mechaniczne ruchy wpuścić trochę rtęci ze zbiornika do rurki włoskowatej. Ustawiliśmy słupek rtęci tak, że koniec jego sięga stopnia 5,39 przy zamarzaniu wody. Punkt ten obliczamy z pięciu zgadzających się z sobą oznaczeń. Jeżeli teraz oznaczymy punkt zamarzania moczu, to otrzymamy przeciętną liczbę np. 4,75, obniżenie zatem będzie 0,64. Oczywiście, że obniżenie będzie to samo, choćbyśmy termometr ustawili na innym stopniu. Np. lód tworzy się przy 6,00 według innego termometru; wtedy ten sam mocz marznie przy 5,36, obniżenie 0,64. To nazywamy dowolną skalą albo dowolnemi stopniami (willkürliche Skala). Sposób odczytywania jest bardzo łatwy. Napełniwszy probówkę 10 ctm. sz. wody umieszczamy w niej termometr tak, żeby dolny zbiornik z rtęcią zanurzał się zupełnie. Wstawiamy obie probówki w mięszaninę lodu z solą i mięszamy wodę ustawicznie. Od czasu do czasu mięszamy i płyn oziębiający. Termometr opada powoli, potem przy wydzieleniu lodu podnosi się raptownie w górę i staje na pewnym punkcie skali. To jest punkt zamarzania wody, który daje się łatwo odczytać, bo rtęć na nim stoi długo. Chwila podnoszenia się rtęci trwa krótko, i nie zawsze mozna odczytać dokładnie punkt odpowiedni, punkt ten ma jednak podrzędne znaczenie. Zupełnie podobnie odczytujemy punkt zamarzania moczu lub innego płynu. Bierzemy, jak poprzednio, 10 cm. moczu lub płynu i postępujemy wogóle wedle wskazanych zasad.

Tyle co do technicznej strony badania.

Już w roku 1788 wykrył Blagden zależność ciepłoty zamarzania od zawartości soli w roztworze i określił tę zależność, biorąc w rachubę odsetkowy skład roztworu. Prawie w sto lat potem, bo w r. 1861, podjął tę samą sprawę Rürdorff i zupełnie niezależnie od pracy Blagdena, która prawie nikomu nie była znaną, wyprowadził te same prawa ze swych doświadczeń. Jeżeli M jest zawartością soli w rozczynie, t obniżeniem ciepłoty, to $\frac{t}{M}$ jest ilością stałą np. dla chlorku potasowego (KCl).

M	t	$\frac{M}{t}$
1	0.45°	450
2	0.90°	450
4	1.80°	450
6	2.65°	442

W roku 1871 i 1872 Coppet zająwszy się tą sprawą wykazał, że prawa, wykryte przez Blagdena i Rurdorffa stosują się do rozczynów przesyconych i wprowadził ważną zmianę w obliczaniu, bo po raz pierwszy zaczął obliczać obniżenie ciepłoty w stosunku do zawartości cząsteczkowej płynów.

Wykazał w ten sposób, że obniżanie ciepłoty krzepnięcia jest dla **wszystkich soli** mniej więcej **stałe**. Zamiast rozpuszczać np. 1 gr. soli kuchennej, 1 gr. chlorku potasowego, 1 gr. saletry potasowej, rozpuszczał Coppet 58.5 gr. soli kuchennej [Na=23, Cl=35.5;23+35.5=58.5], 74.5 gr.

chlorku potasowego [K = 39, Cl = 35.5; 39 + 35.5 = 74.5], 101.0 gr. saletry potasowej [K = 39, N = 14 $O_3 = 16 \times 3$; 39 + 14 + 48 = 101] to jest, brał z każdej soli ilość gramów, odpowiadającą ciężarowi cząsteczkowemu, porównywał tzw. normalne rozczyny albo cząsteczkowe rozczyny. Skutkiem tego było wykrycie większej i ogólniejszej prawidłowości obniżania punktu zamarzania.

Wreszcie w r. 1782 rozpoczął Raoult pracę nad obniżeniem punktu krzepnięcia i zbadał przedmiot ten we wszystkich kierunkach. Od czasów Raoulta, albo raczej od chwili kiedy teorya Van t' Hoffa rzuciła jasne światło na wykryte przez Raoulta cyfry, datuje się początek kryoskopii. Prace Raoulta przez kilka lat nie cieszyły się należytem uznaniem, olbrzymiej ich doniosłości zrazu nie oceniono, dopiero Ostwald, Beckmann (1888), Hollemann i inni zwrócili na nie uwagę, zbudowali dokładne przyrządy i poczęli podejmować badania we wszelkich przypadkach.

Wzór, podług którego obliczyć się daje zawartość soli, jeżeli znane jest obniżenie ciepłoty jest $M = K \frac{m}{t}$; gdzie K jest stałą, oznaczającą obniżenie ciepłoty, właściwe wodzie, kwasowi octowemu, fenolowi itp. płynom, których używamy, jako środków rozpuszczających. Dla wody stała ta = 18·6 i oblicza się z wzoru $K = 0.02 \frac{T^2}{W}$; T jest bezwzględną ciepłotą krzepnięcia t. j. 273; W jest ciepłem utajonem krzepnięcia 79; 0.02 jest 0·2417 × 0.0819 (Liter atmosphera pomnożona przez ciśnienie przy bezwzględnej ciepłocie)

$$\left[\frac{1033000}{42750} = 2417; \ \frac{22,35}{278} = 0.0819\right]$$

Otóż wzór $M = K \frac{m}{t}$ pozwala obliczyć ciężar cząsteczkowy M, jeżeli jest znana ilość rozpuszczonych gramów m i obniżenie t, pozwala równie dobrze obliczyć ilość rozpuszczonych gramów m, jeżeli znany jest ciężar cząsteczkowy M i obniżenie t

Wzór wysnuty ze spostrzeżeń daje się wyprowadzić teoretycznie i obliczenia według niego zgadzają się ze spostrzeżeniami.

Doniosłość odkryć Blagdena, Coppeta, Rürdorffa, Raoulta nabrała znaczenia w świetle teoryi Van t' Hoffa, który wykazał zgodność wyników kryoskopii z tem, co wykazało badanie ciśnienia osmotycznego zależnie od zawartości soli. Mniejsze lub większe obniżenie punktu wrzenia odpowiadało mniejszemu lub większemu ciśnieniu osmotycznemu i dla zrozumienia doniosłości badania kryoskopowego dla fizyologii, musimy przedewszystkiem objaśnić osmotyczne ciśnienie i jego prawa.

Abbé Nollet wspomina poraz pierwszy w połowie 18-go stulecia o przechodzeniu wody przez pęcherz. Od tej pory pisali o tem liczni uczeni, którzy niejako na nowo odkryli to samo zjawisko. Tych nowych odkryć było dużo, bo zapomniano o pracy Nolleta, zapomniano o pracy Parrot 1815 i dopiero od czasów Fischera i Dutrocheta stała się osmoza niejako własnością nauki i stanowiła przedmiot badań Magnusa, Liebiga, Brückego, Ludwiga, Traubego i wielu innych. W ostatnich czasach prace Pfeffera („Osmotische Untersuchungen“ 1877) przyczyniły się do ugruntowania praw tego zjawiska, a teorya Van t' Hoffa podniosła znaczenie ich do niespodziewanych wyżyn.

Osmotyczne ciśnienie spostrzegamy wtedy, jeżeli dwa płyny o rozmaitem stężeniu przedzielone są warstwą, której przekroczyć nie mogą cząsteczki soli, w płynach zawarte.

Warstwa, dzieląca płyny, może mieć rozmaite własności, może przepuszczać częściowo ten lub ów składnik, rozpuszczony w płynach. Ciśnienie osmotyczne zmieniać się będzie oczywiście zależnie od tych własności. Dla ścisłego badania jego praw musimy stworzyć przeponę, nie przepuszczającą żadnych cząsteczek, prócz wody. Wtedy rozczyn soli, oddzielony taką przeponą, okazywać będzie pewne ciśnienie, które daje się mierzyć manometrem i doprowadza do wsiąkania pewnej ilości wody. Wsiąkanie trwać będzie dopóty, dopóki ciśnienie słupa wody nie zrówna się z ciśnieniem osmotycznem, jakie wywierała sól. Ciśnienie osmotyczne jest zwykłem „rozchodzeniem się“ cząsteczek soli w wodzie. Jeżeliby przepony nie było, cząsteczki soli wędrowałyby po całej przestrzeni w kierunku mniejszego stężenia, wędrowałyby dopóty, dopóki cały płyn nie nabrałby jednolitego stężenia. Podobnie rozchodzi się gaz w powietrzu dopóty, dopóki otaczające go powietrze nie będzie jednolicie z nim zmięszane. Podobnie rozchodzi się ciepło promieniujące. Wszystkie te zjawiska należą do tego samego szeregu, są przejawem ruchu postępowego. Ruch ten wzmaga się oczywiście w cieple, słabnie przy obniżeniu ciepłoty, a ustaje przy teoretycznem czyli bezwzględnem zerze t. j. w ciepłocie —273°. Jeżeli tedy ruchowi temu stawiamy opór, to oczywiście ruch przemieni się w ciśnienie, ciepło, albo inną formę energii, opór stawiany musi odczuwać na sobie wysiłki tak zwanych cząsteczek, które zmusza zawarta w nich energia do ruchu postępowego. Wyobraźnia uczonych przyjęła pojęcie cząsteczek w gazach, choć oczywiście nikt cząsteczek takich nie oglądał i snując dalej to przypuszczenie przyjmuje zawartość cząsteczek w roztworach. Czem jest powietrze dla gazów, tem woda dla soli. Czem jest opór tłoka dla gazów, tem opór przepony dla soli, bo ani tłoka, ani przepony gazy i sole nie przejdą. Gazy przesuwają tedy tłok, a cząsteczki „przesuwają przeponę“ dopóty, dopóki energia ich nie wyrówna energii, zawartej z drugiej strony przepony. Wyrażenia „przesuwanie przepony“ użyliśmy, jako przenośni, bo właściwie przepona pozostaje na miejscu, tylko woda przenika ją dopóty, dopóki nie wyrówna osmotycznego ciśnienia.

Po tem porównaniu z gazami, które przeprowadziliśmy powyżej, z łatwością pojmiemy, że ciepłota, która działa przyspieszająco na ruchy cząsteczek, musi podnosić ciśnienie osmotyczne, że ilość ruchów cząsteczek wpływa wprost na wielkość ciśnienia, że zatem rozcieńczenie lub stężenie odpowiada gęstości gazów, tj. odpowiada ilości cząsteczek gazów w pewnej objętości. Słowem musimy przyjąć, że ciała w roztworze zachowują się, jak gdyby były gazami, że cukier w formie gazowej cisnąłby tak na tłok, jak ciśnie w formie rozczynu na przeponę. Ciśnienie osmotyczne jest tedy wielkiem źródłem energii, która przenosi wodę z płynów rozcieńczonych do płynów stężonych, która przenosi wodę z komórek do płynów i z płynów ku komórkom; jest to jeden z powodów ruchu wody w każdym ustroju.

Przekonano się dzięki niezliczonym doświadczeniom, że ciśnienie osmotyczne nie zależne jest od składu chemicznego płynu. 3.43°/₀ rozczyn cukru wywiera takie samo ciśnienie jak 0.60°/₀ rozczyn mocznika i t. p. Wszystkie rozczyny,

zawierające w litrze wody tyle gramów ciała chemicznego, ile waży jego cząsteczka, t. j. ile razy cięższa jest od cząsteczki wodoru, wywierają jednakie ciśnienie. Przekonano się dalej, że wszystkie sole, kwasy i zasady, słowem wszystkie ciała, które przeprowadzają elektryczność i jednocześnie rozkładają się przez prąd, że wszystkie te ciała cisną prawie dwa razy silnej, niż nieelektrolity. Im więcej rozcieńczony płyn, tem więcej zbliża się ciśnienie osmotyczne do wielkości dwa razy większej, niż ciśnienie — nieelektrolitów.

Przyjęto zatem, że elektrolity (sole, kwasy, zasady) rozpadają się w rozczynie na składowe swe części, na jony (ἰὼν = chodzący) i że każdy jon ciśnie jako odrębna cząsteczka.

Badanie ciśnienia osmotycznego jest utrudnione, bo wymaga czułego manometru i dokładnie przygotowanych naczyń. Starano się tedy wynaleźć inne sposoby n. p. fizyologiczny, który polega na zjawisku plasmoliny, wykrytem przez Pringsheima 1854. Zjawisko plasmolizy, czyli odrywania się pierwoszczy od ścianek komórki, polega na ciśnieniu osmotycznem, jakie wywiera rozczyn soli na pierwoszczę. Pierwoszcza tracąc wodę, która przechodzi do rozczynu soli, kurczy się i wskutek tego od ścianek się odsuwa. Pierwoszcza w rozczynie więcej rozcieńczonym, niż jej sok, rozszerza się i rozrywa ścianki. Jest to znowu wpływ ciśnienia osmotycznego. Wreszcie w rozczynach, które nie przewyższają swem stężeniem — stężenia pierwoszczy, w rozczynach izoosmotycznych, pierwoszcza zachowuje swą postać bez zmiany. Otóż nie trudno było wykazać, że wszystkie izomolekularne rozczyny były izoosmotyczne, że w rozczynie $^1/_5$ normalnym cukru utrzymują się n. p. czerwone ciałka krwi tak samo, jak w $^1/_5$ normalnym rozczynie mocznika, acetonu i t. p. Przekonano się dalej, że elektrolity cisną dwa razy silniej t. j. że $^1/_{10}$ normalny rozczyn soli kuchennej, tak zwany fizyologiczny rozczyn soli, odpowiada $^1/_5$ normalnemu rozczynowi cukru etc. (c. d. n.)

III. **Z Zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.**

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej *(humor aqueus).*

Podał

Dr. Adam Szulisławski.

(Dokończenie).

IV. Wpływ środków, podnoszących ciśnienie krwi. Jednym z głównych, chociaż nie jedynym, bodźcem wydzielania cieczy wodnej jest różnica ciśnienia krwi i ciśnienia śródocznego. Łatwo zrozumiemy, że różnica ta w dwojaki sposób może uledz zmianie. Jak z jednej strony mogą i muszą na nią wpływać wszelkie zmiany w ciśnieniu śródocznem, cośmy w I. ustępie rozpatrywali, tak z drugiej strony ten sam skutek muszą wywoływać wahania w ciśnieniu krwi. Wywoływaliśmy je bądź to drażnieniem niektórych nerwów, bądź też wprowadzeniem odpowiednich substancyi do krwi.

Z doświadczenia wiemy, że drażnienie dośrodkowego końca n. kulszowego pociąga za sobą zazwyczaj, choć nie zawsze, podwyższenie ciśnienia krwi. Kilkakrotnie też ze zmiennym skutkiem stosowaliśmy je, co w tablicach jest uwidocznione. Przytoczymy tu tylko jeden przypadek. (Doświadczenie XIV. l. 71). Drażnienie n. kulszowego, przy odległości cewek 18, nie podwyższa ani ciśnienia krwi, ani wydzielania cieczy wodnej (71 a.) Stosujemy prąd silniejszy (odległość cewek 11, potem 10. (71. b. c.)) i otrzymujemy podwyższenie ciśnienia krwi i znaczne zwiększenie wydzielania. Podobny skutek miewaliśmy i w innych doświadczeniach. Możemy więc śmiało powiedzieć: Drażnienie nerwu kulszowego sprowadza tylko wówczas podwyższenie wydzielania cieczy wodnej, jeżeli wywołało podwyższenie ciśnienia krwi. W przeciwnym razie pozostaje bez wpływu na wydzielanie.

Jednym z najpewniej działających sposobów na podwyższenie ciśnienia krwi w tętnicach u zwierząt kuraryzowanych, jest wstrzymanie sztucznego oddechania, czyli duszenie. Używaliśmy tego sposobu zawyczaj pod koniec doświadczenia, a więc wówczas, gdy siły zwierzęcia już znacznie podupadły, a wydzielanie z natury rzeczy musiało się zmniejszyć. Otrzymywaliśmy jednak prawie stale znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej — naturalnie jako wyraz podwyższonego ciśnienia krwi. Z początkiem duszenia krople dość szybko po sobie wypływają, w ciągu kilku minut zazwyczaj wydzielanie ustaje, a równocześnie z ustaniem ruchów serca, cofa się płyn w rurce, a źrenica się rozszerza. Tak, że patrząc na rurkę możemy z całą pewnością i dokładnością oznaczyć chwilę skonu.

Z przetworów, wprowadzanych do żył, omówimy najpierw wynik wstrzyknięcia wyciągu z nadnercza. (Doświadczenie XII). W 14″ wzgl. 17″ po wstrzyknięciu 5 gr. 1% rozczynu, występuje równocześnie z ogromnem podwyższeniem ciśnienia krwi znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej i trwa przez 1′40″. Źrenice gwałtownie się rozszerzają, a naczynia tęczówki ulegają tak gwałtownemu napięciu, że pękają jedno po drugiem i krew obficie występuje na powierzchnię tęczówki. Przy powtórnem zastrzyknięciu 6 gr. 1% rozczynu (l. 62) otrzymujemy ten sam wynik, również po trzeciem (l. 64). A więc: podwyższenie wydzielania, rozszerzenie źrenicy, krwotok z tęczówki. W tem doświadczeniu używaliśmy wyciągu z nadnercza psa. W następnych dwu (XIII. l. 68 i XIV. l. 73) używaliśmy natomiast wyciągu z nadnercza człowieka, lecz bez żadnego wyniku dodatniego, a nawet w doświadczeniu XIII. (l. 68) otrzymaliśmy obniżenie ciśnienia krwi i zmniejszenie wydzielania. Wielce prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, że użyte nadnercze ludzkie musiało być chorobowo zmienione i skutkiem tego straciło znamienne swoje właściwości. Ale i ten ujemny wynik nie jest bez znaczenia dla naszych celów. Świadczy on bowiem wymownie o zależności wydzielania cieczy wodnej od wysokości ciśnienia krwi.

Niezmiernie wybitnem i pewnem jest także działanie nikotyny. Wiadomo, że jest ona jednym z najdzielniejszych środków, pobudzających ośrodek naczynioruchowy i że na tej drodze podwyższa ogólne ciśnienie krwi (B. Surmiński). Z drugiej strony zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, a świadczą również o tem doświadczenia Hippla i Gruenhagena (l. c.), że posiada ona zdolność także miejscowego działania w pewnych ograniczonych okręgach naczyniowych. Autorowie ci podniosłszy ucisk śródoczny przez podwiązanie tętnicy głównej do 106·5 $^m/_m$ słupa rtęci — zakraplali kroplę nikotyny do worka spojówkowego i sprowadzali tem dodatkowe podwyższenie ciśnienia

śródocznego do 127·5 m/m słupa rtęci. Posiadając tak dzielny i niezawodny środek podwyższenia ciśnienia zarówno w naczyniach śródgałkowych, jak i ogólnego ciśnienia krwi, użyliśmy go w naszych celach. Wkroplenie do worka spojówkowego sprowadzało zawsze wybitne podwyższenie wydzielania i to nawet w takich przypadkach, gdzie poprzednimi zabiegami znacznie obniżono ciśnienie krwi, lub gdzie zwierzę długotrwającem doświadczeniem było bardzo wycieńczone, a wydzielanie wogóle bardzo leniwo się odbywało, lub nawet zdawało się wygasać. W innych przypadkach znowu, gdzie już istniało przyspieszenie, wywołane innym zabiegiem n. p. wstrzymaniem oddechania (XI l. 58 i 59), lub wstrzyknięciem wyciągu z nadnercza (D. XII. l. 64 i 65), a więc środkami, podnoszącymi ciśnienie krwi, wkroplenie nikotyny zwiększało jeszcze poprzednie przyspieszenie. Przy wielokrotnem jednak zastosowaniu nikotyny występowało, podobnie jak to bywa przy wszystkich innych zabiegach, (o czem już wyżej wspomnieliśmy), osłabienie skutku. W doświadczeniu XIII. (l. 69), pierwsze zakroplenie powoduje przyspieszenie, trwające przez 3'40'', przyczem 1 kr. przypada na 27''; po drugiem przyspieszenie trwa tylko 2'23'', a krople spadają co 29'' — trzecie zaś zakroplenie pozostaje już bez wpływu. Natomiast duszenie sprowadziło w tym przypadku jeszcze niewielkie przyspieszenie, przy ogólnem podniesieniu ciśnienia krwi. Działanie nikotyny, wstrzykniętej do krwi, jest piorunujące. W 8' ruchy serca stają się tak gwałtowne, że zdają się rozsadzać klatkę piersiową, a ciśnienie tak olbrzymio i nagle podskoczyło, że zanim opatrzyliśmy się, już krew trysnęła z manometru. Zaciśnięto tętnicę. A dodać muszę, żeśmy wprzód obydwa nerwy błędne odsłonili i przecięli. Wśród tego wydzielanie cieczy wodnej znacznie przyspieszone. Po 10' ruchy serca stają się coraz spokojniejsze, a ciśnienie zwolna opada.

Nadmienić tu muszę, że wszystkie te środki, które podnosząc ciśnienie krwi sprowadzają zwiększenie wydzielania cieczy wodnej, wywołują także czasowe rozszerzenie źrenicy, które tak długo tylko się utrzymuje, jak długo trwa podwyższenie ciśnienia i z niem razem się cofa. Jak dalece ucisk śródoczny jest zależnym od ciśnienia krwi, świadczy o tem okoliczność, że wszelkie, chociażby drobne w niem zmiany, odczytać możemy na ruchach płynu, wypełniającego rurki (é). Podczas wdechu stwierdzić można wyraźne cofanie się zwisającej kropli, a wypuklenie się jej podczas wydechu. Nadto w razie podwyższenia się ciśnienia krwi, spostrzegamy obok ruchów oddechowych, także inne, współczesne z tętnem.

Samo przez się nasuwa się tu pytanie, jakiem byłoby działanie powyższych środków przy nienaruszonej gałce, t. j. gdy nadmiar wytwarzającej się cieczy wodnej nie ma swobodnego odpływu. Na podstawie bardzo prostego rozumowania możemy wyrobić sobie o tem pewne wyobrażenie. W pierwszej zaraz chwili podniesienia ciśnienia krwi nastąpić musi zwiększenie wydzielania. Z każdą atoli przybywającą cząsteczką podwyższa się ucisk środoczny, który, jak z jednej strony wpływa tamująco na wydzielanie, tak z drugiej strony przyspiesza wessanie t. j. wydalanie cieczy wodnej z przedniej komórki. W takiem urządzeniu posiada oko samo przez się mechanizm, umożliwiający mu utrzymanie równowagi między przychodem a rozchodem, dozwalający więc w warunkach fizyologicznych na drobne tylko wahania ucisku śródocznego. Wszystko to oczywiście tylko wtedy, jeśli przypuścimy zupełną sprawność dróg odpływowych, — w przeciwnym bowiem razie musi nastąpić trwałe podwyższenie ucisku śródocznego ze wszystkimi towarzyszącymi mu objawami.

V. Wpływ środków limfopędnych *(Lymphagoga)*. Z pierwszej gromady należących tu środków wstrzykiwaliśmy tylko wyciąg z jelit psa (D. XI l. 53. 54. 56. 57). Pierwsza dawka wywołała znaczne przyspieszenie, druga mniejsze i krócej trwające przyspieszenie. Atropina, wkroplona teraz do worka spojówkowego, sprowadziła opóźnienie, lecz nie zatamowanie wydzielania. Wśród tego ciśnienie krwi znacznie się obniżyło. Dalsze dwie dawki wyciągu jelit (po 5 sz. cm. 10% rozczynu) sprowadzają ogromny spadek ciśnienia krwi. Ruchów serca wcale wyczuć nie można. Tętno na tętnicy udowej ledwie wyczuwalne, bardzo przyspieszone (około 300 na minutę). Zupełne zatamowanie wydzielania, trwające około 15'. Dopiero wstrzymanie oddechania (chociaż niezupełne, bo ślad samoistnych ruchów oddechowych, mimo kurary, widoczny), sprowadza podwyższenie ciśnienia krwi i przywraca wydzielanie, które silnie się wzmaga po zakropleniu jednej kropli nikotyny do worka spojówkowego.

Na podstawie powyższego doświadczenia stwierdzić można, po pierwsze, że wyciąg jelit psa obniża ciśnienie krwi, powtóre, że przyspiesza wydzielanie cieczy wodnej tylko w pierwszych dawkach, t. j. gdy obniżenie ciśnienia krwi nie dosięgło bardzo znacznego stopnia, w przeciwnym bowiem razie wraz z upadkiem ciśnienia występuje zupełne zatamowanie wydzielania.

Z przetworów, należących do drugiej gromady, otrzymywaliśmy po wstrzyknięciu rozczynu cukru gronowego (D. VII. 34. i 40; D. VIII. 46) nawet w mniejszej ilości, niż Heidenhein zaleca, bo około 1,5 gr., zamiast 3,4—5 gr. na klgr. wagi zwierzęcia, stale znaczne bardzo przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej.

Nieco odmiennem, a zwłaszcza niestałem, było działanie rozczynów soli kuchennej. W doświadczeniu VIII l. 46. otrzymaliśmy po soli kuchennej wyraźne przyspieszenie wydzielania, nie oznaczono jednak wśród tego ciśnienia krwi. Natomiast innym razem (D. XIII. l. 67) wystąpiło nawet słabe zmniejszenie wydzielania przy równoczesnem obniżeniu ciśnienia krwi i znacznem bardzo osłabieniu akcyi serca. Przytem wyraźnie podnieść muszę, że zmniejszenie to wydzielania w porównaniu ze znacznem obniżeniem ciśnienia krwi wydawało się niestosunkowo małem. (Prawidłowe wydzielanie 1 kr. co 63"; po soli kuchennej 1 kr. co 72"). Zupełnie inaczej znowu ułożyły się stosunki w doświadczeniu XIV. l. 76. Przed wstrzyknięciem spadają krople w równych odstępach czasu, co 120" jedna. Natychmiast po wprowadzeniu rozczynu soli podnosi się ciśnienie krwi, a równocześnie wydzielanie niemal w czwórnasób się wzmaga (1 kr. co 36") tak, że odnosi się jednak to wrażenie, jakoby przyspieszenie wydzielania było znaczniejsze, niżby to odpowiadało wysokości ciśnienia krwi.

W jednem doświadczeniu (XIV. l. 72) wstrzyknęliśmy do żyły 40 gr. 12% rozczynu mocznika i otrzymaliśmy obok obniżenia ciśnienia krwi, niezbyt znaczne, ale zawsze wyraźne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej w porównaniu z wydzielaniem normalnem. Samoistnie wypływała 1 kr. co 67", podczas gdy obecnie 1 kr. co 60". Przyczem podnieść należy, że ciśnienie krwi opadło

zaraz przy rozpoczęciu wstrzykiwania i utrzymywało się stale na tej samej wysokości, a pierwsze krople spadały co 46"—47", tak, że przyspieszenie było niewątpliwe i wyraźne.

Stwierdzenie tego szczegółu posiada dla naszych celów pierwszorzędną wartość, dowodzi bowiem, że środkom tym wogóle, a w szczególności mocznikowi (podobnie jak wyciągowi jelit psa) musimy przyznać pewne swoiste własności, wpływające dodatnio na wydzielanie cieczy wodnej niezależnie od ciśnienia krwi. Także wpływ soli kuchennej pośrednio zdawałby się na to wskazywać. Bo chociaż doświadczenia te z solą kuchenną wcale niedwuznacznie wykazały, jak pierwszorzędne znaczenie ma dla wydzielania cieczy wodnej ciśnienie krwi, to jednak zauważyliśmy i takie odnosiliśmy wrażenie, jakoby opóźnienie wydzielania było mniejsze, niżby to odpowiadało spadkowi ciśnienia, natomiast przyspieszenie wydzielania znaczniejsze, niżby się należało spodziewać po niewielkiem podwyższeniu ciśnienia.

Do czynników, wpływających na wydzielanie limfy, możemy na podstawie doświadczeń Kowalskiego[1]) zaliczyć także podniety termiczne. Chęć zbadania ich wpływu na wydzielanie cieczy wodnej dała początek niniejszej pracy, która wśród roboty rozwinęła się, zmieniła kierunek od pierwotnego założenia i objęła inne zagadnienia i pytania. Strumień ciepłej wody o 45°—50°C. (D. IV. l. 12. 14), łagodnie puszczony na rogówkę, sprowadza obniżenie wydzielania cieczy wodnej, przeciwnie zimna woda [(5°C) l. 13], sprowadza przyspieszenie. Niepodobna tutaj nie zauważyć podobieństwa w działaniu ciepłych okładów i atropiny i nie podnieść, że obydwa te środki, zastosowane w przebiegu zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, wpływają kojąco i zbawiennie, podczas gdy środki, ściągające źrenicę, i zimne okłady wprost przeciwny wywołują skutek. Widoczna więc, że gdy wśród stanu zapalnego treść przedniej komórki obok cieczy wodnej stanowi nadto wypocina zapalna, środki, ograniczające wydzielanie cieczy wodnej, obniżają napięcie i przez to wpływają kojąco.

Sądzę, że na podstawie powyższych doświadczeń możemy stwierdzić, iż środki limfopędne działają tak samo i równorzędnie na wydzielanie cieczy wodnej, jak i limfy, t. j. że przyspieszają wydzielanie.

Natomiast, jak tego dowodzą doświadczenia, wykonane w ostatnich czasach w pracowni prof. Becka[1]), wpływ środków limfopędnych i wyciągu nadnercza na czynność ślinianek (przyusznej i podszczękowej) odmiennie się przedstawia. Cukier gronowy i wyciąg nadnercza nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie śliny, pepton zaś za pierwszem wstrzyknięciem wywołał przyspieszenie wydzielania, za drugiem pozostał bez wpływu.

Rozpatrzmy, o ile okoliczności te mogłyby się przyczynić do wyjaśnienia zagadnienia co do istoty cieczy wodnej?

Ciecze t. zw. surowicze, które od osocza, względnie surowicy krwi różnią się w składzie swym chemicznym tylko pod względem ilościowym, uważa fizyologia[2]) wprost za limfę, ze względu na to szczególnie, że wszystkie one zawierają ciałka limfatyczne i pozostają w połączeniu z naczyniami limfatycznemi. Podaję tabelkę porównawczą (według K. B. Hoffmanna) z podręcznika Hermanna:

Na 1000 części	Wody	Części stałych	Istot białk.	Istot fibrinotwór.	Istot wyciąg.	Soli
Osocze krwi	908·4	91 6	71 1	9·2	4 8	7·4
Surowica krwi	913·2	86 7	72·5	—	6·4	7·8
Płyn osierdziowy	948 1	51·9	38·8	0·7	4·7	7·5
Ciecz wodna[2])	986·9	13·1	1·2	—	4·2	7 5
Liquor cerebr.-spin.	98? 2	11·8	?	—	?	9·5

Widzimy więc, że w samym składzie chemicznym, który bądź co bądź jest najznamienniejszym dla ocenienia istoty danego płynu, nie znachodzimy różnic jakościowych, lecz tylko ilościowe, które nie wykluczają bynajmniej bliskiego pokrewieństwa cieczy wodnej i limfy. A i te ilościowe różnice, polegające w pierwszym rzędzie na braku istot włóknikotwórczych, wyrównują się, skoro wydzielanie cieczy wodnej odbywa się w podobnych warunkach, jak wydzielanie limfy, t. j. skoro zmniejszymy znacznie, lub zniesiemy ciśnienie śródoczne. Wówczas bowiem, jak to wykazały liczne doświadczenia (Hippel, Gruenhagen, Jesner, Greef i w. i.) zwiększa się znacznie ilość białka, jak i istot włóknikowych cieczy wodnej, tak, że nowo wytworzona ciecz szybko i obficie krzepnie. Muszę tu podnieść, że w naszych doświadczeniach bardzo rzadko, wyjątkowo tylko, spotykaliśmy skrzepy w rurkach, co przypisać należy tej okoliczności, że wyjątkowo się tylko zdarzało, abyśmy coś cieczy wodnej przy wkłuwaniu igiełek uronili, a powtóre, że wydzielanie odbywało się zawsze pod pewnem ciśnieniem, mniejszem wprawdzie od prawidłowego, ale zawsze w warunkach, bardzo zbliżonych do fizyologicznych, że przeto warunków, potrzebnych do wydzielania cieczy wodnej, obfitującej w istoty włóknikotwórcze, nie było.

Zauważyć nadto należy, że jak z jednej strony budowa ciałka rzęskowego, a więc tego narządu wydzielniczego, stanowczo nie posiada koniecznych anatomicznych warunków budowy gruczołowej, tak z drugiej strony wytwór jego t. j. ciecz wodna nie ma znamion swoistej wydzieliny gruczołowej. Każdy gruczoł bowiem stosownie do danych mu właściwości przetwarza i przerabia, czy to zapomocą ułatwienia dyfuzyi pewnym składnikom krwi, czy to zapomocą złożonych spraw chemicznych, w ten sposób materyał, przez krew mu doprowadzany, że w swoistej wydzielinie gruczołowej znachodzimy niektóre istoty w większej ilości, niż we krwi, lub nawet takie, do których krew wprawdzie dostarczyła materyału, ale ich sama w tym składzie nie zawiera. To też jest znamieniem wydzieliny gruczołowej, a w cieczy wodnej daremniebyśmy czegoś podobnego szukali, bo skład

[1]) O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych. (Z pracowni fizyol. Prof. Dr. Becka). *Przegląd lekarski* 1899.

[2]) Wiadomość o tych, dotychczas nieogłoszonych jeszcze doświadczeniach zawdzięczam uprzejmości Prof. Becka.

[2]) Dla uzupełnienia obrazu dodać muszę, że Deutschmann w cieczy wodnej człowieka, dotkniętego moczówką cukrową, wykazał cukier. Natomiast Chabbas wykrył cukier w cieczy wodnej u psów, kotów i królików; Jesner (l. c) zaś nadto w oczach świńskich, baranich i wolich, przyczem zrobił to ciekawe spostrzeżenie, że po śmierci znika cukier z cieczy wodnej, pozostawianej w przedniej komórce, natomiast nigdy nie znika z cieczy wodnej, wypuszczonej za życia i przechowanej w naczyniu. Pautz wykazał w ciałku szklanem i cieczy wodnej wołów: mocznik, cukier gronowy i kwas paramlekowy (*Zeitschrift f. Biologie XIII.* S. 212—243).

jej chemiczny tylko pod względem ilościowym różni się od surowicy krwi i limfy.

Natomiast w wynikach doświadczeń Nicatiego nie możemy się dopatrzeć, jak to słusznie Leber podnosi, żadnego istotnego dowodu na poparcie jego twierdzenia, jakoby ciałko rzęskowe było gruczołem, a ciecz wodna wydzieliną gruczołową, zależną bezpośrednio od wpływu nerwów. Gdybyśmy bowiem zapomnieli nawet o stronach ujemnych sposobu badania, którym Nicati się posługiwał, (co powyżej omówiliśmy) i wyrobili sobie zupełne zaufanie do wyników, otrzymanych zapomocą owego sposobu, to i tak nie moglibyśmy się zgodzić na wnioski, które Nicati wyprowadza i uważa za jedynie usprawiedliwione i pewne.

Jeżeli n. p. po przecięciu nerwu trójdzielnego, przecięciu jednej połowy rdzenia przedłużonego, lub wycięciu jednej półkuli mózgowej otrzymywał Nicati przyspieszenie wydzielania, to wnosił z tego, że w nerwie trójdzielnym i to w wewnętrznej jego części przebiegają włókna, hamujące wydzielanie cieczy wodnej. A więc brak ich musi wywoływać przyspieszenie. Tymczasem daleko łatwiej i swobodniej, a zwłaszcza bez uciekania się do jakichś przypuszczalnych nerwów tamujących da się wytłómaczyć to przyspieszenie poraźnem rozszerzeniem naczyń śródgałkowych, zmianami w krążeniu i ciśnieniu krwi, które po takim zabiegu są konieczne i łatwo zrozumiałe. — Jeżeli przeciwnie przecięcie nerwów rzęskowych sprowadza zupełne zatamowanie wydzielania, to nie usprawiedliwia to jeszcze przypuszczenia, że są one nerwami wydzielniczymi. Jak bowiem z jednej strony nie da się prawie pomyśleć, aby wykonanie tej operacyi było możliwe bez równoczesnego przecięcia, lub przynajmniej ciężkiego obrażenia naczyń rzęskowych, tak z drugiej strony, gdyby się to nawet udało, nierównie prościej dałoby się wytłómaczyć opóźnienie wzgl. zatamowanie wydzielania znowu zmianami w krążeniu i obniżeniem ciśnienia w naczyniach śródgałkowych.

Jedną atoli okoliczność (na którą Nicati sam wcale nie zwrócił uwagi) możnaby przytoczyć, a która mogłaby dać nieco do myślenia i usprawiedliwiała poniekąd mniemanie, że myśl pochodzenia gruczołowego cieczy wodnej nie ze wszystkiem jest pozbawiona pewnych pozorów słuszności. Jest to zachowanie się wydzielania cieczy wodnej pod wpływem atropiny i pilokarpiny, podobne, a przynajmniej zbliżone do zachowania się wydzielin innych gruczołów pod wpływem tych środków. W wytłómaczeniu tego zjawiska trzebaby znowu uciec się do zmian krążenia i ciśnienia w naczyniach śródgałkowych, a zwłaszcza zważyć szczególne warunki miejscowe, wśród których się ono odbywa, tak odmienne od stosunków we wszelkich innych narządach. Oprócz tego jest rzeczą nader znamienną, że nawet nie wszystkie gruczoły wobec tych środków jednakowo się zachowują. Doświadczenia Simona [1]) n. p. wykazały, że atropina i pilokarpina dla soku żołądkowego nie są wcale antagonistami, lecz że działają równorzędnie t. j. zmniejszają i opóźniają wydzielanie soku żołądkowego. Jeżeli nadto przypomnimy sobie, że atropina tamuje zupełnie wydzielanie cieczy wodnej tylko po pilokarpinie, lecz zupełnie nie znosi nawet przyspieszenia, już nie mówiąc o wydzielaniu, wywołanego innymi środkami, a przytem zauważymy, że działanie jej tamujące w oku po wykonaniu irydektomii jest 5—6 razy silniejsze, niż w oku bez irydektomii (u tego samego zwierzęcia), przyjdziemy do przekonania, że byłoby co najmniej nieostrożnie, chcieć na podstawie tego jedynego podobieństwa w zachowaniu się wydzielin gruczołowych i cieczy wodnej, wysnuwać zbyt daleko idące wnioski i zrównać je między sobą. A to tembardziej, że wszelkie inne objawy, jak to wyżej przedstawiliśmy, przeczą temu, najwymowniej zaś zachowanie się wydzielania cieczy wodnej pod wpływem środków limfopędnych, które, zwłaszcza wobec odmiennego oddziaływania ślinianek na te środki, już samo przez się stanowiłoby niemal ścisły dowód bardzo bliskiego pokrewieństwa między limfą i cieczą wodną.

W końcu niechaj mi wolno będzie złożyć szczere podziękowanie Prof. Drowi Beckowi za pomoc w pracy i cenne wskazówki, asystentom zaś zakładu fizyologicznego, kolegom Drowi Feuersteinowi i Hołobutowi za ofiarną i wydatną pomoc przy doświadczeniach. —

[1]) Ueber den Einfluss des künstlichen Schwitzens auf die Magensaftsecretion. *Zeitschrift f. klin. Med.* XXXVIII. S. 140.

IV. Wyciągi.

Deckard. **Rozszerzanie szyi balonami w praktyce.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 17 i 18, 1900). Autor zachwala użycie balonów do rozszerzania szyi w praktyce prywatnej, opierając się na doświadczeniu sześcioletniem w poliklinice wrocławskiej. W tym czasie rozszerzania balonem użyto 42 razy, a tylko w 8 przypadkach z powodów technicznych nie osiągnęto pożądanego skutku. Jako główną zaletę tego sposobu leczenia podnosi autor to, że lekarz może uniknąć zupełnie obrotów trudnych przy ujściu mało rozwartem, co znowu największą odgrywa rolę w postępowaniu przy łożysku przodującem. Śmiertelność dzieci przy łożysku przodującem, leczonem rozszerzaniem balonami, wynosiła tylko 30%, zwykle przekracza 50%. W przypadkach łożyska przodującego należy balon wprowadzić do wnętrza jaja przez przebicie błon, a nawet samego łożyska, gdy ono leży środkowo (centralnie), zakładanie bowiem balonu między łożysko, a ściany szyi, może niedokładnie tamować krwotok. Dla matki użycie balonów w przypadkach łożyska przodującego było bardzo dobre, gdyż zawsze wstrzymywało pewnie krwotok i szybko wywoływało dobre bóle porodowe. Prócz przypadków łożyska przodującego używał autor balonów do rozszerzania ujścia przy położeniach poprzecznych po pęknięciu pęcherza przy ujściu mało rozwartem, przy przedwczesnym odpływie wód płodowych dla wzniecenia bólów porodowych, dla wzniecenia przedwczesnego porodu i poronienia, wreszcie raz użył tego sposobu z bardzo dobrym skutkiem przy przewlekłem odklejaniu się łożyska, prawidłowo uczepionego; w rzucawce nie miał sposobności użyć balonu dla rozszerzenia szyi, ale sądzi, że jest to sposób bardzo dobry.

Jako balonów używał zwykłych kolpeuryterów Brauna, wypełniał je rozczynem sublimatu 1:10,000 do pojemności 60 cm. Balon w przypadkach autora najpóźniej rodził się po 10 godzinach, mimo że nigdy autor zbytnio go nie obciążał i zań nie ciągnął. Na podstawie tego doświadczenia poleca autor balon każdemu lekarzowi praktycznemu, aby zaś balon taki za często się nie psuł, można go nie gotować, tylko wyjałowić przez mycie mydłem, wyskokiem i sublimatem i przez stałe przechowywanie go w sublimacie, który balonów nie psuje. *St. D.*

Schüle. **O różnicy między ciepłotą pachy i odbytnicy, zwłaszcza w przypadku ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Woch.* 1900, Nr. 18). Na podstawie własnych poszukiwań stwierdza autor, że różnica między ciepłotą pachy a odbytnicy u ludzi niegorączkujących przeciętnie wynosi 0,6° C (minim. = 0·0°, maxim. = 1,5° C). Najwyższa ciepłota pod pachą (u ludzi niegorączkujących) wynosi 37·2, w odbytnicy 37·8 (wyjątkowo nawet 38·5). U chorych gorączkujących różnica ta staje się mniejszą i przeciętnie wynosi 0,4°. Wyjątek stanowią przypadki, w których chodzi o ropne zapalenie otrzewnej lub wyrostka robaczkowego. Tam bowiem różnica jest większa i to znacznie i dochodzić może do 1,5° C, np. pod pachą 38·3, w odbytnicy 39·5. Na tę

okoliczność zwrócili już dawniej uwagę Madelung, Lenander, Helferich, Graser i Penzoldt, a obecne badania S. potwierdzają ją. *Herman.*

G. Michaelis. **Dwa przypadki wrodzonej niedomiarowości głowy.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 18, 1900). Największa część spotwornień płodowych zawdzięcza swe powstanie przyczynom mechanicznym; zdanie to pierwszy wypowiedział Winckel, uzasadniając odpowiednimi przypadkami. Autor spostrzegał dwa przypadki wrodzonej niedomiarowości głowy *(microcephalia)*; nie było to u obu płodów jedyne spotwornienie, lecz u każdego z nich istniał jeszcze cały szereg wad rozwojowych. Ta właśnie mnogość zniekształtnień u jednego i tego samego płodu dowodzi, że musi się je odnieść do jednej i tej samej przyczyny. Autor tłómaczy niedomiarowość głowy w obu przypadkach jako wynik zbyt małej pojemności owodni, która nie dozwoliła odpowiednio główce się rozwijać. Inne nieprawidłowości, jakie u tych samych płodów napotkał, jak szczeliny na twarzy, odsznurowanie członków palców, odnosi znowu autor do działania nieprawidłowych zrostów między płodem a owodnią. *St. D.*

Dr. A. Strubell. **Nowy przyczynek do leczenia wąglika.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 19, 1900). Autor polemizuje z zasadami, wygłaszanemi przez uczniów Bramanna, który zaleca w przypadkach wąglika leczenie wyczekujące, uważając nawet każdy zabieg chirurgiczny za „błąd w sztuce". Postępowanie to wydaje się Str. nieodpowiedniem, a opierając się na dwóch spostrzeżeniach ze zejściem pomyślnem, zaleca gorące (do + 60° C.) kataplasmy, zmieniane co kilka minut, na samą wrzodziankę i obfite wstrzykiwanie w obwód jej 3% rozczynu kwasu karbolowego, aż do 20 sz. ctm. na dobę. *Herman.*

Dr. C. Grothe. **Przyczynek do leczenia nawykowego wywichnięcia stawu barkowego.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 19, 1900). Po dwukrotnem wywichnięciu ramienia, skutkiem zadziałania urazu, nabył 27-let. mężczyzna nawykowego wywichnięcia tego stawu i w następstwie, przy każdem niemal uniesieniu ręki, lub odprowadzeniu jej ku tyłowi, występowała typowa *luxatio subcoracoidea.* U chorego tego wykonał Dreesmann zwężenie torebki sposobem, zalecanym przez Mikulicza, Steinthala, Delnera i Krumma, t. j. cięciem Ollier-Hütera odsłonił torebkę, przeciął ją podłużnie, wzrokiem i dotykiem przekonał się, że w częściach, składających staw, prócz nadmiernego rozszerzenia torebki, zmian anatomicznych niema, poczem nasunął brzeg zewnętrzny rany torebki na wewnętrzny i w tem położeniu brzegi ustalił szwami z katgutu, zdwajając w ten sposób przednią ścianę torebki. Wynik ostateczny był bardzo dobry. *Herman.*

Prof. Muscatello. **W sprawie zapaleń i zrostów błon surowiczych.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 20, 1900). Z powodu pracy Heinza *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 7, 1900.) stwierdza M., że jeszcze w r. 1896 wykazał, iż przed powstaniem zrostów zawsze na błonach surowiczych spotyka się wypocinę włóknikową, jak to także Heinz opisuje. Natomiast nie zgadza się M. ze zdaniem Heinza, jakoby brak śródbłonka zawsze poprzedzał powstanie, był warunkiem, a poniekąd przyczyną zrostów; przeciwnie udowodnił M. doświadczalnie, że zniszczenie śródbłonka samo przez się nie sprowadza zrostów błon surowiczych, i że z drugiej strony obecność śródbłonka wcale powstaniu zrostów nie przeszkadza, jeżeli istnieją inne warunki, to jest przedewszystkiem, jeżeli wytwarza się wypocina włóknikowa. Głównym zatem warunkiem powstania zrostów jest, zdaniem M., zawsze zapalenie powierzchni surowiczych. *C.*

Siegel. **Badania w sprawie etyologii ostrych osutek.** *(Deutsch. med. Wochenschr.* Nr. 19, 1900). W skrawkach drobnowidowych z krost ospy krowiej zawsze, a w krowiance często spotykał S. trojakie twory: brunatnawe kule średnicy 10—18 μ., których ściana składa się z warstwy zewnętrznej, promienisto prążkowanej i zewnętrznej gładkiej i niekiedy okazuje pęknięcia; dalej mniejsze kule, średnicy 6—8 μ., jaśniejsze, niekiedy zawierające jądro, które zdają się stanowić zawartość owych większych kul, a same mogą się rozpadać na bardzo liczne, bardzo drobniutkie ciałka, mierzące nie więcej jak 1/4 μ. średnicy. Podobne twory spotykał S. także w zarazie pyskoworacicowej. *C.*

Zeitschrift fur Tuberculose und Heilstättenwesen (tom I. zeszyt I).

1. Fränkel (Berlin). **Kropelkowate zakażenie** *(**Tröpfchen-Infektion**)* **gruźlicą i sposób zapobiegania temu.** — Drobnowidowe badania 393 masek, noszonych przez chorych gruźliczych w ciągu 24 godzin, wykazały 40 razy prątki gruźlicze, pomimo, że te maski wydawały się na oko zupełnie czystemi, — z czego wynika, że i ten sposób nie mało się przyczynia do ochrony przed zakażeniem gruźliczem. W przypadkach zaś, w których z jakichkolwiek bądź przyczyn nie można zaprowadzić noszenia masek, a chorzy leżą w mniejszej od siebie odległości, niż 1 m., radzi autor rozpostarcie nad łóżkami suchotników drelichowych parasoli ochronnych, dających się łatwo wyjałowić.

2. Schrötter (Wiedeń), **W sprawie wyleczenia gruźlicy.** Wysyłanie gruźliczych chorych na południe nie jest koniecznem, jeśli w odpowiednich okolicach kraju istnieją dobrze urządzone i prowadzone domy zdrowia. Chory bowiem, względnie uleczony w okolicy nieco ostrzejszej, zwykle bywa odporniejszym na zmiany powietrza, aniżeli ten, który wraca z południowego łagodnego klimatu do swej, w północnej części kraju położonej, stałej siedziby; oczywista, że dla klas zamożniejszych pozostają i nadal stacye klimatyczne południowe odpowiednie na zimniejszą porę roku. Wreszcie żąda autor, by chorych gruźliczych — tak ze względu na ich własne dobro, jak i na otoczenie — nie przyjmowano do zwykłych szpitali, lecz by ich umieszczano jedynie w zbudowanych na ten cel domach zdrowia.

3. Turban (Davos). **Dziedziczność** ***loci minoris resistentiae*** **w gruźlicy płuc.** — Według Kocha nie odziedzicza się gruźlicy płucnej, jako takiej, lecz skłonność do niej, czyli te wszystkie właściwości, które przyczyniają się do rozwoju zarodków chorobowych, jeśli one raz dostały się do ustroju. Wielkie ma tu znaczenie tzw. budowa suchotnicza (*habitus phthisicus*). Dokładniejsze badania i spostrzeżenia, dokonane na 121 osobach, należących do 55 rodzin, wykazały, że bardzo często u rodziców suchotniczych i ich dzieci lub między rodzeństwem, jedna i ta sama okolica płuc bywa gruźliczo zmieniona.

4. Gebhard (Lubeka). **Zwalczanie gruźlicy a nowa ustawa o ubezpieczeniu chorych.** Autor z naciskiem zaznacza uchwałę krajowego zakładu ubezpieczeń dla miast hanzeatyckich, że postępowanie lecznicze ma być stosowane także u członków rodzin ubezpieczonych w tych wszystkich cierpieniach, po których spodziewać się można, iż z biegiem czasu sprowadzić mogą częściową lub zupełną niezdolność do pracy; uchwała ta jest wprost skierowaną do niesienia pomocy chorym gruźliczym.

5. Prof. Cornet (Berlin). **O kilku najbliższych zadaniach w sprawie badań nad gruźlicą.** Autor zaleca: *a)* Na podstawie międzynarodowego porozumienia się ma być ściśle określone i ograniczone pojęcie gruźlicy, (*Tuberculosis*) jako takiej, *b)* stosunek zmarłych na gruźlicę ma być oznaczony do ogólnej liczby żyjących, a nie do ogólnej liczby śmiertelności wreszcie *c)* zaprowadzenie ściślej statystyki chorób i śmiertelności wskutek gruźlicy tak w miastach, jak i po wsiach, przyczem ma być i płeć uwzględniona.

Schröder. **O nowych środkach i przetworach odżywczych, stosowanych w gruźlicy.** Przeciw uporczywemu kaszlowi zasługuje na uwagę dionina w dawkach po 0,01—0,03; heroinę (0,005!) należy podawać ostrożnie z powodu łatwości zatrucia. W duszności pochodzenia gruźliczego bardzo skutecznie działa oxykamfora w proszkach po 0,50 3 razy dziennie, albo: Rp. *Sol. oxycamph.* (*50%*) *10,00 Spirit. vini 20,00*, *Succ. Liquir. 10,00*, *Aq. dest. ad 150,00 MDS.* 3 łyżki dziennie. Z leków, skierowanych wprost przeciw gruźlicy, wymienia autor thiocol (3,00—10,00 dziennie) lub sirolinę i sulfosot kilka łyżeczek dziennie, — towarzyszącą zaś gorączkę lub biegunkę usuwa zapomocą utrophenu lub aspiryny, a względnie zapomocą jodoformu z tanniną; z tanocolu (po 1,00) nie wiele spodziewać się należy. Na podniesienie ogólnego stanu bardzo korzystnie wpływa plasmon (po 30,00 — 60,00), zasługujący na rozpowszechnienie dla swej taniości i szybkiej wessalności — w równej mierze działają także lewatywy z tranu (*ol. jecor. aselli*) w ilości 30,00—50,00. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Dr. A. Seibert. **Zastosowanie ichtyolu w leczeniu płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* N. F. 51. I B. 3 H. 1900). Nie posiadając środków antytoksycznych przeciw płonicy dążyć należy w leczeniu do niszczenia miejscowo jadu chorobowego, o ileby na tem nie ucierpiał stan ustroju. Opierając się na zalecanych przez Curgevena i Priestleya nacieraniach ciała olejem żywiczniowym (*eucalyptus*) na podanych przez Allana Jamiesona nacieraniach oliwą 3% karbolową i t. d. podał Prof. Seibert w r. 1895 nacierania całego ciała w przebiegu płonicy 5—10% maścią ichtyolowo-lanolinową co 6—12 godzin. Korzystne wyniki tego leczenia polegają na tem, iż: 1) świąd i obrzmienie skóry znika natychmiast, 2) skórę chroni się od powstania rozpadlin i następowych nacieków różycowatych i posokowatych, 3) ciepłota ciała znacznie się obniża, 4) niepokój i bezsenność znacznie się zmniejsza. Autor stosował swój sposób z wielką korzyścią w 56 przypadkach, podając równocześnie wewnętrznie rozczyn jodowo-karbolowy, (Rp. *Tinctura jodi 2, Kali jodati 1. Aquae dest. 120.00 Acidi carbolici guttas* X S. co godzinę łyżeczka). Przy tem leczeniu zauważył autor, iż okres łuszczenia skóry skraca się, a natężenie jego znacznie się zmniejsza, przez co

prawdopodobieństwo zakażenia otoczenia jest znacznie mniejsze. Uwzględniając dwie nader korzystne własności ichtyolu, mianowicie to, że nie jest on trującym nawet w większych dawkach u małych dzieci i że działa zabójczo nawet w słabych rozczynach na paciorkowce, jak to wykazał Abel, zastosował autor w przypadkach zmian w gardle i nosie w przebiegu płonicy przestrzykiwania $^1/_4$ litr. 5% rozczynu ichtyolu co 6 godzin we dnie i w nocy. We wszystkich przypadkach, leczonych tymi sposobami, przebieg choroby znacznie się skracał, powikłania zdarzały się nader rzadko, nigdy zaś nie dostrzegano jakichkolwiek objawów ubocznego działania ichtyolu.

Dr. Bolesław Komorowski.

Prof. Dehio, **Zakaźny rumień plamisto-krostkowy w połączeniu z mieszkowem zapaleniem migdałków.** (*St. Petersb. med. Woch.* Nr. 9, 1900). W przypadku, wymienionym w nagłówku, przyjmuje autor za punkt wyjścia całej sprawy chorobowej zapalenie migdałków, które dopiero w dalszym przebiegu pociągnęło za sobą ogólne zakażenie ustroju, objawiające się wysoką gorączką (40°—41°), zajęciem sfery umysłowej, przypadłościami żołądkowo-jelitowemi i wreszcie wymienioną wysypką, znamienną nadto symetrycznem usadowieniem się i następowem łuszczeniem. Opisany jest wprawdzie drugi podobny przypadek, w którym rzeczona wysypka po dłuższych (rocznych) przerwach kilka razy się powtarzała w następstwie cierpienia narządu oddechowego, — łuszczenia jednak nie było.

Dr. Henryk Pisek.

R. Bernhardt. **Lasecznik zielonej ropy w drogach moczowych.** (*Gazeta lekarska* 1900, Nr. 6, 7). Przytoczone przez autora przypadki z piśmiennictwa pozwalają wnosić, że lasecznik zielonej ropy (*b. pyocyaneus*) w niektórych razach żyje w narządach bez widocznej szkody dla samego narządu i całego ustroju (n. p. w kiszkach): w innych znowu przypadkach wywołuje czysto miejscowe zapalenie surowicze lub ropne. W wyjątkowych jednak razach przenika on z tych ognisk miejscowych do krwiobiegu i powoduje ogólne zakażenie. B. robił doświadczenia z prątkiem ropy błękitnej, otrzymanym w czystej hodowli z przypadku przerostu gruczołu krokowego z przewlekłem zapaleniem pęcherza i miedniczek nerkowych oraz ostrem zapaleniem przyjądrza prawego i na podstawie tych doświadczeń dochodzi do wniosku, że tylko podrażniony, osłabiony pęcherz, może być podatnym gruntem dla rozwoju tego prątka, zdrowy zaś wydala go w bardzo krótkim czasie.

M. B.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

SPRAWOZDANIE

Komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Wydziału krajowego z czynności jego Departamentu V. za czas od 1 grudnia 1898 do 31 października 1899 roku.

Wysoki Sejmie!

Zaprzeczyć się nie da, że poczucie potrzeby naprawy stosunków zdrowotnych budzi się pomiędzy ludnością Galicyi coraz szerzej i że coraz częściej i żywiej podejmuje ludność sama akcyę w tym kierunku. Dowodem tego bardzo w tym względzie w latach ostatnich ożywione działanie wielu Rad powiatowych, jak Husiatyn, Gorlice, Dolina, Kałusz, Sokal, Skałat, Bóbrka, Śniatyn, Krosno, dzięki czemu kilka nowych szpitali powstało, inne się organizują, inne się wreszcie przebudowują i rozszerzają. Akcyi tej musi przyklasnąć każdy, który znaczenie zdrowia w ekonomii społecznej i znaczenie leczenia szpitalnego pojmuje, to też Komisya sanitarna rozpoczyna tegoroczne sprawozdanie od wyrażenia uznania wymienionym Radom powiatowym za działalność w kierunku pomnożenia i ulepszenia szpitali oraz Wydziałowi krajowemu za gotowość, z jaką w granicach obowiązującej ustawy akcyę tę wspiera.

Jednakowoż to wszystko, co dotychczas zrobiono w kierunku tym, bardzo jest jeszcze niedostateczne względnie do ludności Galicyi i jej potrzeb. Prawie połowa powiatów (35) nie ma ani jednego łóżka szpitalnego, t. j. nie ma ani szpitala publicznego, ani prywatnego w swych granicach, skutkiem czego nie mniej jak $2^1/_2$ miliona ludzi szukać musi szpitala po za granicami swego powiatu i z wszystkich krajów koronnych w stosunku do ludności najmniej u nas leczy się chorych w zakładach publicznych. Powiększa to straty chorobą spowodowane nietylko pod względem zdrowotnym, ale niewątpliwie i pod względem materyalnym. Zalety i korzyści, jakie przedstawia leczenie szpitalne zwłaszcza dla osób mniej zamożnych, uznaje cały świat cywilizowany, to też wszędzie równolegle z wzrostem cywilizacyi zwiększa się szybko ilość szpitali. Ile w tym kierunku u nas pozostaje do zrobienia, uwydatnia najlepiej porównanie n. p. z Czechami, które mają o 1 milion ludności mniej, a więcej o 85 szpitali z 7.725 łóżkami, tak iż w Czechach przypada 1 łóżko szpitalne na 453 osób, u nas zaś na 1.273 ludności. Stan ten winny rozważyć i uwzględnić te Rady powiatowe i te miasta, które dotychczas nie mają szpitali i jeszcze nie poczyniły starań, aby je posiąść.

Oczywista, że w miarę wzrostu liczby szpitali powszechnych i w miarę rozprzestrzenienia się ich zwiększać się musi wydatek z funduszu krajowego na koszta leczenia; wzrost ten jest stały i zwłaszcza w latach ostatnich coraz znaczniejszy i tak w r. 1897 wypłacił fundusz krajowy na koszta leczenia ubogich chorych 2,070.000 koron, zaś w roku 1898 o 430.000 koron więcej tj. 2,500.000 kor., a podobny wzrost wypadnie i na rok 1899, którego jednak zamknięć rachunkowych jeszcze nie wykończono. Wogóle wzrósł wydatek na cele zdrowia publicznego z funduszu krajowego w ostatnich 20 latach t. j. w porównaniu z rokiem 1878 o 870.842 koron; w tym czasie wzrosła liczba chorych o 35.009 osób i o 654.261 dni leczenia więcej.

Bezwzględnie biorąc, przedstawia wzrost tego wydatku wcale pokaźną kwotę, porównując go atoli z wzrostem wydatków w innych rubrykach funduszu krajowego, widzi się, że wydatki na cele zdrowia publicznego wzrosły w ostatnich 20 latach bardzo umiarkowanie i w bardzo znacznie mniejszej mierze, niż w rubrykach innych np. na cele szkolnictwa, komunikacyi i w. i. Więc nie ma powodu przerażać się tym wzrostem i dążność powstrzymania go nie odpowiadałaby potrzebie ludności, raczej przygotować się należy na to, że w najbliższych latach wzmagać się wymagania w tym kierunku muszą w większej niż dotychczas mierze. Pominąwszy bowiem wyżej wspomniany brak szpitali w wielu powiatach, jest wiele innych potrzeb odnoszących się do zdrowia, które coraz natarczywiej domagają się zaspokojenia. Uznaje je Wydział krajowy i wymienia jako naglące niemal corocznie w sprawozdaniu z Departamentu V., a nie przychodzi z wnioskiem ich zaspokojenia jedynie przez wzgląd na fundusze krajowe. Jednak to odraczanie musi znaleść swój kres, gdyż inaczej oszczędność przez nie w funduszu krajowym uzyskana odpowiada coraz mniej stratom, ponoszonym rzeczywiście przez ludność lub przez sam fundusz krajowy acz w formie odmiennej. Do potrzeb pod względem zdrowotnym naglących zaliczyć wypada: budowę domu dla obłąkanych, budowę domu porodowego w Krakowie, usunięcie przepełnienia w oddziale syfilitycznym we Lwowie, urządzenie odpowiedniego oddziału dla zakaźnych w Krakowie i we wielu szpitalach prowincyonalnych, przebudowę względnie rozprzestrzenienie kilku szpitali prowincyonalnych, z których niemal wszystkie bywają przepełnione, wreszcie roztoczenie troskliwej opieki przeciw szerzeniu się kiły.

Uzasadniać potrzeby budowy zakładu dla obłąkanych nie uważa Komisya sanitarna za właściwe wobec powziętej przez Wysoki Sejm w r. z. uchwały następującej: „Uznając potrzebę budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej części Galicyi wzywa się Wydział krajowy do poczynienia w tej sprawie potrzebnych przygotowawczych czynności.“ Wywiązując się z tego polecenia, przedstawia sprawozdanie depart. V. sposób rozwiązania tej sprawy i proponuje jako najtańszy i odpowiedni celowi wybudowanie przy zakładzie kulparkowskim kilku pawilonów, jako schroniska dla chorych nieuleczalnych, pozostawiając je pod tą samą dyrekcyą i administracyą. Ze względu jednak na stan budżetu krajowego, ogranicza się Wydział kraj. w sprawozdaniu Depart. V. na przedstawieniu swych uwag i nie przedkłada żadnego wniosku, zwłaszcza, że Wysoki Sejm na prace przygotowawcze nie udzielił jeszcze żadnego kredytu. Otóż odkładać dalej tej sprawy aż na czasy lepsze w żaden sposób nie można; przepełnienie chorych w oddziale chorych obłąkanych w Krakowie i w zakładzie kulparkowskim doszło do szczytu z ujmą dla chorych w tych zakładach pomieszczonych, a z większą jeszcze dla tych i ich rodzin, którzy w zakładach pomieszczenia nie znajdują, tych zaś jest w Galicyi według sprawozdania Rady zdrowia z roku 1896 około 2.600. Tem mniej wypada odwlekać z załatwieniem tej sprawy, skoro zakład kulparkowski wykazuje stale w dochodach nadwyżkę (w r. b. preliminowaną na 50.000 koron), w której ewentualnie zaciągnąć się mająca pożyczka na budowę, znaleść może bodaj częściowo amortyzacyę i oprocentowanie. Zresztą Komisya sanitarna zgadza się zupełnie z myślą, wypowiedzianą w roku zeszłym w Sejmie i ujętą w r. b. przez Komisyę budżetową we wniosek, aby się Wydział krajowy usilnie starał o wyjednanie na cel budowy zakładu dla obłąkanych w Galicyi dochodu z państwowej loteryi dobroczynnej. Co się tyczy rodzaju budowy wykonać się mającej, podziela Komisya sanitarna zapatrywanie sprawozdawcy Departamentu V., że obecnie najwłaściwszą będzie budowa schroniska dla chorych nieuleczalnych,

gdyż i koszt budowy schroniska wyniesie ledwie połowę kosztu budowy zakładu leczniczego i administracya oraz utrzymanie chorych mniej wydatków rocznych pociągać za sobą będą. Okoliczności te zasługują na szczególniejsze uwzględnienie zwłaszcza z tego powodu, że wobec wielkiej liczby obłąkanych, nie znajdujących pomieszczenia w istniejących dwóch zakładach, potrzebną jest budowa przynajmniej dla 500 osób. Do nowego schroniska będzie można przenieść z dwóch obecnie istniejących zakładów leczniczych, które ten charakter zatrzymać muszą, wszystkich chorych nieuleczalnych, przez co w tych zakładach opróżnią się miejsca dla chorych świeżych, specyalnego leczenia i pielęgnowania wymagających. Pytanie, gdzie schronisko dla obłąkanych budować, t. j. czy na gruntach kulparkowskich obok zakładu istniejącego, z którym schronisko mogłoby mieć wspólną administracyę, czy w części zachodniej Galicyi, jako zakład odrębny, przedstawia Komisya sanitarna Wydziałowi krajowemu do ostatecznego rozstrzygnięcia; wprawdzie w zachodniej części Galicyi ma oddział w Krakowie ledwo łóżek 70 (chorych jest obecnie 140) i już w roku 1890 uznała ankieta, zwołana przez Wydział krajowy, potrzebę budowy zakładu w Galicyi zachodniej, jednak kwestya oddalenia zakładu traci na znaczeniu wobec coraz większych ułatwień w komunikacyi, rozstrzygać zatem winno dokładne obliczenie, które wykaże, gdzie najmniejsze będą koszta budowy i gdzie uda się zaprowadzić administracyę najtaniej. Odpowiedni wniosek do Wysokiego Sejmu przedstawi Komisya na końcu swego sprawozdania.

Nie mniej niezbędną i naglącą jest budowa zakładu położniczego w Krakowie. Jej potrzebę i konieczność uznał Wydział krajowy wielokrotnie w dawniejszych sprawozdaniach i stwierdza ponownie w sprawozdaniu ostatniem. Na zapytanie jednak c. k. Namiestnictwa, czy Wydział krajowy zamierza w sesyi niniejszej Sejmu wystąpić z projektem budowy tego zakładu kosztem funduszu krajowego, odpowiedział Wydział krajowy, że ze względu na niekorzystny stan finansowy kraju nie może jeszcze obecnie przedłożyć Sejmowi wniosku o wyznaczenie na ten cel kredytu. Niewątpliwie zły stan funduszu krajowego usprawiedliwia tę odpowiedź, która jednak sprawy nie załatwia. Odpowiedź tę powtarza Wydział krajowy już od szeregu lat, a nie ma przecież usprawiedliwionej nadziei, by w najbliższej przyszłości fundusz krajowy tak się wzmógł, iżby mu zabrakło innych niezbędnych wydatków w rozmaitych rubrykach i by mógł bez trudności pokryć wydatek na budowę tego zakładu niezbędny. Gdy jednak zakład położniczy w takim stanie, jak obecnie, dłużej w Krakowie pozostać nie powinien, sądzi Komisya sanitarna, że trzeba szukać sposobu jaknajrychlejszego rozwiązania tej sprawy.

Zakład położniczy w Krakowie obejmować ma dwie instytucye rządowe: Klinikę położniczo-ginek. c. k. Uniwersytetu Jagiell. i ck. szkołę akuszerek obok oddziału ginekologicznego szpitalnego. C. k. Rząd uznaje konieczność lepszego pomieszczenia wymienionych instytucyi, wypada przeto z tego korzystać i wejść w rokowania z c. k. Rządem, aby sam przedsięwziął tę budowę, ewentualnie oświadczył, jaką kwotą do niej się przyczyni.

Gdy bardzo znaczna część zakładu używaną będzie przez instytucye państwowe, wydatek na budowę z funduszu krajowego nie może znacznej przedstawiać kwoty, a zresztą idzie tu tylko o wydatek jednorazowy. Szpital św. Łazarza wykazuje od szeregu lat dość znaczną nadwyżkę w dochodach, któraby mogłaby umarzać pożyczkę zaciągniętą na budowę zakładu położniczego. Wobec tego sądzi Komisya sanitarna, że czas już wielki przejść z bezczynnego uznawania potrzeby budowy do czynnej akcyi celem jej przeprowadzenia, a więc do wyboru miejsca pod budowę, opracowania programu budowy, omówienia jej strony finansowej z c. k. Rządem, wreszcie przedłożenia Sejmowi na najbliższej sesyi takich wniosków, na podstawie których możnaby do budowy przystąpić.

Sprawozdanie Wydziału krajowego wspomina każdego roku o nadzwyczajnem przepełnieniu w oddziale kiłowym męskim krajowego powszechnego szpitala we Lwowie. W sprawozdaniu ostatniem czytamy odnośnie do tej sprawy: „Trudno uwierzyć, jakie tu jest przepełnienie; o jakimkolwiek stosunku ilości chorych do kubatury powietrza według wymogów hygieny mowy nawet być nie może, bo tu postawiono tyle łóżek, ile tylko stanąć mogło, a są one tak zbliżone, że gdy chory chce położyć się do łóżka, musi prosić sąsiada, aby także się położył, albo wyszedł z przestrzeni międzyłóżkowej, bo miejsca dla obu nie ma. Prymaryusz musi codziennie łamać sobie głowę, kogo ma wydalić, aby przyjąć nowych piętnastu, którzy wstępują dziennie w przecięciu.“ Przerażający to opis; wynika z niego, że prymaryusz mimo swej znanej prawości i wielkiej sumienności zmuszony jest wydalać ze szpitala codziennie chorych, co do których nie ma przeświadczenia, że są wyleczeni w tym stopniu, iż choroby, z którą przybyli, przez zawczesne wypuszczenie rozszerzać nie będą, lub szkody na swem zdrowiu nie poniosą, gdyż inaczej wcale nie potrzebowałby sobie głowy łamać, kogo ma wydalić. Aby zrozumieć, ile się przez to złego dziać może, trzeba sobie uprzytomnić, że przez zawczesne wypuszczenie ze szpitala nie tylko naraża się osobnika wydalonego na straszne nieraz następstwa kiły nie zupełnie wyleczonej, ale nadto, że się podsyca coraz większe szerzenie się tej choroby, która nie tylko zdrowie licznych jednostek lecz całych generacyi podkopuje i niszczy. Sprawozdanie Departamentu V. wspomina (na str. 10), że z powodu wzmagania się chorób wenerycznych w kraju odbyła z inicyatywy ck. Namiestnictwa naradę ck. Rada zdrowia z współudziałem dwóch specyalistów, jakoteż lekarza policyjnego we Lwowie; na naradzie tej powzięto szereg wniosków, których część przeważną przedłożyło Namiestnictwo c. k. Ministeryum spraw wewnętrznych, inne zaś, których załatwienie należy do zakresu krajowych władz autonomicznych, przedłożyło Wydziałowi krajowemu. Między tymi wnioskami był następujący: „aby pobyt chorych wenerycznych mógł być w danym razie przedłużony aż do czasu, gdy już nie będzie zachodzić obawa dalszego rozszerzenia się tych chorób przez zawczesne wypuszczenych ze szpitala.“ Wydział krajowy dał na wszystkie jemu przedłożone postulaty odpowiedź, w szczególności odpowiedział na postulat wyżej wymieniony, że według instrukcyi, wydanych dla wszystkich szpitali, chorych syfilitycznych, nie płacących za siebie, nie wolno wypuszczać ze szpitala przed zupełnem wyleczeniem, chociażby kuracya miała trwać dłużej, niż trzy miesiące.“ Instrukcya bardzo dobra, ale jak ją pogodzić z tolerowaniem tego, by prymaryusz oddziału syfilitycznego musiał sobie codziennie łamać głowę, kogo ze szpitala wydalić, aby dla świeżo przybyłych miejsca opróżnić?

Nadmienić tu jeszcze trzeba, że przepełnienie w oddziale syfilitycznym lwowskim, tak męskim, jak i żeńskim, istnieje od szeregu lat, i że zdaniem inspektora szpitali oddział dla mężczyzn powinien mieć pomieszczenie przynajmniej na 200 łóżek (obecnie ma ich 138). Jako środek zaradczy poleca sprawozdawca Departamentu V. wyniesienie z zakładu Sióstr Miłosierdzia i oddanie ich pomieszkania na użytek oddziału, Komisya sanitarna zaś nie nie przedkłada Wysokiemu Sejmowi w tej sprawie specyalnego wniosku, ufna, iż Wydział krajowy już dłużej cierpieć nie zechce stanu, jaki jest, i przedłoży Sejmowi w najbliższej przyszłości odpowiedni środek zaradczy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W poprzednim spisie umieszczono przez pomyłkę wykłady Dra Edwarda Zielińskiego z Warszawy w niewłaściwej sekcyi, co poniżej będzie sprostowane.

Zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

— W sekcyi III. 13). Dr. Edward Zieliński (Warszawa): Znaczenie drobnoustrojów w wywoływaniu pewnych zjawisk geologicznych. (287)

— W sekcyi IX. 1). P. Jan Drége (Warszawa): Fabrykacya mydeł. (292)

2) P. Koskowski (Lwów): Organoterapia. (293)

— W sekcyi X. Dr. Wład. Biegański (Częstochowa): Analiza psychologiczna pewników logiki. (35)

— W sekcyi XIII. 17). Dr. Edw. Zieliński (Warszawa): Zmiany rozwojowe w ustroju suchotników. (285)

18. 19). Dr. Adam Chełmoński (Warszawa): a) Wpływ podniet nerwowych na przebieg gruźlicy. b) O samoistnem nieurazowem złamaniu żeber u chorych gruźliczych i charłaczych. (294/5)

20) Dr. M. Sadowski (Warszawa): Przyczynek do kazuistyki nowotworów oskrzeli. (296)

21. 22) Dr. Fr. Rajkowski (Ciechanów, gub. Płocka): a) Przyczynek do leczenia cukromoczu szpikiem kostnym. b) Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych błękitem metylowym. (297/8)

W dziale chorób dzieci: 23) Bohdan Korybut-Daszkiewicz: *Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa.*

24. 25) Dr. Julian Kramsztyk (Warszawa): a) O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. b) O rumieniu nawrotującym, podobnym do płonicy. (300/1)

— W sekcyi XIV, A. 54—55) Dr. A. Mincer (Paryż): a) O leczeniu zwężeń cewki moczowej. b) O zakażeniu moczowem. (302/3)

56—58) Dr. B. Motz (Paryż): a) Stosunek nowotworów pęcherza do nowotworów gruczołu krokowego i odwrotnie. b) O interwencyi chirurgicznej przy nowotworach pęcherza. c) Przyczynek do nauki o »prostatyzmie«. (304—306)

Porównaj Sekcya XVI. 14 (316).

— W sekcyi XV. 17) P. S. Essigman (Warszawa): Spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne nad działaniem niektórych środków przeciwgnilnych przy leczeniu zębów bezmiazgowych.

18. 19) P. Klein (Warszawa): a) Odciągadło źwierciadłowe policzka (nowy przyrząd, ułatwiający rękoczyny na zębach trzonowych). b) Zgryzadło bezgipsowe (nowy przyrząd, uruchomiający szczęki sztuczne). (308/9)

20. 21) Doc. Dr. W. Łepkowski (Kraków): a) Nowy sposób osadzania mostków do zdejmowania. b) Unaczynienie zębów u ludzi. (310/1)

— W sekcyi XVI. 10) Dr. Wład. Kopytowski (Warszawa): Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w półpaścu *(herpes zoster)*. (312)

11—13) Dr. B. Motz (Paryż): a) O gruczołach cewki. b) O poronnem leczeniu rzeżączki. c) O rozpoznawaniu i rokowaniu w niektórych rodzajach przewlekłego zapalenia cewki. (313—315)

Na posiedzenie wspólne z sekcyą XIV, A. 14) Dr. B. Motz: O gruźlicy nerek. (316)

— W sekcyi XVII. 8) Dr. Edward Zieliński (Warszawa): Strach, jako czynnik, wywołujący nerwice. 9) Dr. Chodźko (Paryż): W sprawie tak zw. objawu paluchowego Babińskiego *(phenomène des orteils)*. (317)

— W sekcyi XIX. 34. 35) Dr. A. Sołowij (Lwów): a) O postępach w leczeniu przetok moczowych. b) W sprawie atonii macicy po porodzie i o wartości tamponowania przy atonicznych krwotokach. (318/9)

36) Dr. T. Praschil (Lwów): Przyczynek do usadawiania się, przebiegu i leczenia ciąży zamacicznej. (320)

Wykład zamierzony w czasie wycieczki balneologicznej po Zjeździe, — w Krynicy: 37) Dr. Julian Aronsohn (Krynica): Balneoterapia i mechanoterapia w stosunku do eksudatów około — i przymacicznych, jakoteż wynikłych z tego powodu zboczeń w ułożeniu macicy i jej części dodatkowych. (321)

— W sekcyi XX. 13—16) Prof. Dr. W. Sieradzki (Lwów): a) O działaniu formaldehydu na krew i na barwik krwi. b) O hematynie w rozczynach obojętnych. c) Wynaczynienia krwi ze względu na czas ich powstania. d) 15 przypadków śmierci z powieszenia. (322—325)

17. 18) Dr. H. Kloysy (Lwów): a) O mierzeniu ciałek czerwonych krwi celem oznaczenia pochodzenia tejże. b) Zmiany w przewodzie pokarmowym w otruciu karbolem. (326—327)

— W sekcyi XXIV: Dr. Doliński (Przemyśl): Postulaty fizycznego wychowania dziewcząt. (328)

Porównaj nadto S. XV. 15 (290). Dr. Rossbergor (Jarosław): Znaczenie badań dentystycznych dla higieny szkoły.

— Na posiedzeniu zbiorowem w sprawie gruźlicy zapisał się do głosu w dyskusyi Dr. Boral (Riviera).

W dalszym ciągu zgłoszono:

— W sekcyi XVII. 10) Dr. M. Nartowski (Kraków): Wpływ jadów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej. (329)

11—13) Dr. J. Zanietowski junior (Kraków), a) O woltaizacyi (wedle własnych doświadczeń z kliniki Golly'ego w Berlinie i Kraft-Ebinga w Wiedniu). b) O wartości elektryzowania żołądka i kiszek (wedle własnych doświadczeń z kliniki Rosenheima w Berlinie i polikliniki Osera w Wiedniu). c) O myotonii, myastenii i tetanii (studyum porównawcze z klinik Nothnagla, Mendla i Goldscheidera). (330—332)

14 15) Dr. Bregman (Warszawa): a) O wymiotach kałowych w histeryi. b) O nowotworach móżdżku. (333/4)

16—18) Prof. Dr. J. Prus (Lwów): a) O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżku. b) O drogach ruchowych pozapiramidalnych. c) O zakrzepie zatoki jamistej *(sinus cavernosus)* opony twardej mózgu. (335—337)

19 20) Dr. W. Męczkowski (Warszawa): a) Przyczynek do nauki o tężyczce. b) [Tytuł podany będzie później]. (338/9)

— W sekcyi XIII. 26) Dr. Fr. Błoński (Spiczyńce w kijowskiem): O potrzebie wprowadzenia w powszechne użycie oleju rycynowego rezorcyno-salolowego. (340)

— W sekcyi XII. 9) Dr. Jerzy Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny. (341)

Kraków 4 czerwca 1900.

Ciechanowski.
Sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

Wystawa Przyrodniczo-Lekarska w Krakowie.

Komitet Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej, która się odbędzie w lipcu b. r. podczas trwania IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Krakowie prosi pp. autorów i wydawców dzieł, broszur, rozpraw i t. p. z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, wydanych w czasie od r. 1891 do 1900 włącznie, aby prace te, objęte I działem programu Wystawy zechcieli już nadsyłać pod adresem Komitetu Wystawy. Zkatalogowanie bowiem, ułożenie w odpowiednie grupy tego piśmiennictwa potrzebuje spokojnego traktowania, co przed samem otwarciem Wystawy, gdy zaczną się gromadzić okazy przemysłu w olbrzymiej, jak jest uzasadniona nadzieja, ilości, doznawałoby znacznej przeszkody.

Wypełniania kart zgłoszenia się do Wystawy autorowie i wydawcy załatwiać nie potrzebują, komitet bowiem ręczy za zwrot nadesłanych dzieł, jak tylko adres dokładny posyłającego będzie mu znany.

Wszystkie pisma polskie prosimy o łaskawe powtórzenie tej wiadomości.

Dr. Michał Śliwiński,
Dyrektor Wystawy.

XIII międzynarodowy kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 roku.

Sekretarz generalny zawiadamia, że członkowie Kongresu otrzymają dwa rodzaje publikacyj bezpłatnych, z których pierwsze doręczone będą przy rozpoczęciu kongresu, drugie w jakiś czas po jego zamknięciu.

Do pierwszej seryi bezpłatnych publikacyj należą: 1) Streszczenie sprawozdań (członkowie kongresu dostaną streszczenie sprawozdań tylko z tej sekcyi, do której się wpisali). 2) Jednotomowe dzieło „O wodach mineralnych i stacyach klimatycznych francuskich“ (400 stronic, oraz liczne rysunki). 3) *Paris médical* (dobroczynność publiczna i nauczanie; 1 tom o 400 stronicach). 4) Przewodnik (Paryż i wystawa, wydanie umyślne dla członków kongresu).

Do Seryi drugiej bezpłatnych publikacyj, które doręczone zostaną kongresistom w czasie późniejszym, należą: 1) Sprawozdanie sumaryczne z całości prac kongresu. 2) Jednotomowe dzieło, podające w całej rozciągłości sprawozdanie z posiedzeń ogólnych. 3) Jeden tom sprawozdania z Sekcyi, do której członek kongresu wpisał się; ci zaś, którzyby życzyli posiadać sprawozdanie i z innych Sekcyj, będą musieli dopłacać po 4 franki do każdego tomu. Kongresista, zamawiający sprawozdania ze wszystkich 17 Sekcyj, zapłaci tylko 45 franków.

Prócz tych korzyści wydawniczych członkom kongresu służyć będą następujące prerogatywy: 1) prawo udziału w pracach wszystkich Sekcyj; 2) zaproszenia na wszystkie uroczystości, ofiarowane członkom kongresu; 3) bezpłatny wstęp na wystawę podczas trwania kongresu; 4) oznaka artystyczna wyrzeźbiona przez Vernona; 5) opust 50% na kolejach francuskich.

Dr. A. Kwaśnicki, sekretarz. *Prof. B. Wicherkiewicz,* prezes.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 13 czerwca.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia 6 b. m. ku uczczeniu jubileuszu Uniw. Jagiell. posiedzenie uroczyste, na którem, po przemówieniu okolicznościowem prezesa, miał odczyt Dr. A. Kwaśnicki p. t. »Rys dziejów Wydziału lekarskiego U. J. od jego założenia do dni naszych«. Posiedzenie zaszczyciło liczne grono lekarzy zamiejscowych.

* Świeżo odbyty Jubileusz Wszechnicy Jagiell. dał hasło do wejrzenia w prastare akta tej Szkoły i ogłoszenia kilku monografij z tego zakresu. Pomimo swej obfitości, literatura tego przedmiotu nie jest jeszcze w całości wyczerpana. Prof J. Rostafiński wydał obszerną rozprawę, poświęconą „Wydziałowi Lekarskiemu Uniw. Jagiell. w 500-letnią rocznicę jego istnienia“, p. t. Medycyna w Uniw. Jagiellońskim w XV wieku. Krytyczne zestawienie zapatrywań poprzednich pisarzy, głębokie wejrzenie w znaczenie poszczególnych dokumentów i nader przekonywujące wyprowadzenie wniosków, wyjaśniają wiele dotychczasowych wątpliwości, wypełniają luki i wiążą epizodyczne fakta w całość dziejową.

Wydanie nader ozdobne, upiększone starymi rysunkami autentycznymi, stanowi poważny przyczynek do najdawniejszych dziejów medycyny w Polsce i świadczyć będzie o prawdziwie wzniosłem uczczeniu przez autora pięciowiekowego Jubileuszu.

* Dr. Jan Sędziak, znany specyalista i pisarz, wydał obszerny podręcznik pod tyt.: Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku. (Warszawa, 1900). Dzieło to poświęcił autor „Wszechnicy Jagiellońskiej w 500-letnią rocznicę Jej założenia".

* Z dotychczas otrzymanych czasopism lekarskich, następujące wydały numera, poświęcone Uniw. Jagiellońskiemu, z powodu jego 500-letniego Jubileuszu: Gazeta Lekarska (Nr. 22), Krytyka (Nr. 6), Kronika Lekarska (Nr. 11 i 12), Nowiny Lekarskie (Nr. 11), Medycyna (Nr. 22).

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Jan Kanty Emil Szwarz.

* Deputacya, złożona z drów Franka, Grussa, Heima i Pichlera udała się do prezydenta ministrów i szefa sekcyi Dr. Kussyego z prośbą o rozgraniczenie i należyte określenie stanowiska dentystów-doktorów medycyny do techników dentystycznych, przedstawiając niesłuszne wdzieranie się tych ostatnich do praw doktorów medycyny. Obaj dygnitarze uznali całą słuszność wywodów delegacyi, przyrzekając zupełne uwzględnienie tych życzeń.

* Niedawno zmarły w Paryżu Alfons Rotschild zapisał 10 milionów franków na wystawienie szpitala dla chorych na oczy.

* Rząd niemiecki ogłosi wkrótce nową ustawę egzaminacyjną' do dotychczasowych lat pięciu studyów będzie dodany obowiązujący rok szósty, poświęcony wyłącznie ćwiczeniom praktycznym.

* Na wzór berlińskiej mają być zakładane polikliniki w Niemczech we wszystkich miastach uniwersyteckich i większych osadach fabrycznych, a to w celu badania i wczesnego rozpoznawania gruźlicy.

* Dr. Mannaberg, wiceprezes międzynarodowej Konferencyi dla badania zimnicy, która, jak to donieśliśmy w Nr. 21, odbędzie się w Liverpolu pod przewodnictwem lorda Listera, zawiadamia, że lekarze z Austryi, życzący w niej wziąść udział, mają się zgłaszać do niego, jako do sekretarza Komitetu austryackiego (*Wien 1/1 Opernring, 15*).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Dr. Henryk Jordan otrzymał tytuł Radcy Dworu. Prof. okulistyki, Dr. Hirschberg, mianowany został zwyczajnym prof. honorowym w Berlinie. Dr. Batujew otrzymał stanowisko prof. anatomii w Uniwers. odeskim. Dr. Brusianin mianowany został prof. nadzw. higieny w Uniw. warszawskim. Dr. Kuffner K. — prof. zwycz. psychiatryi w czeskim Wydziale w Pradze — Dziekanem nowego Wydziału lekar. w Odesie mianował rząd prof. Podwysockiego, redaktora »Ruskiego Archiwu patologii«.

Nekrologia. Dr. Józef Stanisławski, urodzony w Śledziejowicach r. 1824, zakończył życie w Krakowie. Studya lekarskie odbył w Uniw. Jagiell. i zaraz po ich ukończeniu w r. 1847 otrzymał posadę asystenta w klinice prof. Brodowicza, a po jego ustąpieniu zastępował profesora przez parę miesięcy, t. j. do zamianowania prof. Dietla, którego nadal pozostał asystentem do r. 1852. Bezpośrednio potem osiadł w Sieradziu, gdzie spędził prawie pół wieku; przed dwoma laty obchodził Sieradz z okolicznem obywatelstwem 50-letnią działalność lekarską Stanisławskiego. Poza pracą zawodowo-lekarską oddawał się z zamiłowaniem archeologii krajowej, ocalił wiele zabytków archeologicznych, a w r. 1883 urządził wystawę archeologiczną w Sieradziu. Z prac lekarskich pozostała po Stanisławskim rozprawa: *O napojach ze stanowiska policyi lekarskiej* (Kraków, 1847). Cześć pamięci zasłużonego lekarza i obywatela.

Dr. Jan Bulewski zmarł w Święcianach, w 53 r. życia. Dr. Karol Lange, prof. nadz. anatomii patolog. zmarł w Kopenhadze. Na Wołyniu zakończył życie w wieku 38 lat lekarz praktykujący Dr. T. Sikorski.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: *W Kronice Lekarskiej Nr. 10:* Neugebauera Fr.: 19 przypadków koincydencyi zboczeń umysłowych z wrzekomem obojnactwem, 4 przypadki samobójstwa wrzekomych obojnaków, oraz 57 spostrzeżeń spraw sądowo-lekarskich, dotyczących wrzekomych obojnaków (c. d.) Lidmanowskiego K.: Przypadek ropnego zapalenia opłucnej pochodzenia promienicowego. *W Czasopiśmie Lekarskiem Nr. 6:* Dr. Berensteina M.: Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego w Łodzi. Dr. Kossobudzkiego: Przyczynki do kazuistyki ginekologicznej. Dr. Fidlera: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej (c. d.). *W Gazecie Lekarskiej Nr. 22.* Od Redakcyi: Słowo, poświęcone 500-letniej rocznicy odnowienia U. Jag. — Dzierzgowskiego S. K.: Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odporności przeciw błonicy. Brudzińskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania przerostu gruczołów chłonnych okołooskrzelowych u dzieci. O objawie Smitha. Dr. Orłowskiego Eug.: Mocznica w świetle badań współczesnych. *W Medycynie Nr. 22:* Doc. Korczyńskiego Lud.: Nauczyciele i nauka medycyny wewnętrznej w klinice krakowskiej. Szkic historyczny. Dr. Kostaneckiego Napoleona: Wpływ bakteryobójczy surowic normalnych różnych zwierząt. Steinhausa J.: Rzadsze formy i umiejscowienia mięsaków. *W Medycynie Nr. 23.* Tupowskiego A.: Przyczynek do oceny wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego. Dr. Sulikowskiego F.: Przypadek porodu dwojakami piersiozrosłymi. *W Nowinach Lekarskich Nr. 11:* Dr. Dziembowskiego: Choroba Barlowa. Dr. Dobrowolskiego St.: Cztery przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, dokonane w bieżącym roku szkolnym. Dr. Czarneckiego: Przyczynek do kazuistyki wyleczenia tętniaka tętnicy udowej. *W Postępie Okulistycznym* (Maj): Dr. Talko J.: Wągr oka w Polsce. *W Krytyce Lekarskiej Nr. 6:* Prof. J. Rostafińskiego: Organizacya Wydziału lek. na Uniw. Jagiellońskim w XV w. Dr. Zaborskiego W.: Prof Józef Frank w Wilnie (dok.). *W Gazecie Lekarskiej Nr. 23:* Rejchmana N.: Przyczynek do nauki o sposobach powstawania (patogeneza) t. zw. nawykowego zaparcia stolca. Dr. Przedborskiego L.: Cierpienie krtani przy ciąży (c. d.). Neugebauera Fr. Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków (c. d.). *W Przeglądzie Dentystycznym Nr. 5:* Dr. Krakowski M. Chinozol i jego zastosowanie w dentystyce. Dr. Zborila C.: Porcelana i emalia w dentystyce (c. d.).

Redakcya otrzymała: Prof. Rostafiński Józef: Medycyna na Uniw. Jagiellońskim w XV wieku (Kraków, 1900). Dr. Sędziak Jan: Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku (Warszawa, 1900). Dr. Maleszewski Władysław: Stanowisko lekarzy kąpielowych (Odbitka z Przegl. lek.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Z. 32.942/I.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych w okręgu lekarskim Kraków III z siedzibą w Krakowie ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego Kraków III przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 19·0 na linii Kraków-Lwów, dalej od kilometra 0·0 do kilometra 1·90/a na linii Bierzanów-Wieliczka i od kilometra 0·0 do kilometra 4·909/b na linii Podłęże-Niepołomice, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami Podgórze-Płaszów, Bierzanów, Podłęże i Niepołomice, przyczem się nadmienia, że z personalu na stacyi w Podgórzu-Płaszowie zatrudnionego należą do okręgu lekarskiego Kraków III tylko ci funkcyonaryusze, którzy mają na stacyi mieszkanie in natura i ci, którzy mieszkają w Płaszowie. Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do ukończonego 18-go roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1.600 Koron i ryczałt na fiakry w kwocie 300 Koron rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stęplowym na 1 Koronę zaopatrzone, wnosić należy do 10-go lipca b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też bliższych informacyi zasięgnąć można.

Kraków, dnia 8 czerwca 1900.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posady sekundaryuszów szpitali powszechnych w Sanoku i w Rzeszowie z płacą po 1000 Koron rocznie i z prawem do stabilizacyi po rocznej dla szpitala pożytecznej służbie.

Pragnący otrzymać te posady winni najpóźniej do dnia 1-go lipca 1900 wnieść podania do Wydziału krajowego, do których należy dołączyć:

a) Metrykę urodzenia na dowód, że konkurujący nie przekroczył 40 roku życia;

b) Dowód, że jest obywatelem państwa austro węg.;

c) Dyplom doktora wszech nauk lekarskieg otrzymany najednym z uniwersytetów monarchii.

We Lwowie dnia 1-go czerwca 1900.

Zwierzchność gminna m. Trzebini ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z płaca od 600—1000 Koron (zależnie od umowy). (175)

Zgłoszenia do 1-go lipca przyjmuje Urząd gminny.

W miasteczku Głogowie jest do objęcia posada lekarza okręgowego z płacą 1200 koron i ryczałtem na objazdy 400 koron.

Prezydyum magistratu m. Tarnopola rozpisuje konkurs na posadę drugiego lekarza miejskiego z płacą roczną 1200 koron, dodatkiem aktywalnym 240 koron, z prawem do 3 pięcioleci po 120 koron i dodatkiem na fiakra rocznie 100 koron.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Toustem z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na koszta podróży 600 koron. — Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową. — Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 6 lipca b. r.

Rok XXXIX. Kraków, 23 Czerwca 1900. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych I. b. Szpitala Sgo Łazarza w Krakowie.

W sprawie wstrzykiwań śródżylnych Hetolu (natrium cinamilicum) w przebiegu gruźlicy płuc metodą Landerera.

Napisał
prymaryusz Dr. Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

W następujących przypadkach przy stósowaniu śródżylnych wstrzykiwań hetolu, a równocześnie i podskórnych kwasu arsenawego nastąpiło znaczne polepszenie:

7) Załuszczak Jan l. 42. Od 6 tygodni gorączka, poty, kaszel, osłabienie. Przyjęty dn. 15 X.

St. praes.: W płucu prawem z przodu stłumienie do 3go żebra, a z tyłu do $^1/_2$ łopatki; rzężenia obfite, dźwięczne. W płucu lewem stłumienie ogranicza się do samego szczytu i tamże skąpe rzężenia obfite niedźwięczne. Ciepłota ciała 38·1° C. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{6}{1}$

Przez 5 dni spostrzegania klinicznego zauważono gorączkę do 38·2° C, poty obfite, dreszcze, kaszel silny, obfite plwociny. Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu i arszeniku 31/X; waga ciała 63 kg. 20 dk.; po 3 tygodniach waga ciała 64 kg. 20 dk. Ukończono wstrzykiwania hetolu 20/XII; waga 65 kg. 70 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 52 dni; wykonano wstrzyknięć 26, a wstrzyknięto wogóle 154·5 mg. hetolu = 0·1545 gm.; największa dawka wynosiła 0,01. Po trzech tygodniach wstrzykiwano naprzemian i kw. arsenawy, którego ogólna ilość wynosiła 29 mg. Największa dawka kwasu arsenawego wynosiła 0,002 mg.

Chory znosił wstrzykiwania bardzo dobrze. Po 3 wstrzyknięciu ustąpiły poty i dreszcze; kaszel mniejszy; plwociny dość obfite, apetyt dobry. Stan ten utrzymywał się w czasie dalszego spostrzegania klinicznego i tylko raz można było zauważyć, wkrótce po zastrzyknięciu śródżylnem hetolu poty. Z przypadków ubocznych chory doznawał bólu w piersiach.

27/XII. Chory ciągle bez gorączki; stan sił bardzo dobry. W szczycie prawym wdech i wydech zaostrzony, skąpe rzężenia; w szczycie lewym wypuk krótszy. Przysłuchem stwierdzić można zaledwie tu i owdzie furczenia. Chory wygląda bardzo dobrze. Przybytek na wadze 2 kg. 50 dk.

8) Nowak Wojciech l. 36. Od 3 lat kaszel, gorączka; od 2 miesięcy znaczne pogorszenie, poty, krwioplucie. Przybył do szpitala 25/X 1899.

St. praes.: W szczycie prawym i lewym przytłumienie; w obu płucach liczne rozsiane świsty, furczenia, rzężenia niedźwięczne. Z tyłu w dole po stronie lewej przytłumiony wypuk na rozległości dłoni noworodka; tamże wdech i wydech oskrzelowy z licznemi rzężeniami. Ciepłota ciała 37·4° C.

W czasie 7-dniowego spostrzegania klinicznego poty, stan podgorączkowy, kaszel silny, skąpe odpluwanie. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{12}{1}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 31/10; waga ciała 41 kg. Ukończono wstrzykiwania 18/XII; waga ciała 43 kg. Po trzech tygodniach t. j. 20/XI wynosiła waga ciała 42 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań hetolu wynosił 49 dni; wstrzyknięto w 24 posiedzeniach 155·5 mg. = 0·1555 gm. hetolu; najwyższa dawka wynosiła 0,01.

Po 3 wstrzykiwaniu ustąpiły stale dreszcze i poty; kaszel dość częsty; ciepłota 37·2° — 37·5° C. Po 6 wstrzyknięciu kaszel mniejszy, ciepłota ciała 37° C.

W ostatnich 3 tygodniach stosowano naprzemian wstrzykiwania śródżylne hetolu i podskórne kwasu arsenawego; wstrzyknięto w 10 posiedzeniach 29 mg arszeniku, jednak bez widocznego polepszenia Gdy bowiem przy wstrzykiwaniach wyłącznie hetolowych w ciągu 3-ch tygodni chorego przybyło na wadze o 1 kg., to w następnych 3 tygodniach przy stósowauiu wstrzykiwań hetolowych naprzemian z arszenikowemi waga ciała podniosła się zaledwie o $^1/_2$ kg. Chory opuścił szpital z wybitnem polepszeniem. Wstrzykiwania w ogóle znosił bardzo dobrze — i tylko uskarżał się na ból w piersiach po zastrzyknięciu hetolu. Badaniem przy wyjściu ze szpitala stwierdzić było można przytłumienie w obu szczytach obok nielicznych furczeń.

9) I. Nowakowski Jan l. 54. Chory od 2 miesięcy; kaszel, duszność, poty. Przyjęty do szpitala 23/X.

St. praes.: Zagęszczenie obu szczytów płucnych, zwłaszcza prawego. Obrzęk zimniczy śledziony. Rozwolnienie. Charłactwo zimnicze. Ciepłota ciała 37·9° C. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{3}{1}$.

Przez 7 dni spostrzegania klinicznego stan podgorączkowy, poty, rozwolnienie pomimo podawania większych dawek chininy, makowca, bizmutu. Czasami ciepłota dochodzi 38·6° C.

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 30/X r. 1899; waga ciała 51 kg. 20 dk Ukończono wstrzykiwania 29/I r. 1900; waga ciała 56 kg. Okres wstrzykiwań wynosił 91 dni; wykonano 29 wstrzyknięć hetolowych, a wstrzyknięto w ogóle 136·5 mg. = 0·1365 gm. hetolu; najwyższa dawka wynosiła 0,008. Arszenikowych wstrzyknięć wykonano 27; wstrzyknięto w całości 52 gm. = 0·052 gm. kw. arsenawego; najwyższa dawka wynosiła 0,002 gr.

W czasie wstrzykiwań naprzemian hetolu i kwasu arsenawego stan chorego się poprawiał. Ciepłota ciała dochodziła najwyżej 37·8° C wieczorem. Chory wyglądał coraz to lepiej, był silniejszy; poty i dreszcze bardzo nieznaczne; biegunka ustała. Pod koniec można było zauważyć zagęszczenie płuca prawego bez rzężeń. Niedokrewność mniejszego nasilenia. Chory ze znacznem polepszeniem sił poszedł do domu; na wadze przybyło go 4 kg. 80 dk. (a więc prawie 5 kg.), przyczem należy nadmienić, iż w 30 dni od rozpoczęcia wstrzykiwań waga ciała zwiększyła się o 4 kg. 20 dk. Po $2^1/_2$ miesiącach chory wrócił do szpitala z gorączką 39°, a badaniem stwierdzić było można naciek w szczycie płuca prawego z rzężeniami dźwięcznemi, sięgający z przodu do drugiego żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki, tudzież ogólne wyniszczenie.

10) Eisenberg H. l. 19. Chora od 2 lat; kaszel, dreszcze, poty, brak apetytu, szybkie spadanie z ciała. Przyjęta do szpitala d.

St. praes.: W płucu prawem z przodu do 4-go żebra, z tyłu do grzebienia łopatki stłumienie, tamże szmery oddechowe i rzężenia dźwięczne; poty, kłucie w prawym boku, spory kaszel. Ciepłota 37·2° C. Chora dostaje: kresalbin, duotal bez skutku. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{30}{1}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 29/X; waga ciała 48 kg. Ukończono wstrzykiwania hetolu 24/XI; waga ciała 49 kg. 3 dk. Następnie wstrzykiwano tylko arszenik do 7/XII; waga 49 kg. 70 dk. Okres wstrzykiwania hetolu wynosił 28 dni; wykonano wstrzyknięć 18; wstrzy-

knięto hetolu 67·5 mg. = 0·0675 gm. hetolu, przyczem największa dawka wynosiła 0,005. Okres wstrzykiwania arszeniku wynosił następnie 10 dni i wstrzyknięto w 9 posiedzeniach 13 mg. arszeniku, przyczem najwyższa dawka wynosiła 2·5 mg.

Chora po 4 wstrzyknięciu hetolowem czuje się lepiej; po 8-em wstrzyknięciu poty i dreszcze zupełnie ustąpiły; stan bezgorączkowy, apetyt dobry. Skarży się na ból w piersiach. Pod koniec leczenia nieznaczne poty i dreszcze.

Stan ogólny chorej znacznie lepszy lepiej wygląda, mało kaszle i mało odpluwa; rzężenia z płuca prawego prawie zupełnie ustąpiły i stwierdzić tamże można tylko objawy zagęszczenia. Chorej przybyło na wadze 1 kg. 80 dk.

11) Ehrenkranz Marya l. 22. Od 6 miesięcy kaszel, poty, gorączka, dreszcze; od 2 dni krwioplucie. Przybyła do szpitala 4/XI: krwioplucie i poty do 19/XI; potem stan bezgorączkowy.

1/XII *St. praes.*: W szczycie prawym z przodu przytłumienie do 2-go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki: tamże wdech i wydech do oskrzelowego zbliżony, skąpe rzężenia. W szczycie lewym z przodu do 3-go żebra przytłumienie; szmery oddechowe zaostrzone, skąpe furczenia.

Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{4}$

Rozpoczęto wstrzykiwania hetodowe 1/XII; waga ciała 56 kg., 50 dk. Ukończono wstrzykiwania hetolu 30/XII; waga ciała 61 kg. Okres wstrzykiwań wynosił 30 dni; wykonano 14 wstrzyknięć a wstrzyknięto w całości 49 mg. = 0·049 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,005 gm. Arszenikowych wstrzykiwań wykonano 8; wstrzyknięto 14 mg. kwasu arsenowego; największa dawka wynosiła 2·5 mg.

Chora znosiła wstrzykiwania b. dobrze; poty i dreszcze nie pojawiły się; czasami tylko ciepłota ciała wkrótce po zastrzyknięciu podnosiła się do 37·9°C. Apetyt bardzo dobry; chora czuje się przy końcu leczenia znacznie silniejszą; przybyło jej na wadze o 4 kg. 50 dk. Badaniem można stwierdzić tylko zagęszczenie szczytu płuca prawego bez rzężeń.

Dalsze przypadki chorobowe, w których wstrzykiwano hetol śródżylnie z nieznacznem polepszeniem lub też z pogorszeniem i zejściem śmiertelnem, przedstawiają się pokrótce następująco:

Nr.	Imię i nazwisko	Okres czasu dni	Ilość wstrzykiwań	Ogólna ilość hetolu mlgr.	Dawka najw.	U W A G A
12.	Musiałek Franc., l. 57 .	46	22	69	0·005	Cz. = $\frac{4}{1}$ — przybyło 80 dk. Stan bezgorączkowy po 5 wstrzyknięciu; poty 0; apetyt doskonały; polepszenie.
13.	Flaczyński Jan, l. 19 .	32	16	43	0·004	Cz. = $\frac{14}{1}$ — przybyło 1 kg.; po 6 wstrzyknięciach polepszenie; poty mniejsze.
14.	Kamińska Marya, l. 23 .	42	19	48·5	0·003	Cz. = $\frac{7}{1}$ — przybyło 50 dk.; po 6 wstrzyknięciach ustąpiła chrypka; poty ustąpiły po 16 wstrzykiwaniach; polepszenie.
15.	Łężniak Agneszka, l. 38	42	21	134·5	0·01	Cz. = $\frac{40}{1}$ — waga taka sama; polepszenie ogólne co do sił.
16.	Przęczek Agneszka, l. 28	44	22	134·5	0·01	Cz. = $\frac{20}{1}$ — przybyło 50 dk.; polepszenie ogólne; zażywała i kresalbin 2 razy à 0.50 grm.
17.	Kumala Stefania, l. 45 .	42	21	134·5	0·01	Cz. = $\frac{12-25}{1}$ — przybyło 1 kg. 50 dkg.; polepszenie.
18.	Steiner Berek, l. 23 . .	42	21	109	0·01	Cz. = $\frac{2-3}{1}$ — ubyło 3 kg. 30 dkg; pogorszenie.
19.	Duda Michał, l. 35 . .	18	9	27	0·005	Cz. = $\frac{2-3}{1}$ — *Alcoholismus*; †
20.	Tabor Tomasz, l. 38 . .	24	12	31	0·0035	Cz. = $\frac{20}{1}$ — ubyło 1 kg. 80 dkg.; pogorszenie; † w 2 tyg. po zaprzestaniu wstrzykiwań.
21.	Malinowski Karol, l. 53	46	23	101	0·008	Cz. = $\frac{15}{1}$ — przybył do szpitala z gorączką trawiącą; †
22.	Scibor Józefa, l. 30 . .	18	9	18	0·0025	Cz. = $\frac{6}{1}$ — źle znosiła wstrzykiwania; † po 20 dniach po zaprzestaniu wstrzykiwań.
23.	Brzezińska Justyna, l 63	10	5	9	0·0025	Cz. = $\frac{\infty}{1}$ — źle znosiła wstrzykiwania; † po 6 tygodniach po zaprzestaniu wstrzykiwań.
24.	Duda Jan, l. 19 . . .	24	9	15·5	0·0025	Cz. = $\frac{\infty}{1}$ — źle znosiła wstrzykiwania; chorej ubyło o 1 kg. 70 dkg. w ciągu 24 dni; † w 4 tyg. po zaprzestaniu wstrzykiwań.
25.	Chodacka Anna, l. 34 .	22	11	22·5	0·003	Cz. = $\frac{3}{1}$ — źle znosiła wstrzykiwania; † w 4 tygodnie po zaprzestaniu wstrzykiwań.
26.	Grzegorczyk Ant., l. 32 .	52	26	162·5	0·01	Cz. = $\frac{\infty}{1}$ — ubyło 2 kg.; pogorszenie pomimo podawania i ichtyolu, kresalbiny, kseroformu; † w 32 dni po zaniechaniu wstrzykiwań.
27.	Dajda Jan, l. 38 . . .	14	8	19·5	0·0035	Cz. = $\frac{\infty}{1}$ — ubyło 3 kg. 10 dkg. w ciągu tygodnia; pogorszenie znaczne: † w 3 tyg. po zaniechaniu wstrzykiwań.
28.	Ziomek Anna, l. 20 . .	42	21	124·5	0·01	Cz. = $\frac{2}{1}$ — po 13 wstrzykiwaniach przybyło o 4 kg.; z początku znaczne polepszenie; później krwotok płucny i †
29.	Kulczyk Franciszek, l. 63	40	20	101·5	0·0085	Cz. = $\frac{1-2}{1}$ — pogorszenie i obok kseroformu; biegunka; †.

W następującem zaś zestawieniu zebrane są wyniki wstrzykiwań wśródżylnych hetolu z wstrzykiwaniami podskórnemi kwasu arsenawego:

Nr.	Imię i nazwisko	Okres czasu wstrzykiwań Hetolu dni	Ilość wstrzykiwań Hetolu	Ilość ogólna wstrzykniętego Hetolu mg.	Najwyższa dawka Hetolu	Ilość wstrzykiwań As.	Ogólna ilość wstrzykniętego As. mg.	Najwyższa dawka As.	UWAGA
30.	Górecki l.	58	29	93	0,008	10	26	0,0025	Cz. = $\frac{2}{\infty}$ — przybyło 70 dk.; polepszenie.
31.	Salik Józefa l. 32 . .	39	17	58·5	0,005	14	31	0,002	Cz. = $\frac{3}{\infty}$ — przybyło 1 kg.; polepszenie.
32.	Kozób Konstancya l 22 .	62	22	133·5	0,01	18	38	0,003	Cz. = $\frac{2}{1}$ — w czasie wstrzykiwań hetolu przybyło 6 kg. a następnie po wstrzyknieniach kw. arsenowego ubyło: wogóle opuszczając szpital ważyła o 2 kg. 50 dk. więcej niż z samego początku; polepszenie.
33.	Śliwińska Stefania l. 38	132	35	136·5	0.01	4	7	0,002	Cz. = $\frac{2}{1}$ — Po 8 wstrzyknięciu hetolu (0,004) wystąpiło krwioplucie; po 20 wstrzyknięciu ogólne rozdrażnienie i pieczenie; przystąpiono do wstrzykiwań kw. arsen.; po 4 wstrzyknięciu arszeniku krwioplucie; ostatecznie pogorszenie.
34.	Metal Franciszek l. 28 .	52	25	71·5	0,007	10	22	0,003	Cz. = $\frac{6-8}{1}$ — ubyło na wadze 4 kg. 60 dk.; pogorszenie.
35.	Kłyś Franciszek l. 23. .	52	26	67	0,007	10	29	0,002	Cz. = $\frac{8-10}{1}$ — ubyło na wadze 1 kg. 20 dk. w ciągu tygodnia; podawano duotal i Kreozot; †
36.	Budzoń Franciszek l. 53	76	29	169	0,01	17	52	0,003	Cz. = $\frac{2}{1}$ — po 8 wstrzyknięciach przybyło 1 kg. 80 dg.; polepszenie, później pogorszenie i †; powikłanie z *Spondilitis dorsalis.*; podawano duotal.
37.	Petro Kajetan l. 36 . .	46	23	77·5	0,005	5	8·5	0,002	Cz. = $\frac{20}{1}$ — ubyło 2 kg. 50 dk.; pogorszenie.
38.	Ciastoń Walenty l. 22 .	70	46	198·5	0,01	5	10	0.002	Cz. = $\frac{\infty}{1}$ — po 50 dniach polepszenie i przybywa na wadze 1 kg. 50 dk.; poczem zaniechano wstrzykiwań na 1 miesiąc; przy powtórnych wstrzykiwaniach pogorszenie i †
39.	Konarska Katarz. l. 32 .	19	10	26	0,004	9	15	0,0025	Cz. = $\frac{20}{1}$ — ubyło 1 kg. 40 dk.; później w 4 tygodnie po zaniechaniu wstrzykiwań †
40.	Czajowski Szczepan l. 25	29	14	39	0,0045	11	19	0,002	Cz. = $\frac{4-8}{1}$ — ubyło 4 kg.; pogorszenie i †
41.	Oślak Jan l. 18 . . .	46	18	51	0,0045	15	25	0,002	Cz. = $\frac{4}{1}$ ubyło 1 kg. 35 dk.; pozostawał w szpitalu 72 dni; obok wstrzykiwań zażywał duotal, ichtyol, kreosot; pogorszenie i †
42.	Ornat Katarzyna l. 25 .	36	19	72	0,006	9	15	0,0025	Cz. = $\frac{20}{1}$ — ubyło 7 kg. 40 dk.; †
43.	Ważydrąg Antonina l. 14	49	24	98	0,005	10	15	0,002	Cz. = $\frac{2}{1}$ — z początku dobrze znosiła; przybyło 2 kg. 50 dk.: później (0,005) zaczęła silnie spadać z ciała wśród gorączki 40° C (16 wstrzyknięcie); † po 120 dniach od zaprzestania wstrzykiwań.

(Dokończenie nastąpi).

II. Oznaczenie punktu zamarzania (kryoskopia) moczu.

Podał

Dr. W. D. Moraczewski.

(Podług wykładu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem).

(Dokończenie).

Obok sposobu fizyologicznego, który bezwarunkowo jest najczulszy, ale niedogodny, stanęły sposoby fizyczne obniżania ciepłoty krzepnięcia i podnoszenia ciepłoty wrzenia.

Kryoskopia zatem nie jest niczem innem, jak sposobem mierzenia ciśnienia osmotycznego i szczególnie kryoskopia moczu i płynów fizyologicznych ma nam wyjaśnić zachowanie się elektrolitów i nieelektrolitów w ustroju.

Z dotychczasowych naszych wywodów wynika, że elektrolity obniżają punkt krzepnięcia w dwójnasób, że w dwójnasób podwyższają ciepłotę wrzenia, że wywołują ciśnienie dwa razy wyższe, niż ta sama cząsteczkowa ilość nieelektrolitów. Właściwie obniżenie punktu wrzenia, ciśnienie i t. d. nie jest dwa razy wyższe, tylko do tego ideału się zbliża. Ciśnienie, n. p. elektrolitów otrzymujemy, jeżeli ciśnienie nieelektrolitów pomnożymy przez współczynnik *i*, który waha się pomiędzy 1—1.8 — do 2. Dla niektórych ciał współczynnik jest mało co wyższy od jednostki (dla nieelektrolitów równa się jednostce); są to kwasy, zasady i sole, powstałe z tak zwanych słabych, mało czynnych ciał n. p. kwas pruski, kwas fosforowy, kwas siarkosinowy, zasady tego rodzaju, jak glin. — Inne kwasy i powstałe z nich sole mają współczynnik, bardziej zbliżony do 2 i to tem

bardziej zbliżony, w im większem rozcieńczeniu roztwór badamy. Możemy zatem ogólnie powiedzieć, że elektrolity zachowują się inaczej w roztworze. Elektrolity zachowują się jeszcze znamienniej względem prądu elektrycznego. Wiadomo, że tak zwane nieelektrolity nie przewodzą prądu wcale (jeżeli są zupełnie czyste). Natomiast elektrolity przewodzą prąd tem lepiej, im więcej są rozcieńczone, im silniejsze ciśnienie osmotyczne wywierają, im silniej obniżają punkt krzepnięcia i t. p. Słowem przewodnictwo elektryczności podlega podobnym prawom, czyli zależne jest od tych samych własności, które wpływają na ciśnienie osmotyczne etc. Tak zwane silne kwasy, silne zasady i powstałe z nich sole przewodzą najlepiej, zatem te same ciała, których współczynnik *i* najbardziej zbliżał się do *2*. Co więcej, jeżeli utworzymy szereg kwasów, porządkując je według szybkości, z jaką inwertują cukier trzcinowy (wiadomo, że pod wpływem kwasów cukier trzcinowy rozpada się na dwie heksozy, cukier gronowy i lewulozę), albo według tak zwanej „chciwości“ (Thomson), z jaką łączą się z zasadami, to szereg taki zgadza się co do joty z szeregiem, w którym zestawiono kwasy podług ich przewodnictwa elektrycznego. To szczególne zestawienie utrwaliło przypuszczenie, że w roztworze wodnym elektrolity rozpadają się na jony, że im zupełniej się rozpadają, tem lepiej przewodzą prąd elektryczny, że takie rozpadanie się na jony wywołuje w roztworach podwójnie silne ciśnienie i podwójnie silne obniżanie ciepłoty.

Tyle co do teoretycznej strony, którą zaznaczyliśmy jeno w zarysach, unikając wzorów matematycznych i zbyt specyalnych szczegółów.

Wobec tego pytamy, jakie znaczenie ma kryoskopia, a szczególnie kryoskopia moczu? Ma ona nas pouczać, że płyn badany, a więc mocz, ma takie lub inne ciśnienie osmotyczne. Czy wiadomość taka ma jakiekolwiek znaczenie? Bynajmniej. Ciśnienie osmotyczne moczu zależne jest od zawartych w nim elektrolitów i nieelektrolitów. Pierwsze t. j. sole mineralne obniżają punkt krzepnięcia prawie w dwójnasób, ale każda inaczej, zależnie od współczynnika *i*, zależnie od swej dysocyacyi. Nieelektrolity obniżają jednako w stosunku do swej wagi cząsteczkowej, to znaczy, że 60‰ roztwór mocznika obniża mniej więcej tyleż, co 40000‰ roztwór białka. Dodajmy do tego kreatyninę i urobilinę, z których każda obniża inaczej i których zmienna zawartość wywiera wpływ, przyczem ogromna zawartość białka i barwików wcale się nie objawia, a drobna zawartość mocznika lub soli zmienia rzecz olbrzymio, a przekonamy się, że ciśnienie osmotyczne moczu zawdzięcza swoją wielkość w badanym przypadku rozmaitym czynnikom. Nie należy zapominać, że niektóre ciała, jak moczany, strącają się przy oziębieniu i chociaż ciała w przesyconym roztworze działają osmotycznie, to przecież może usunięcie pewnej części składników wywołuje zmiany. Znaczenie badań ciśnienia osmotycznego powiększają wyniki pracy W i n t e r a, który wskazał, że wszystkie płyny ustroju mają jednakie ciśnienie osmotyczne, że oznaczenia punktu zamarzania mleka, krwi i przesączyn wykryły cyfry, do siebie zbliżone. Musimy się zatem zastanowić, czy osmotyczne ciśnienie może mieć w pewnym ustroju rozmaitą wielkość. Gdyby tak było, gdyby którykolwiek płyn, czy to przesączyna, czy krew miał ciśnienie wyższe, wtedy niewątpliwie woda przenikałaby dopóty w ów płyn, dopóki ciśnienie nie zrównałoby się w zupełności. Wyjątek stanowić może jednak mocz, który pozostaje pod wpływem nie tylko osmozy, ale i dyffuzyi i który w zbiorniku mógłby ulegać zmianom. Poszukiwania H a m b u r g e r a i innych zaprzeczają atoli temu ostatniemu przypuszczeniu. Mocz nie traci wody, a tem mniej składników przez czas pobytu w pęcherzu, ponieważ zdaniem H a m b u r g e r a, nabłonek pęcherza jest nieprzenikliwy dla cząsteczek mocznika.

Jeżeli tedy oznaczenie punktu zamarzania płynów, ustroju (krwi, mleka i t. d.) nic nam nie mówi o składzie, ani o stężeniu, to przecież zdawałoby się, że daje nam pojęcie o osmotycznem ciśnieniu soków ustroju. Natomiast oznaczenie ciśnienia osmotycznego moczu jeszcze mniej nas poucza, ponieważ, jak mówiliśmy wyżej, mocz jest wynikiem dyffuzyi, przesączania, nie wynikiem osmozy. Dopóki krążenie w nerkach jest prawidłowe, mocz zawiera znacznie więcej wody, niż krew, i znacznie więcej soli, natomiast znacznie mniej białka. Oczywiście widać tu wpływ szybkości przenikania cząsteczek przez tkanki nerkowe, szybkości, która mierzy się wielkością cząsteczek i bezwarunkowo większą jest dla krystaloidów, niż dla kolloidów. Z określenia ciśnienia osmotycznego, podanego wyżej, wynika, że przepona, która przepuszcza sole, nie może odczuwać ciśnienia osmotycznego, chyba w nieznacznej części. Chyba gdyby była o tyle zwyrodniałą, że zatraciłaby swą zwyczajną własność przepuszczalności.

Czy n. p. w chorobach nerek możemy się spodziewać jakich zmian w moczu, wywołanych nieprzepuszczalnością nabłonków nerkowych? Z powyżej przytoczonych praw osmotycznego ciśnienia wynikałoby stanowczo, że nawet najbardziej zmieniona nerka musi przepuszczać wodę. Może być, że zatrzymuje sole lub inne składniki moczu, choć na to żadnych przekonywających dowodów nie mamy; w każdym razie taka nerka zagęszczając produkty rozkładu w krwi obniża osmotyczne ciśnienie zarówno w krwi, jak i w moczu; zatem przy zaniku nerek możemy się spodziewać zatarcia różnicy ciśnienia osmotycznego krwi i moczu zgodnie z spostrzeżeniami K o r a n y i e g o. Zawsze nawet w tych razach powinny soki ustroju mieć co najwyżej ten sam punkt zamarzania, to samo ciśnienie osmotyczne, co i mocz. Nawet najcięższe zmiany w narządzie wydzielniczym nie sprowadzą żadnego wyjątku.

Pamiętać należy o tem, że osmotyczne ciśnienie nie daje nam pojęcia ani o stężeniu, ani o składzie moczu. Pamiętać należy o tem, że mocz, bardzo nasycony, może mieć małe ciśnienie osmotyczne, że bardzo rozcieńczony może mieć wysokie. W pierwszym wypadku mocz zawiera dużo cząsteczek wielkich (białka, barwików, ptomainów), które nie wpływają na obniżenie zamarzania, w drugim razie mocz zawierać może przeważnie sole. Oczywiście, że możemy spotkać mocz o bardzo małem ciśnieniu osmotycznem, który jednocześnie jest rozcieńczony i mocz o wysokiem ciśnieniu i wielkiem stężeniu. Ciśnienie osmotyczne moczu tylko porównane z ciśnieniem we krwi daje nam mniej więcej pojęcie o przesączaniu przez nerki. K o r a n y i podaje pod tym względem niejakie prawa. Jeżeli mocz w chorobach serca przy opuchlinie ma wysokie ciśnienie osmotyczne (hyperstenurya $\frac{\triangle}{NaCl} > 1{\cdot}7$) to choroba wywołana jest przez niedomogę serca, nie przez nerki. Nerki bowiem mogą przesączać dobrze i tylko bezsilność serca spowoduje powolne są-

czenie. Jeżeli zaś mocz okazuje tak zwaną hypostenurye t. j. małe ciśnienie osmotyczne $\frac{\triangle}{NaCl} < 1{\cdot}7$, wtedy zanik nerek jest powodem zestoju [$\triangle$ obniżenie punktu zamarzania, NaCl odsetek zawartości soli kuchennej w moczu.]

Koranyi uważa może za rzecz dowiedzioną, że zmiany nerek wstrzymują sączenie. Nie wdając się w dociekanie przyczyn możemy jednak przyjąć jako rzecz pewną, że w niektórych razach mocz ma ciśnienie osmotyczne, zbliżone do krwi, to jest zachowuje się, jak wysięk, — w innych ciśnienie osmotyczne jest wyższe, odpowiada bardziej wytworowi sączenia. —

Jeżeli po tych uwagach rozważymy raz jeszcze znaczenie kryoskopii w moczu, to musimy przyznać, że doniosłość jej inaczej się teraz przedstawia. Kryoskopia krwi ma nas pouczać o tem, czy w ustroju zachodzą sprawy rozkładające, czy skupiające. W pierwszym wypadku krew musiałaby mieć ciśnienie wielkie, odpowiadające wysokiemu ciśnieniu soków ustroju, w których krążą liczne a drobne cząsteczki, powstałe z rozkładu białek etc. W drugim wypadku krew miałaby małe ciśnienie, które odpowiadałoby małemu ciśnieniu soków ustroju, zawierających nieliczne, a wielkie cząsteczki, wynikłe z braku rozkładu albo z syntezy chorobliwej. Podobne wnioski snuć możemy z kryoskopii moczu. Dla poczynienia takich wniosków trzeba jednak uwzględnić wiele spraw, na które zwróciliśmy uwagę. Musimy naprzód przekonać się, jak ciśnienie osmotyczne krwi i moczu sobie odpowiadają. Zwyczajnie obniżenie punktu krzepnięcia moczu jest trzy razy większe, niż obniżenie punktu krzepnięcia krwi. Stosunek ten wahać się może i oceniając go należy pamiętać o wszystkiem, co na ciśnienie osmotyczne, a tem samem na obniżenie punktu krzepnięcia wpływ wywiera. Trzeba w ciśnieniu osmotycznem moczu wydzielić część tego ciśnienia, które powodują sole nieorganiczne. Koranyi uwzględnia tylko zawartość soli kuchennej, słusznie przypisując jej najważniejszą część tej siły. Oczywiście dokładniej byłoby jeszcze porównać całe ciśnienie osmotyczne moczu z tem, jakie dają wszystkie składniki nieorganiczne, nie tylko sama sól kuchenna. Uskutecznić to można albo badając punkt zamarzania roztworu wodnego, w którym zawartość soli kuchennej albo wszystkich soli równa się zawartości tychże soli w moczu, albo przynajmniej oznaczając ilość części mineralnych w moczu i porównywując z tą liczbą obniżenie punktu zamarzania. — Aby należycie ocenić punkt zamarzania, trzebaby dalej oznaczać zamarzanie w moczu dwa lub trzy razy rozcieńczonym, żeby wykluczyć wydzielanie się składników i oprócz tego porównywać obniżenie punktu zamarzania z całą ilością części stałych w moczu lub płynie badanym.

Kryoskopia moczu lub innych płynów wprowadza nowe pojęcia do fizyologii i klinicznej chemii, pojęcia, których znaczenia dotąd jeszcze przewidzieć nie można. Ciśnienie osmotyczne nie jest ani stężeniem soków, ani zawartością soli, lub nie soli; jest to mierzenie ilości cząsteczkowych sił, które zawisły od niezliczonych wpływów. Kryoskopia tylko wspólnie z danemi, dotyczącemi moczu i soków ustroju, tylko w świetle liczb, wykrytych przez wszechstronne ich zbadanie, dawaćby mogła pewne pojęcie o sprawach ustroju, pojęcie może dokładniejsze, niż wszystkie inne poszukiwania.

Natomiast samo badanie obniżenia punktu krzepnięcia bez dokładnego rozbioru wywołujących je przyczyn będzie tylko jedną cyfrą więcej, której znaczenia nie pojmujemy.

* * *

III. Urządzenie stacyj klimatycznych.

Ustęp z wykładów o balneoterapii, wygłaszanych w półr. zim. 1899/900.

Podał

Dr. Ludomił Korczyński

Docent med. wewn. w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Z pojęciem stacyi klimatycznej nierozerwalnie jest złączone pojęcie klimatu i znajomość czynników, które się nań składają, a więc poznanie zjawisk atmosferycznych. Każde przeto uzdrowisko, jeśli istotnie słusznie ma nosić tę nazwę, posiadać powinno stacyę meteorologiczną i rozporządzać, o ile możności, jak najobszerniejszemi i jak najliczniejszemi spostrzeżeniami meteorologicznemi [1]).

Znane być powinny: 1 Ciepłota. 2 Ciśnienie powietrza. 3 Wilgotność powietrza. 4 Opady atmosferyczne. 5 Stopień zachmurzenia nieba. 6 Kierunek i jakość wiatrów. 7 Jakość dni.

Ciepłota. Do mierzenia ciepłoty posługujemy się ciepłomierzami zazwyczaj z podziałką Celziusza, na której każdy stopień podzielony jest na części dziesiętne; dla oznaczenia ciepłoty najwyższej i najniższej służą t. zw. termogrady, maksymalne i minimalne. Ciepłotę mierzyć należy przynajmniej trzy razy dziennie, zawsze o tej samej porze. Najodpowiedniejsze są godziny 6 r., 1 popoł., 9 wiecz.; otrzymuje się z nich średnie, zbliżone najbardziej do rzeczywistych średnich dziennych. Z innych kombinacyj używane są jeszcze: 6 r., 2 popoł., 10 wiecz.; 7 r., 1 popoł., 9 wiecz.; 7 rano, 2 popoł., 7 wiecz.; 7 r., 2 popoł., 9 wiecz.; 7 r., 2 popoł., 10 wiecz.; 8 rano, 2 popoł., 8 wiecz. Z tych wszystkich kombinacyj najmniej dokładne są trzecia i siódma, najdokładniejsze zaś pierwsza i szósta.

W dokładnych spostrzeżeniach ciepłoty podawać należy obok średniej ciepłoty dobowej, także średnie ciepłoty z godzin, przeznaczonych na czynienie spostrzeżeń, z uwzględnieniem najwyższych i najniższych, obliczać średnie okresów pięciodniowych, czyli pentad, średnie miesięczne, pór roku i roczne. Zestawienia takie są bardzo korzystne, gdyż dają dość dokładne pojęcie o przebiegu ciepłoty.

Bezpośrednie nasilenie promieni słonecznych bada się za pomocą aktinometru, czyli termometru poczernionego i zamkniętego w próżni, celem uchronienia słupa rtęci od wpływu wilgoci, zawartej w powietrzu, prądów powietrza i jego ciepłoty. Odnośne spostrzeżenia czynić należy równocześnie z oznaczeniami ciepłoty powietrza.

Jako wzór tablic, na których zestawiać można szczegóły, odnoszące są do przebiegu ciepłoty, posłużyć może *Tablica I.*

Ciśnienie powietrza oznacza się za pomocą barometru rtęciowego, albo też za pomocą aneroidów. W sprawozdaniach meteorologicznych podane jest bardzo często ciśnienie, jako ciśnienie zredukowane do ciepłoty 0°C; dzieje się to dlatego, aby umożliwić porównawcze zestawienia ciśnienia barometrycznego w rozmaitych miejscowościach. Redukcyi dokonuje się za pomocą tablic, które podają w milimetrach wzrost, względnie malenie ciśnienia barometrycznego, zależne od wysokości ciepłoty.

Ogólne zasady w czynieniu spostrzeżeń są te same, co przy odczytywaniu ciepłoty. A więc czynić to należy w tych samych godzinach i w tem samem miejscu, gdzie ustawione są ciepłomierze. Wzór tablicy podanej powyżej dla ciepłoty

[1]) O czynieniu spostrzeżeń meteorologicznych patrz: Dr. Hugo Meyer: Anleitung zur Bearbeitung meteorologischer Beobachtungen für Klimatologie. Berlin. J. Springer, 1891.

odnosić się może, po naturalnej zmianie napisów, także do ciśnienia barometrycznego.

Tablica 1.

Miesiące i pory roku			Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	Rok	Zima	Wiosna	Lato	Jesień
Ciepłota	miesięczna	średnia rano																	
		średnia południe																	
		średnia wieczór																	
		średnia dobowa																	
		najwyższa																	
		najniższa																	
	pentad średnia	najwyższa rano																	
		najwyższa południe																	
		najwyższa wieczór																	
		najwyższa dobowa																	
		najniższa rano																	
		najniższa południe																	
		najniższa wieczór																	
		najniższa dobowa																	

Wilgotność powietrza odczytuje się za pomocą psychrometru lub higrometru. Psychrometr składa się z dwóch termometrów; kula jednego jest sucha, drugiego owinięta mokrym muślinem. Termometr zwilżony i zawieszony na grubej nitce lub na szpagacie wprawia się w ruch okrężny i po pewnym czasie odczytuje ciepłotę; z różnicy ciepłoty, wskazanej przez termometr suchy i wilgotny, oblicza się wilgotność bezwzględną według wzoru $W = W_1 - K \times B\ (T - T_1)$, gdzie W oznacza całkowite wysycenie powietrza parą wodną przy ciepłocie T; K jest ilością stałą=0·0007; B oznacza stan barometru, który w dość znacznych granicach jest prawie bez wpływu; T oznacza ciepłotę wskazaną przez ciepłomierz suchy, T przez ciepłomierz wilgotny.

Wartości dla W_1 i dla iloczynu K. B. (T—T) zawierają następujące tablice[2]) *(Tablica II i III)*:

Tablica powyższa może być używaną dla tych miejscowości, w których B wynosi od 730 do 760 mm. dla innych wysokości należy ją odpowiednio obliczyć. Jak się obliczenie wilgotności wykonuje, posłużyć może następujący przykład. Przypuśćmy, że ciepłota powietrza wynosi 22·5°C, wskazuje ją termometr suchy; termometr wilgotny wskazuje ciepłotę 16·3°C, a więc różnica $T - T_1 = 6·2$°C; całkowite wysycenie powietrza parą wodną przy ciepłocie 16·3°C wynosi 13·80, iloczyn K. B. $(T - T_1)$ przy ciśnieniu 730 do 760 mm. i przy różnicy ciepłoty 6·2°C wynosi 3·26, a więc W=13·80—3·26 czyli 10·54 mm. Jest to wilgotność bezwzględna. Wilgotność względną czyli odsetkową otrzymuje się z wzoru $\frac{100.\ W.}{W_1}$

w naszym przypadku $\frac{100.10·54}{13·80} = 76·4\%$.

Znając wilgotność bezwzględną, oznaczyć możemy bardzo łatwo także t. zw. punkt skraplania się pary (Thaupunkt), odszukując w pierwszej tablicy ciepłotę, dla której znaleziona wartość stanowi całkowite wysycenie; w naszym przypadku punkt ten leży w ciepłocie 12·1°C. Za pomocą higrometrów oznacza się bezpośrednio punkt skraplania się pary wodnej; znając ciepłotę, w której to nastaje, już bardzo łatwo za pomocą tablicy odczytać wilgotność powietrza.

[2]) Wyjęte z Hygieny Flüggego.

II. Tablica wysycenia:

Celziusz	0·0	0·1	0·2	0·3	0·4	0·5	0·6	0·7	0·8	0·9
— 9	2·27	2·25	2·23	2·21	2·19	2·18	2·16	2·14	2·13	2·11
— 8	2·45	2·43	2·41	2·39	2·38	2·36	2·34	2·32	2·30	2·28
— 7	2·65	2·63	2·61	2·59	2·57	2·55	2·53	2·51	2·49	2·47
— 6	2·87	2·85	2·83	2·81	2·78	2·76	2·74	2·72	2·70	2·68
— 5	3·11	3·08	3·06	3·04	3·01	2·99	2·96	2·94	2·92	2·90
— 4	3·36	3·34	3·31	3·28	3·26	3·23	3·21	3·18	3·16	3·13
— 3	3·64	3·61	3·58	3·55	3·53	3·50	3·47	3·44	3·42	3·39
— 2	3·93	3·90	3·87	3·84	3·81	3·78	3·75	3·72	3·69	3·67
— 1	4·25	4·22	4·19	4·16	4·12	4·09	4·06	4·03	4·00	3·96
— 0	4·60	4·56	4·53	4·49	4·46	4·42	4·39	4·36	4·32	4·29
+ 0	4·60	4·63	4·67	4·70	4·73	4·77	4·80	4·84	4·87	4·91
+ 1	4·94	4·98	5·01	5·05	5·08	5·12	5·16	5·19	5·23	5·27
+ 2	5·30	5·34	5·38	5·42	5·45	5·49	5·53	5·57	5·61	5·65
+ 3	5·69	5·73	5·77	5·81	5·85	5·89	5·93	5·97	6·01	6·06
+ 4	6·10	6·14	6·18	6·23	6·27	6·31	6·36	6·40	6·45	6·49
+ 5	6·53	6·58	6·63	6·67	6·72	6·76	6·81	6·86	6·90	6·95
+ 6	7·00	7·05	7·10	7·14	7·19	7·24	7·29	7·34	7·39	7·44
+ 7	7·49	7·54	7·60	7·65	7·70	7·75	7·80	7·86	7·91	7·96
+ 8	8·62	8·07	8·13	8·18	8·24	8·29	8·35	8·40	8·46	8·52
+ 9	8·57	8·63	8·69	8·75	8·81	8·87	8·93	8·99	9·05	9·11
+10	9·17	9·23	9·29	9·35	9·41	9·47	9·54	9·60	9·67	9·73
+11	9·79	9·86	9·92	9·99	10·05	10·12	10·19	10·26	10·32	10·39
+12	10·46	10·53	10·60	10·67	10·73	10·80	10·88	10·95	11·02	11·09
+13	11·16	11·24	11·31	11·38	11·46	11·53	11·61	11·68	11·76	11·83
+14	11·91	11·99	12·06	12·14	12·22	12·30	12·38	12·46	12·54	12·62
+15	12·70	12·78	12·86	12·95	13·03	13·11	13·20	13·28	13·37	13·45
+16	13·54	13·62	13·71	13·80	13·89	13·97	14·06	14·15	14·24	14·33
+17	14·42	14·51	14·61	14·70	14·79	14·88	14·98	15·07	15·17	15·26
+18	15·36	15·45	15·55	15·65	15·75	15·85	15·95	16·05	16·15	16·25
+19	16·35	16·45	16·55	16·66	16·76	16·86	16·96	17·07	17·18	17·29
+20	17·39	17·50	17·61	17·72	17·83	17·94	18·05	18·16	18·27	18·38
+21	18·50	18·61	18·72	18·84	18·95	19·07	19·19	19·31	19·42	19·54
+22	19·66	19·78	19·90	20·02	20·14	20·27	20·39	20·51	20·64	20·76
+23	20·91	21·02	21·14	21·27	21·41	21·53	21·66	21·79	21·92	22·05
+24	22·18	22·32	22·45	22·59	22·72	22·86	23·00	23·14	23·27	23·41
+25	23·55	23·69	23·83	23·98	24·12	24·26	24·41	24·55	24·70	24·84
+26	24·99	26·14	25·29	25·44	25·59	25·74	25·89	26·05	26·20	26·35
+27	26·51	26·66	26·82	26·98	27·14	27·29	27·46	27·62	27·78	27·94
+28	28·10	28·27	28·43	28·60	28·77	28·93	29·10	29·27	29·44	29·61
+29	29·78	29·96	30·13	30·31	30·48	30·65	30·83	31·01	31·19	31·37

III. Tablica dla iloczynu K. B. $(T - T_1)$.

$T - T_1$	0·0	0·1	0·2	0·3	0·4	0·5	0·6	0·7	0·8	0·9
0	0·00	0·06	0·11	0·16	0·21	0·26	0·32	0·37	0·42	0·48
1	0·53	0·58	0·63	0·69	0·74	0·79	0·84	0·90	0·95	1·00
2	1·05	1·11	1·16	1·21	1·26	1·31	1·37	1·42	1·47	1·52
3	1·58	1·63	1·68	1·74	1·79	1·84	1·89	1·95	2·00	2·05
4	2·10	2·16	2·21	2·26	2·31	2·37	2·42	2·47	2·52	2·57
5	2·63	2·69	2·74	2·79	2·84	2·90	2·95	3·00	3·05	3·10
6	3·16	3·21	3·26	3·32	3·37	3·42	3·47	3·52	3·58	3·63
7	3·68	3·73	3·79	3·84	3·89	3·95	4·00	4·05	4·10	4·15
8	4·21	4·26	4·31	4·37	4·42	4·47	4·52	4·57	4·63	4·68
9	4·73	4·79	4·84	4·89	4·94	5·00	5·05	5·10	5·15	5·20
10	5·26	5·31	5·36	5·42	5·47	5·53	5·58	5·63	5·68	5·73
11	5·79	5·84	5·89	5·94	6·00	6·05	6·10	6·16	6·21	6·26
12	6·31	6·37	6·42	6·47	6·52	6·57	6·63	6·68	6·73	6·78
13	6·84	6·85	6·94	6·99	7·05	7·10	7·15	7·21	7·26	7·31
14	7·36	7·42	7·47	7·52	7·57	7·63	7·68	7·73	7·78	7·83
15	7·89	7·94	7·99	8·05	8·10	8·16	8·21	8·26	8·31	8·36
16	8·42	8·47	8·52	8·57	8·63	8·68	8·73	8·79	8·84	8·89
17	8·94	8·99	9·05	9·10	9.15	9·21	9·26	9·31	9·36	9·41
18	9·47	9·52	9·57	9·63	9·68	9·73	9·78	9·83	9·89	9·94
19	9·99	10·04	10·10	10·15	10·20	10·26	10·31	10·36	10·41	10·46

W stacyach meteorologicznych używane są przeważnie psychrometry i to albo tego rodzaju, jak opisany powyżej, albo też psychrometr Asmanna, t. zw. aspiracyjny, gdzie ciepłomierz wilgotny umieszczony jest nieruchomo, a po nim przechodzi powiew powietrza o stałej szybkości.

O p a d y a t m o s f e r y c z n e. Ilość wody, spadającej z powietrzni na ziemię, oznacza się za pomocą odpowiednich przyrządów, t. zw. pluwiometrów, w których zbiera się opad, a wysokość jego wskazuje podziałka milimetrowa.

S t o p i e ń z a c h m u r z e n i a n i e b a oznacza się przez badanie widnokręgu i notowanie za pomocą cyfr, o ile błękit jest zasłonięty. Przyjętą jest skala 0—10; 0 oznacza firmament zasłonięty zupełnie grubą warstwą chmur.

W i a t r y. Do oznaczenia kierunku wiatru służy chorągiewka, zrobiona najczęściej z blachy i umieszczona na wysokim słupie, na którym za pomocą prętów wzkazane są strony świata. Dla skrócenia używamy początkowych liter słów, wskazujących kierunki. W języku polskim oznacza P— północ; P-W — północny-wschód; W — wschód; PdW — południowy-wschód; Pd— południe; PdZ - południowy-zachód: Z—zachód; PZ—północny-zachód; u nas przyjęte są znaki niemieckie: N—północ; NE—północny wschód; E—wschód; SE—południowy wschód; S—południe; SW—południowy zachód; W—zachód; NW—północny zachód.

Spostrzeżenia co do kierunku wiatrów czyni się w pewnych stałych godzinach, a w zestawieniach miesięcznych zlicza się ilość dostrzeżonych kierunków. Siłę wiatrów mierzą przyrządy zwane anemometrami. Oznaczają one albo ciśnienie — anemometry statyczne, albo też szybkość wiatru, obliczoną z ilości obrotów skrzydeł przyrządu — anemometry dynamiczne, do których należy najbardziej używany t. zw. krzyżowy anemometr Robinsona. W przybliżeniu oznaczać można szybkość wiatru także za pomocą spostrzeżeń czynionych w samej naturze, a oznaczanych następnie liczbami. Używane są w tym celu osobne skale, u nas najczęściej skala 1—10, lub 1—6. Oznaczenia tej skali są następujące *(Tabl. IV)*:

Tablica IV.

Działanie wiatru	Siła wiatru według skali	Szybkość wiatru	Ciśnienie wiatru
	0—6	w metrach na sekundę	w kilogram. na metr □
Dym z kominów idzie prosto w górę . . .	cisza	0—0·5	0— 0·15
Daje się uczuć, porusza drobniuchne listki .	słaby	0·5—4	0·15— 1·87
Wstrząsa liśćmi drzew	mierny	4— 7	1·87— 5·96
Porusza gałązki	dość silny	7—11	5·96—15·27
Porusza większe gałęzie i cienkie pnie . . .	silny	11—17	15·27—34·35
Porusza całe drzewa .	burza	17—28	34·35—95·4
Działanie niszczące . .	orkan	po nad 28	po nad 95·4

W danym razie korzystnie jest także, obok kierunku i siły wiatrów,oznaczać ich wilgotność i ciepłotę, jeżeli nie stale, to przynajmniej od czasu do czasu.

W sprawozdaniach ze spostrzeżeń meteorologicznych mieścić się wreszcie powinny podania j a k o ś c i d n i wyrażone w liczbach. Za wzór przyjąć można tablicę odnośnych spostrzeżeń zakopańskich, umieszczoną poniżej *(Tablica V)*:

Prócz poznania zjawisk meteorologicznych bardzo potrzebne, niemal że niezbędne, są jeszcze b a d a n i a s k ł a d u p o w i e t r z a, przedewszystkiem co do ilości i jakości zawartego w niem pyłu, a więc równocześnie badania bakteryologiczne. Obejmować niemi należy badania gruntu i, o wiele od nich ważniejsze, badania wody, służącej do picia.

Nieobojętną jest rzeczą s t a n z d r o w o t n y stałych mieszkańców danej miejscowości. Zwracać należy uwagę na rozwój młodego pokolenia, na ogólną budowę ciała, na średni

Tablica V.

Miesiące i pory roku	Sumy dni						
	pogodnych	pół pogodnych	pochmurn:	ze śniegiem	ze mgłą	z wiatrem	z burzą
Styczeń . . .							
Luty							
Marzec							
Kwiecień : . .							
Maj							
Czerwiec . . .							
Lipiec							
Sierpień . . .							
Wrzesień . . .							
Październik . .							
Listopad . . .							
Grudzień . . .							
Roczne							
Zima							
Wiosna . . .							
Lato							
Jesień							

wiek śmiertelności i na najczęstsze choroby, które śmierć powodują. Rozumie się samo przez się, że ściśle uwzględniać trzeba pojawianie się lub brak chorób zakaźnych nagminnych.

Zupełnie niewłaściwie ocenialibyśmy uzdrowiska, sądząc, że do leczenia i do wyleczenia wystarczy już sam klimat, jako taki. W stacyach klimatycznych tak samo jak gdzieindziej, a może więcej nawet jeszcze, znajdować się powinny wszystkie warunki dobrej hygieny i dobrego leczenia A więc czasowi przybysze znachodzić powinni wygodne pomieszczenie, dostateczną opiekę lekarską i stosownie do potrzeby większy lub mniejszy zastęp czynników leczniczych.

D o m y m i e s z k a l n e, stawiane w stacyach klimatycznych, począwszy od wyboru miejsca pod budowę, a kończąc na drobniejszych szczegółach wewnętrznego rozkładu i urządzenia, czynić powinny zadość wymaganiom leczniczej hygieny i leczenia klimatycznego. Wznosić je należy w miejscach słonecznych, a jednak osłoniętych, przedewszystkiem od tej strony, z której wieją silniejsze lub mniej przychylne wiatry. Ogólnie przyjętym jest zwyczaj, że wzdłuż budynku, zazwyczaj od strony południowej, ciągnie się weranda, najlepiej oszklona, dająca się wszakże łatwo odwietrzać, w razie potrzeby także ogrzewać. Pokoje mieszkalne zwrócone być powinny ku stronom, oświecanym dostatecznie przez słońce, posiadać dużo powietrza i światła. W naszym klimacie zaopatrywać je należy w piece. Że wewnętrzne urządzenie pokoi przeznaczonych dla chorych powinno być o ile możności jak najwygodniejsze, że w danym przypadku łatwo może być odkażone, zbytecznie byłoby podnosić i uzasadniać

Leczeniem klimatycznem, jak każdem zresztą innem, kierować powinien lekarz, należycie wykształcony w swoim zawodzie, a przytem znający dokładnie miejscowe warunki. B e z l e k a r z a n i e m a s t a c y i k l i m a t y c z n e j.

Dla osiągnięcia dobrych skutków leczenia, nie zawsze wystarczają czynniki klimatyczne same przez się. Działanie ich wspierać, względnie potęgować, trzeba bardzo często znanymi ogólnie sposobami leczenia chorób przewlekłych. W każdej więc stacyi klimatycznej znajdować się powinny urządzenia w ścisłem tego słowa znaczeniu lecznicze. Bardzo rozpowszechnione, także i u nas, są z a k ł a d y w o d o l e c z n i c z e i te obok klimatu stanowią jeden z najznamienitszych sposobów leczenia. Ale hidroterapii za wszechśrodek dający się wszędzie zastósować i wszędzie pomocny, uważać żadną miarą nie można; jest więc rzeczą bardzo pożyteczną, dla naszych uzdrowisk ze wszechmiar pożądaną, starać się o inne jeszcze środki lecznicze, któreby leczenie klimatyczne skutecznie wspierały. W rzędzie ich dla przykładu postawić można urządzenia do wziewań, pneumatoterapii, gimnastyki leczniczej

i tego jej działu, który Niemcy nazywają *Übungstherapie*, względnie *Wiederstandstherapie*, czyli sposoby leczenia mechanicznego, polegającego na ćwiczeniu pewnych narządów, lub całego ciała.

Nie wolno także pomijać rzeczy nader ważnej, sprawy pożywienia. Dostawa żywności powinna być o ile możności łatwą, sposób przyrządzania i jakość pokarmów zastósowane do leczenia, zadawalniające potrzeby dyetetyki leczniczej i domowej. Stósowny nadzór nad zakładami, dostarczającymi pożywienia powinien mieć lekarz.

Według zgodnych zapatrywań najlepsze warunki dla leczenia klimatycznego, zwłaszcza w gruźlicy płuc i w chorobach układu nerwowego, stwarzają t. zw. zamknięte zakłady lecznicze, czyli sanatorya. Zalety ich podnoszą wszyscy lekarze, między nimi także i polscy, jak Jaworski, Sokołowski, Jaruntowski, do których zdania tylko w zupełności przychylić się można.

Domy przeznaczone na pomieszczenie zakładu leczniczego, stawiane z planem lekarskim, z reguły prawie korzystnie są położone, starannie budowane, a rozkład ich i urządzenie wewnętrzne, zastosowane do właściwego celu. Zazwyczaj posiadają sanatorya cały szereg urządzeń leczniczych, uznanych za dobre w leczeniu pewnej grupy chorób, a więc i z tego już powodu lepiej od innych spełniają swoje zadanie. Największe jednak znaczenie przypisać należy ciągłej, chociażby nawet niezbyt widocznej, opiece lekarskiej i stałemu dozorowi, który zwraca uwagę nie tylko na wykonywanie wzkazówek i poleceń leczniczych, ale wdraża także chorych do systematycznego i hygienicznego zachowania się przez przestrzeganie zasad t. zw. porządku domowego, obowiązującego chorych w każdym zakładzie leczniczym.

Pokrewne uzdrowiskom, czyli leczniczym stacyom klimatycznym, są miejscowości, które leżą w dobrych warunkach klimatycznych, ale nie posiadają urządzeń leczniczych, ani też nie zapewniają opieki lekarskiej; nazywamy je schroniskami letniemi, albo po prostu letniskami. Znaczenie ich jest więcej higieniczne. W porze letniej zapełniają się one przybyszami z miast, szukającymi spokoju i ciszy, a młodziutkiemu pokoleniu zapewniają wiele swobody, a przedewszystkiem korzystne warunki dla wzrostu i rozwoju. Cenić je też istotnie należy i zwłaszcza górskim schroniskom letnim udzielać właściwego uznania i poparcia.

O jakichkolwiek urządzeniach w letniskach nie można właściwie mówić. Najczęściej nadarza się w nich sposobność do kąpieli rzecznych, u nas, na podgórzu karpackiem do używania mleka i żętycy, która w nie tak odległych jeszcze latach wprost leczniczą miała wziętość, a i dziś jeszcze u wielu, zwłaszcza osób starych, w wielkiej stoi cenie.

Do niedawna przebywanie w tak zwanych schroniskach naszych połączone było z wieloma bardzo niewygodami i wymagało prawdziwego rozmiłowania się w rodzinnej przyrodzie, które dla sielankowej ciszy i swobody wiejskiej kazało zapominać o licznych brakach i obchodzić się bez wielu rzeczy, niemal że koniecznych w codziennem życiu. W ostatnich dopiero latach poprawiły się pod tym względem krajowe stosunki. W wioskach karpackich zaczęły powstawać wygodniejsze, najczęściej niewielkie domy mieszkalne, budowane przez prywatnych właścicieli majątków ziemskich, odsunięte od wiosek, schludniejsze i wygodniejsze, bo odpowiednio urządzone. Ludność miejscowa, stykając się dłużej i częściej z letnimi przybyszami, nabrała więcej ogłady, a powodowana własną korzyścią, czynić zaczęła możliwe ułatwienia w dostarczaniu wiejskich produktów spożywczych, w usłudze i innych t. p. udogodnieniach. Podnieść jeszcze się godzi, że wiele miejscowości skrytych w górach posiadło w ostatnich latach dogodne linie komunikacyjne przez budowę nowych dróg kołowych i żelaznych; stały się przez to łatwo dostępne, a w dalszym ciągu i bardziej odwiedzane.

Z małemi odmianami, podobnie jak i w Karpatach, ułożyły się także stosunki w lesistych okolicach Litwy, Wołynia i Królestwa polskiego. W Galicyi mamy obecnie sporą liczbę schronisk letnich podgórskich, w Królestwie Polskiem i w krajach przyległych schronisk leśnych.

IV. Wyciągi.

W. Winternitz. **Zwalczanie gruźlicy jako choroby społecznej.** (*Berl. kl. Wochsft.* Nr. 18, 1900). Zaproszony do Berlina, wygłosił Winternitz w Charité odczyt, w którym stawiając w walce z gruźlicą — ochronę i wzmacnianie odporności ustroju, jako dwa główne kierunki, w których przedewszystkiem dążyć nam należy, dopatruje w wodzie zimnej najskuteczniejszy ze wszystkich środków uodparniających czynnik. To samo zdanie, na podstawie 22 letniego doświadczenia, głosi lekarz szwedzki E. Aberg, którego zasady lecznicze prawie nie różnią się od metody Winternitza.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

I. Hochenegg. **Wyniki operacyjnego leczenia raka odbytnicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 18, 1900). Praca niniejsza jest streszczeniem wykładu autora, wygłoszonego na tegorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich. Wywody swoje opiera H. na materyale, obejmującym 121 przyp. raka odbytnicy, przez siebie operowanych. W sprawie wyboru metody operacyjnej zapatrywania H. różnią się w wielu szczegółach od zapatrywań innych chirurgów.

Drogę od strony krzyżowej uważa autor za postępowanie prawidłowe. Jedynie w przypadkach, gdzie nowotwór usadowiony jest nisko w okolicy samego odbytu, dopuszczalną jest droga od międzykrocza. Jakkolwiek H. sam nie rozporządza większą ilością przypadków, operowanych od międzykrocza (zaledwie 8 przyp.), to jednakowoż zestawienie wyników jego, osiągniętych postępowaniem od strony krzyżowej z wynikami chirurgów, operujących drogą międzykrocza, przemawia za większą trwałością wyników po użyciu sposobu pierwszego.

Zarzuty, podniesione przeciw temu sposobowi, jak: niebezpieczeństwo krwotoku, uszkodzenie nerwów, otwarcie przewodu rdzeniowego wraz z wynikającemi stąd następstwami, są zdaniem autora nieuzasadnione, jak wogóle przedwstępny zabieg przy tym sposobie nie przedstawia wielkich niebezpieczeństw. Za nienadające się do zabiegu operacyjnego uważa H. jedynie przypadki, w których odbytnica znajduje się niejako obmurowaną nowotworem i ścisłymi zrostami. Jedynie w tego rodzaju przypadkach wskazaną może być *colostomia*.

Przygotowanie przedoperacyjne, mające na celu usunięcie nagromadzonych mas kałowych, rozciągał H. dawniej na szereg dni, obecnie zaś znacznie je ograniczył, pouczony spostrzeżeniem, że te, długo trwające przygotowania wywierały niekorzystny wpływ na stan chorego.

Co się tyczy techniki operacyjnej nadmienić należy, że autor wykonuje cięcie łukowate z wypukłością ku stronie prawej i usuwa kość ogonową zawsze, części zaś kości krzyżowej w miarę potrzeby. Celem częściowego uchronienia więzadeł, po przecięciu których spostrzegano rozluźnienie spojenia między kością krzyżową a resztą miednicy, resekuje H. kość krzyżową łukowato, wskutek czego utrzymane zostają boczne przyczepy więzadeł. Dalszy przebieg operacyi zależy od rozległości nowotworu. Najwięcej trudności sprawia resekcya kawałka odbytnicy z utrzymaniem części, przylegającej do odbytu. H. zasadniczo otwiera jamę otrzewnej, gdyż jedynie w ten sposób można kiszkę należycie uruchomić. Otwór w otrzewnej zaszywa przed przecięciem kiszki. Otwarcie otrzewnej tylko w jednym przypadku stało się powodem poważnych powikłań wskutek tego, że szwy na otrzewnej puściły, nastąpiło wypadnięcie pętli jelitowych i ich uwięźnienie. Jeżeli zajętą jest część, przylegająca do odbytu, zakłada H. *anus praeternat. sacralis.* Zdaniem autora nie należy w staraniach o utrzymanie części odbytowej iść zbyt daleko, gdyż właśnie postępowanie zachowawcze, za daleko posunięte, daje w tych razach najczęściej powód do miejscowych nawrotów. Od zacieku kałowego chroni podany przez autora sposób wszycia odcinka kiszki dośrodkowego w koniec obwodowy, pozbawiony poprzednio błony śluzowej.

Wynik czynnościowy po operacyi zależy przedewszystkiem od tego, czy została zachowaną część odbytowa. W przypadkach, gdzie resekcya wykonaną została w ciągłości odbytnicy, utrzymuje się zupełna możność zatrzymywania stolca. Wyjątkowo tylko powstaje możność względna, — są to przypadki, w których przy operacyi zwieracz został na tępo rozciągniętym. Innemi niekorzystnemi zejściami są: powstanie zwężenia w miejscu założonych szwów lub wytworzenie się przetoki odbytniczej. W przypadkach, gdzie usu-

niętą została część odbytowa, zmuszonym jest chory do znoszenia całego szeregu dolegliwości, zależących od sztucznego odbytu. Sposób Witzla (założenie odbytu sztucznego w okolicy pośladkowej), jakoteż sposób Gersunyego (skręcanie kiszki), nie dawały H. dobrych wyników. W kilku przypadkach zastosował autor sposób Billrotha, polegający na przeprowadzeniu kiszki ku górze między skórą a kością krzyżową tak, że sztuczny odbyt leży na wysokości środka kości krzyżowej, wskutek czego kiszka może być do kości przyciśniętą i łatwiej zamkniętą. W ostatnich czasach zaniechał H. tego sposobu, gdyż spostrzegał powstanie martwicy (nekrozy) kiszki wskutek ucisku kości. Niekorzystnem zejściem w przypadkach tej gromady jest: niezbyt często występujące wypadnięcie kiszki, a najniekorzystniejszem: miejscowy nawrót.

W przypadkach nawrotu H. nie operuje, opierając się na swojem doświadczeniu, które pouczyło, że nowotwory w tych razach nie nadają się nigdy do doszczętnego usunięcia. Ogółem operował H. 121 przyp., wśród których w 10 nastąpiło zejście śmiertelne w następstwie operacyi, więc 8·2% śmiert. Po odliczeniu 4 przyp., w których zejście śmiertelne nastąpiło w krótkim czasie po operacyi, ale niezależnie od tej, otrzymuje się około 5% ogólnej śmiertelności. W 25% przyjmuje H. wyleczenie trwałe, opierając się na braku nawrotów w ciągu lat trzech po operacyi. *Urbanik.*

L. Luksch: **W sprawie techniki klinowej osteotomii kości goleniowej.** (*Wiener klin. Wochenshrift* Nr. 18, 1900). Przy kolanie koślawem (*genu valgum*) polecali Meyer i Schede wykonanie klinowej osteotomii kości goleniowej z równoczesną linijną osteotomią kości strzałkowej. Stroną ujemną tego sposobu jest, zdaniem L., ten szczegół, że wycięciem klina z jednej kości ma być usunięte zniekształcenie, w którem biorą udział obie kości podudzia. Uwzględniając to, poleca autor wydłutowanie z kości goleniowej pryzmatu prostokątnego, mającego za podstawę trapez. Osteotomia kości strzałkowej staje się zwykle zbyteczną, wobec czego znika niebezpieczeństwo skaleczenia nerwu strzałkowego (*nerv. peroneus*). Podobny zabieg poleconym być może przy kolanie szpotawem (*genu varum.*) Ostrze klina winno być zwrócone ku stronie wewn. kości goleniowej, a grzbiet klina ku stronie zewn. kości strzałkowej. Celem uzyskania skrócenia kości strzałkowej poleca L. wykonanie skośnej osteotomii na granicy środkowej i dolnej trzeciej części tej kości. *Urbanik.*

Dr. H. Strauss. **Przyczynek do patologii przewlekłego włóknikowego nieżytu oskrzeli.** (*Bronchitis fibrinosa chronica*). (*Berl. kl. Wochsft.* Nr. 19, 1900). S. podaje przypadek przewlekłego nieżytu oskrzeli, w którym w plwocinie stale znachodziły się bardzo liczne kryształki Charcot-Leydena: kryształków tych nie udało się chemicznie wyróżnić od spotykanych w dusznicy oskrzelowej.

Dr. St. B. K.

S. Talma. **Przyczynek do badania kwasoty żołądka.** (*Berl. kl. Wochsft.* Nr. 19, 1900). Dla oznaczenia kwasoty żołądka poleca T. podawanie naczczo zgłębnikiem, po poprzedniem dokładnem przepłókaniu żołądka, 3 grm. wyciągu bulionowego Liebiga w jednym litrze wody o ciepłocie ciała. Chory podczas próby ma leżeć w łóżku. Metoda ta ma mieć te dobre strony, że bulion nie dopuszcza kiśnienia i pozostawia prawie w całości kwas solny wolnym.

Dr. St. B. K.

H. Schulz. **Przyczynek do patologii i leczenia rzeżączki macicy.** (*Frauenarzt* Nr. 4, 1900). Autor na podstawie doświadczenia z leczenia i spostrzegania 36 przypadków rzeżączki macicy wysnuwa wnioski następujące. Nie każda wydzielina ropna z szyjki macicy jest tryprowa. Jeżeli istnieje tryprowe schorzenie szyjki, to błona śluzowa trzonu macicy nie koniecznie równocześnie jest schorzałą; autorowi udało się to schorzenie wykazać tylko w 30% przypadków. Tryprowego schorzenia macicy nie można uważać za nieuleczalne, gdyż w odpowiednim czasie leczone miejscowo przetworami srebra da się usunąć. Leczenie miejscowe nie daje dobrych wyników, tylko w tych przypadkach, gdzie są już zmiany tryprowe w przydatkach, są to bowiem przypadki zaniedbane, gdzie dwoinki tryprowe już dostały się do miąższu macicy. *St. D.*

F. Reuter. **Spostrzeżenia, tyczące się rozmieszczenia krwi w zwęglonych zwłokach** (*Friedr. Bl. f. g. M.* 1900, Z. II). Na mocy doświadczeń wykonanych w wiedeńskim Zakładzie sądowo-lekarskim i przeprowadzonych sekcyj na sześciu zwęglonych zwłokach, stwierdza R., iż pod wpływem działania wysokiej ciepłoty krew pośmiertnie zostaje przemieszczoną i to w okolice zazwyczaj przeciwległe miejscu, na które płomień działał, względnie od miejsca tego znacznie oddalone. Następstwem tego przemieszczenia jest niedokrewność i suchość narządów, lub ich części bardziej obwodowo położonych, a nadmierne wypełnienie krwią narządów głębiej położonych, w pierwszym rzędzie płuc, serca i wielkich naczyń tętniczych i żylnych. Wypełnienie krwią wielkich naczyń i komór serca tłómaczy autor dążeniem wypartej z drobnych naczyń krwi w kierunku najmniejszego oporu, a zarazem przestrzega, by w podobnych przypadkach, równomiernego wypełnienia krwią komór serca, nie tłómaczyć fałszywie, jako objawu wskazującego na pierwotne porażenie serca. (Z uwagi na tę okoliczność, że od czasu doświadczeń Strassmanna, wykazujących dowodnie, iż mięsień sercowy, podobnie jak inne, ulega pośmiertnemu stężeniu, przyczem zmienia się pojemność komór, zaprzestano uważać wypełnienie komór serca krwią, albo brak tegoż, za cechy rozpoznawcze dla pewnych rodzajów śmierci, wydaje mi się być przestroga autora zbyteczną. (*Przyp. ref.*) W przypadkach, w których po zadziałaniu wysokiej ciepłoty śmierć nastąpiła szybko, zauważył autor wybitną niedokrewność narządów jamy brzusznej. Zdaniem R. jest to prawdopodobnie objaw schyłkowy, jako wynik odruchowego podrażnienia nerwów trzewnych w następstwie nadmiernego rozszerzenia naczyń skóry i połączonego z tem opadnięcia ciśnienia krwi.

Horoszkiewicz.

Prof. Haberda: **O pojawianiu się krwiaków między kośćmi czaszki a oponą twardą w zwęglonych zwłokach.** (*Friedr. Bl. f. g. M.* Z. II. 1900). Autor miał sposobność w dwóch przypadkach sekcyi zwłok osób zmarłych z oparzenia zauważyć objaw, na który Strassmann zwrócił pierwszy uwagę i doświadczeniem wykazał, iż jest on zmianą pośmiertną. Objaw ten polega na wyparciu krwi pod wpływem płomienia, działającego na ograniczoną przestrzeń kości czaszkowych przez czas dłuższy, z części obwodowych ku jamie czaszki i na wytworzeniu w ten sposób krwiaka, usadowionego między oponą twardą, a kośćmi czaszki. Krwiak, w ten sposób wytworzony, naśladuje krwiaki, powstałe po urazie i dlatego może się stać przyczyną fałszywych wniosków co do przyczyny śmierci, zwłaszcza wśród pewnych towarzyszących okoliczności. — W jednym z przypadków autora zauważono obok tego rodzaju krwiaka po stronie prawej pęknięcie tętnicy oponowej średniej po tejże stronie. Nasuwało się wytanie, czy krwiak był następstwem działania płomienia, a więc zmianą pośmiertną (kości czaszki po stronie prawej były zwęglone), czy też wynikiem urazowego pęknięcia wspomnianej tętnicy. To ostatnie przypuszczenie było tem prawdopodobniejsze, że wśród pożaru, któremu uległ sekcyonowany przez H. robotnik, nastąpił wybuch benzyny, w znacznej ilości nagromadzonej w fabryce. Wywiady jednak wykazały, że śmierć denata musiała nastąpić tak szybko, iż nie było czasu do wytworzenia się krwiaka za życia skutkiem krwotoku, z przerwanej tętnicy; przemawiało za tem i badanie krwi, które w niej wykazało nader małe ilości tlenku węgla. Autor przypuszcza, że pęknięcie tętnicy było wynikiem działania wysokiej ciepłoty, która podobne zmiany i w innych narządach wywołać zwykła. *Horoszkiewicz.*

Nobiling. **Rozwój niektórych jąder kostnych u płodów donoszonych i niedonoszonych.** (*Deutsche Praxis*, 1899, Nr. 19). Wśród innych cech dojrzałość płodu charakteryzuje także obecność jądra kostnego w dolnej nasadzie kości udowej. Tymczasem N. wśród swych badań, przeprowadzonych na 2700 płodach donoszonych i niedonoszonych, nie znalazł kilkakrotnie wspomnianego jądra, mimo iż waga (3500 grm.) i długość (54 — 55 ctm.) zwłok noworodka dowodziły jego dojrzałości; nierzadko zdarzało się, że jądro nie miało zwykłego kształtu grochu, lecz soczewicy; czasem znajdował w jednej nasadzie dwa symetrycznie zrośnięte jądra, w innych przypadkach znów zachodziła wybitna różnica wielkości jąder w obu nasadach. Badania dalsze wykazały pojawianie się jądra już w 7-ym, częściej w 8-ym miesiącu ciąży, przyczem posiada ono wówczas wielkość prosa, jakoteż, że nie zwiększa ono swej wielkości równomiernie z wzrostem ciężaru ciała: podczas gdy bowiem u dojrzałych, lecz nędznie odżywionych noworodków znajdował autor duże jądra kostne, u doskonale odżywionych można było zaledwo wykazać ślady jego.

Jako pewniejszy sposób oceniania dojrzałości płodu podaje N. obecność jąder kostnych w mostku. Zachodził je w liczbie 4 — 5, rzadziej 7 — 10, od wielkości grochu do wielkości soczewicy, przyczem większe usadowione były częściej w rękojeści a nie w trzonie mostka, nie leżały zaś w linii środkowej, lecz bardziej z boku, bliżej przestworów międzyżebrowych. Zdaniem N. dozwala obecność 3 jąder w mostku, nie mającym długości 6 ctm. na wniosek, iż płód jest niedonoszonym; 4 lub więc jąder o długości 4 — 5 mm, lub jedno długości 9 — 15 mm., wskazuje, iż płód jest doskonale rozwiniętym i donoszonym. *Horoszkiewicz.*

A. Frank. **Wyniki leczenia operacyjnego przewlekłej gruźlicy otrzewnej i stanów pokrewnych.** (*Mitteil a. d. Grenzgebieten* T. VI, Z. 1 i 2). Statystyki różnych autorów różnią się bardzo co do odsetka wyleczeń przewlekłej gruźlicy otrzewnej. Pochodzi to prawdopodobnie stąd, że wnioski opierały się na materyale niejednolitym i zakrótko obserwowanym. Błędów tych uniknąć stara się autor, biorąc w rachubę jedynie przypadki, spostrzegane i le-

czone w klinice Heidelbergskiej od roku 1878, na których podstawie wypowiada następujące wnioski: 1) Najlepsze rokowanie daje operacyjne leczenie postaci wysiękowych gruźlicy otrzewnowej, tą drogą bowiem osiągnąć można 40—50% zupełnego wyleczenia. 2) W postaciach, w których przeważają zrosty, operacya daje już tylko 25% wyleczeń trwałych. 3) Bardzo wątpliwem jest rokowanie w postaciach ropnych, wrzodziejących. 4) Najlepiej rokować można tam, gdzie gruźlica otrzewnej wzięła swój początek z gruźlicy części rodnych niewieścich, gdyż po wydaleniu schorzałych przydatków osiągnąć można około 75% wyleczeń w postaciach wysiękowych, a 50% w postaciach z przewagą zrostów. 5) Jakkolwiek wyniki dotychczasowe pozostawiają wiele do życzenia, usprawiedliwionem jest usiłowanie do usunięcia objawów zwężenia jelita przez enteroanastomozę. 6) W przypadkach przetok kałowych na tle gruźliczem można tylko źle rokować. *Herman.*

Dr. Jankelevitch. **Przypadek zaburzenia ruchowego strun głosowych z bardzo wybitnym bezgłosem i ciężkiemi zaburzeniami oddechowemi, naśladujący zwężenie krtani i tchawicy.** (*Rev. hebd. de Laryng. Otol. et Rhin.* 1899). U 45 letniej kobiety, cierpiącej od 2 miesięcy na silną duszność i bezgłos, wykazało badanie obok dawno istniejącego wola miąższowego i prawidłowych zresztą stosunków w krtani następujące zaburzenia w głośni: w spokoju głośnia przedstawia bardzo wąską szparę; przy fonacyi struny głosowe oddalają się od siebie, przy oddechaniu przybliżają się aż do zupełnego zamknięcia głośni, (*typus inversus*). W układzie nerwowym zresztą żadnych zmian przedmiotowych niema. Chora podaje jedynie, że była zawsze bardzo nerwową. Autor uważa cierpienie to za duszność kurczową (*Dyspnoe spasticum* Fraenkla). Ćwiczenia gimnastyczne strun głosowych pod lusterkiem, zewnętrzne mięsienie drgawkowe krtani i wstrzykiwania wewnątrzkrtaniowe mięszaniny mentolu, gwajakolu, jodoformu w rozczynie i olejku wazelinowego doprowadziły wkrótce do zupełnego wyleczenia. Wól znacznie się zmniejszył pod wpływem nastoju jodowego, zazywanego po 5—15 kropel na dzień. *Spira.*

Dr. Jankelevitch. **Wyrosle gruczołowate u dorosłego. Przypadek zapalenia migdałków gardzielowych z zaostrzeniami, połączonemi z krwawieniem i zapaleniem suchem krtani.** (*Rev. hebd. de Laryngol.* 1899). Na wyrosle gruczołowate u dorosłych zwrócono pilniejszą uwagę dopiero od ogłoszenia pracy Mourego (1890.) J. spostrzegał 7—8 podobnych przypadków w przeciągu 3 miesięcy. Cierpienie, znane oddawna pod mianem „zapalenia mieszka gardzielowego“ (*bursa pharyngealis* Thornwalda) nie jest niczem innem, jak przewlekłem zapaleniem migdałków gardzielowych. Objawy u dzieci rożnią się od objawów u dorosłych. U dzieci przeważają objawy z strony nosa, i ucha, a objawy odruchowe ustępują na drugi plan, u dorosłych zaś przedewszystkiem zwracają na siebie uwagę właśnie odruchy nerwowe, jak uporczywy kaszel, ciągłe drażnienie w gardle, zboczenia w smaku i węchu, ból głowy, zły sen, apatya i senność we dnie, osłabienie pamięci, śledziennictwo. Migdałki gardzielowe podlegają podobnie, jak podniebienne, różnym sprawom zapalnym, połączonym z wydzieliną, zabarwioną krwawo podobną do plwocin w zapaleniu płuc, przez co mogłaby być ona źródłem pomyłki. Wyrośle te mogą także być siedzibą nacieku ropnego (*phlegmone*), zapalenia mieszkowego, analogicznie do *angnia lacunaris*, błonicy, wysypki liszajowej i mogą stanowić punkt wyjścia w posocznicy. J. opisuje przypadek, dotyczący 19-letniego rzeźnika, który od roku cierpiał na cuchnący oddech, nieustanny kaszel, od czasu do czasu obfite krwioplucie a od kilku miesięcy na dochodzącą do bezgłosu chrypkę. Narządy piersiowe prawidłowe. Wejście krtani wysłane dość twardymi czarniawymi strupkami, pokrywającymi także struny głosowe. Tylna ściana gardła pokryta szarozielonawym śluzem, w nosie zmiany przerostowe, w jamie nosogardzielowej olbrzymie, miękie, kruche, tylną ścianę i sklepienie gardła pokrywające wyrośle gruczołowate. Badanie ich zapomocą palca sprowadza znaczne krwawienie, ich usunięciu towarzyszy obfity krwotok. Kilka dni później wstrzykiwania do krtani rozczynu dwuwęglanu sodowego i usunięcie strupków, poczem głos jaśniejszy. Pędzlowanie zgrubiałych czerwonych strun głosowych gliceryną karbolową. Od czasu operacyi krwawienie więcej się nie powtórzyło. W przypadku tym powtarzające się krwawienia i postępujące osłabienie mogłyby bez dokładnego badania dać powód do błędnego rozpoznawania gruźlicy. Krwawienia pochodziły z pękających naczyń krwionośnych wyrośli gruczołowatych. Pękanie to powstawało przy silnych chrząkaniach, które chory wykonywał w celu uwolnienia się od dokuczająch mu wydzielin śluzowych. Takiemu częstemu pękaniu naczyń sprzyjała nadto jeszcze początkująca miażdżyca tętnic u chorego, nałogowego pijaka. *Spira.*

Doc. Dr. Finkelstein. **Posocznica** (*sepsis*) **w wczesnym wieku dziecięcym.** (*Jahrb. für Kinderheilkunde* 51, B. I H. 2, 1900). Etyologicznie rozumie autor przez posocznicę te choroby, które powstają pod wpływem rozmaitych nie swoistych czynników. Do chorób tych należą w myśl podziału Kochera sprawy, polegające na obecności we krwi bakteryj lub ich jadów (*bacteriaemia, toxinaemia*). Posocznica u osesków może mieć swe źródło bądź 1) w zakażeniu przyrannem, bądź też 2) może wychodzić z błon śluzowych: a) nosa, ucha, ust; b) z głębszych dróg oddechowych i to w sposób dwojaki: albo sprawa zapalna przekracza poza płuca i prowadzi do ropnego otoku opłucnej, względnie osierdzia, i z tem łączącej się bakteriemii, lub też sprawa zapalna płuca ma od początku charakter posokowaty i tworzy liczne przerzuty; c) z błon śluzowych narządu moczopłciowego, gdzie zapalenie pęcherza, wywołane przez prątek okrężnicy (*bact. coli*), posuwając się ku nerkom daje powód do objawów posocznicy; d) z błony śluzowej jelit i to pod następującemi postaciami: α) zakażenie posokowate z objawami żołądkowo-kiszkowymi (Fischl); β) ogólne zakażenie, wywołane przez bakterye, dostające się z kiszek do ustroju i wywołujące drogą krwi przerzutowe zapalenie płuc, nerek i t. d. (Czerny). Posocznicze sprawy u osesków, wywołujące kliniczne objawy ogólnego zatrucia, jak drgawki, osłabienie serca i t. p., przebiegają wśród objawów żołądkowo-kiszkowych, zacierających obraz właściwy chorobowy. Autor sądzi, że tylko w trzech razach może przewód pokarmowy być bramą, przez którą dostają się bakterye do ustroju i do krwi krążącej: 1) *enteritis pseudomembranosa* 2) Eschericha *enteritis streptococcica* 3) ciężkie zmiany na błonie śluzowej kiszek i owrzodzenia, wywołane przez prątki okrężnicy lub inne. Badania bakteryologiczne wykazują, że w posocznicy główne znaczenie ma nie ogólne zakażenie, lecz ogólne zatrucie z przewodu pokarmowego, a wszystkie powikłania są albo natury dodatkowej, przypadkowej, polegając na zakażeniu wtórnem, lub też są to samoistne choroby, do których rozwoju usposobiła choroba przewodu pokarmowego. Drugorzędne zakażenie posokowate, jakoteż przedzgonne przechodzenie bakteryi do krwi pochodzi raczej ze skóry lub błon śluzowych innych narządów, aniżeli z przewodu pokarmowego. Miejscowe lub ogólne sprawy posocznicze, sprowadzające przewlekłą toksynemię, należy uważać nie za przyczynę, lecz za powikłanie przewlekłych zaników osesków i stanów podobnych, przyspieszające ogólne wyniszczenie. *Dr. Bolesław Komorowkski.*

W. Jeż. **W sprawie uodpornienia czyli immunizacyi przeciw durowi brzusznemu.** (*Pam. wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego*). Autor sprawdzał doświadczenia Wassermana i Takaki, aby zbadać, czy istotnie słusznem jest zdanie, iż narządy zwierząt, którym wstrzyknięto prątki durowe, posiadają własności antytoksyczne. Wstrzykiwał przeto zwierzętom hodowle bulionowe prątków durowych, następnie sporządzał ze śledziony, grasicy, gruczołów limfatycznych, szpiku kostnego, wyciągi 1% w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej i tymi wyciągami uodparniał króliki. Na podstawie dodatnich wyników wnosi, że wymienione narządy, jakoteż rdzeń pacierzowy i mózg, mogą wchodzić z toksynami durowemi w związki chemiczne i że narządy te uważać należy za źródło, w którem wytwarzają się antytoksyny. Ponieważ siła tych wyciągów nie jest zbyt wielką, zajmuje się autor obecnie ich wzmocnieniem. *Dr. Latkowski.*

Michaelis: **Przyczynek do nauki o gruźlicy macicy.** (*Beitr. f. Gyn.* T. 3. Z. 2). Pierwotna gruźlica macicy należy do wielkich rzadkości tak, że do niedawna wielu autorów nie uznawało jej istnienia. Obecnie spostrzeżenia przypadków gruźlicy pierwotnej macicy coraz bardziej się mnożą. Autor zebrawszy dane z piśmiennictwa opisuje trzy przypadki gruźlicy macicy; pierwszy z nich, to pierwotna gruźlica szyi pod postacią wrzodu gruźliczego, podobnego z wejrzenia do początkującego wrzodu rakowego; w drugim przypadku była gruźlica błony śluzowej trzonu przy równoczesnem schorzeniu gruźliczem trąbek; w trzecim przypadku istniała również wtórna zstępująca gruźlica macicy. W leczeniu należy uwzględnić, czy gruźlica jest pierwotną, czy też następową. Jeżeli gruźlica ogranicza się do samej tylko macicy, wtedy leczenie zachowawcze (wyskrobanie) może prowadzić do celu, przeciwnie, gdy gruźlica jest zstępującą, wtedy tylko doszczętny zabieg może uratować życie chorej. *St. D.*

Dr. L. v. Mieczkowski. **Przyczynki do bakteryologii zawartości pęcherzyka żółciowego wśród warunków prawidłowych i w kamicy żółciowej.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. VI, Z. 1 i 2). Autor, badając zachowanie się żółci ludzkiej, uzyskanej jużto przez nakłócie pęcherzyka żółciowego zdrowego, odsłoniętego podczas laparotomii, już też w czasie operacyj, dokonywanych na drogach żółciowych z powodu kamicy, dochodzi do następujących wniosków. 1) Żółć w pęcherzyku zdrowym jest zupełnie jałowa. 2) Żółć ludzka stanowi doskonałą pożywkę dla bakteryj, w której niemal równie dobrze się rozwijają, jak i w bulionie; zwłaszcza prą-

tek okrężnicowy na tej glebie udaje się doskonale. Zatem żółci człowieka nie możemy zgoła przypisywać własności antyseptycznych. 3) Gdy mimo to, t. j. mimo braku własności bakteryobójczych żółci i bezpośredniej komunikacyi dróg żółciowych z jelitem, zawartość pęcherzyka w stosunkach prawidłowych jest jałową, zawdzięczać to należy stosunkom mechanicznym i ciągłemu spłókiwaniu przewodów żółciowych wylewającą się żółcią. Sądząc z doświadczeń na zwierzętach przyjąć możemy, że tylko sam koniec dróg żółciowych zawiera drobnoustroje. 4) Natomiast niemal w każdym przypadku kamicy żółciowej w pęcherzyku wykazać można bakterye i to tem niebezpieczniejsze dla otrzewnej, że znajdują się w stanie wzmożonej żywotności i w środowisku, trudno ulegającem resorbcyi. Więc pilnie pamiętać o tem trzeba, aby w tych przypadkach po otwarciu woreczka żółciowego, nic z jego treści do jamy brzusznej się nie wylało. *Herman.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego

Posiedzenie naukowe z d. 25 maja 1900 r.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 36.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Mars przedstawia jeden przypadek *Epispadiasis urethrae* u kobiety i jeden przypadek *Kraurosis vulvae*, omawiając ten ostatni obszerniej.

2) Kol. Zgórski przedstawia chorą z obniżoną i ruchomą wątrobą.

4) Kol. A. Gluziński miał odczyt: „O zapaleniu tętnicy głównej wstępującej (*aortitis*). wśród przebiegu chorób zakaźnych i stosunku do zmian miażdżycowych (*atheroma aortae*).“ Rzecz okaże się w druku.

Dr. J. Krzyszkowski
sekretarz.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

SPRAWOZDANIE

Komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Wydziału krajowego z czynności jego Departamentu V. za czas od 1 grudnia 1898 do 31 października 1899 roku.

(Dokończenie).

Aby jeszcze przy szpitalu lwowskim pozostać, zwrócić należy uwagę wraz z sprawozdawcą Wydziału krajowego na znaczne bardzo zaległości kosztów leczenia tego szpitala, które wynosiły 361.491 k. 22 h. w dniu inspekcyi szpitala. Przyczyny tak wielkich zaległości sprawozdawca Departamentu V. nie podaje, skarży się tylko, iż nieustanna korespondencya celem ściągnięcia należytości pochłania ogromną ilość sił kancelaryjnych, i że Zarząd ma wielkie trudności z kasami chorych, które używają różnych wybiegów, aby się uwolnić od obowiązku płacenia za swoich chorych. Gdy jednak zaległości w różnych kasach chorych wynosiły w dniu inspekcyi szpitala tylko 16.876 koron, gdy takie same trudności przy ściąganiu kosztów leczenia zachodzą przy wszystkich szpitalach, a jednak wielkie zaległości, jak uczy doświadczenie, spotykają się zazwyczaj tylko tam, gdzie nie rozwinięto należytej energii i ścisłości w dochodzeniach o należytość ze strony zarządu szpitala, trzeba i w szpitalu lwowskim tę samą przyczynę znacznych zaległości przypuścić.

Pouczającem pod tym względem jest doświadczenie, zrobione w szpitalu powszechnym krakowskim, w którym za dawnego zarządu były także nadzwyczaj wielkie zaległości kosztów leczenia, zaś za zarządu obecnego zmniejszyły się zaraz w pierwszym roku ogromnie i odtąd stale nie przekraczają właściwej miary. To przemawia za tem, że szpital powszechny lwowski potrzebuje energicznego zarządu i zadziwia, że od półtora przeszło roku opróżniona posada dyrektora szpitala nie została obsadzoną lekarzem, któryby cały swój czas mógł szpitalowi poświęcić, ale prowadzoną jest prowizorycznie za dość znacznem wynagrodzeniem. Zadziwia to tem więcej, gdyż nie ulega wątpliwości, że czujne ciągle oko dyrektora zdołałoby zapobiedz niejednemu zbytecznemu wydatkowi, a zresztą samo sprawozdanie Wydziału krajowego podnosi wyraźnie na str. 23, mówiąc o pomieszkaniu dla dyrektora, że jego „stała obecność w szpitalu przy takim rozwoju, jak obecnie, i przyłączeniu klinik, jest rzeczą konieczną.“ Wobec tego Komisya sanitarna wyraża nadzieję, że posada dyrektora szpitala zostanie niebawem obsadzona osobą, która zarządowi tej wielkiej instytucyi będzie mogła zupełnie się oddać.

Odnośnie do szpitala św. Łazarza w Krakowie, podnosi Komisya sanitarna z uznaniem zamiar Wydziału krajowego urządzenia dla chorych zakaźnych stosowniejszego i obszerniejszego umieszczenia. Sprawa ta staje się naglącą, zwłaszcza po doświadczeniu, uczynionem w roku bieżącym, w którym zachorowało ośm osób z różnych oddziałów na ospę, niewątpliwie w szpitalu nabytą; dwoje z tych chorych, dorosłych, umarło z ospy. — Przy tej sposobności Komisya sanitarna zaznacza, że wbrew wymogom ustawy szpitalnej okazuje się ze sprawozdania, iż rozmieszczenie chorych, dotkniętych chorobami zaraźliwemi, w wielu szpitalach jest ciągle jeszcze nieodpowiednie, i że budowa osobnych pawilonów dla chorych zakaźnych postępuje przy szpitalach prowincyonalnych bardzo powoli, — a w lwowskim pawilonie dla zakaźnych były dwa wypadki przeniesienia choroby zakaźnej z powodu wadliwego urządzenia tego pawilonu

Niemal wszystkie szpitale Galicyi, tak krajowe, jak prowincyonalne, bywają stale przepełnione, a niektóre szpitale, względnie niektóre oddziały, w sposób, który nie powinien być tolerowany. Dwa tylko są środki zaradcze: pierwszy, to budowa nowych i rozprzestrzenienie istniejących szpitali, drugi — to usiłowanie godziwymi sposobami, aby przypływ do szpitali się zmniejszył. Jest w kraju naszym nie mało próżniaków, którzy włócząc się lub żebrząc, nabawiają się chorób, i następnie zalegają miejsca w szpitalach. Gdyby w kraju naszym była uregulowaną ustawowo kwestya opieki nad ubogimi, a wraz z nią gdyby ograniczonem zostało włóczęgostwo i żebractwo, ulżyłoby się znacznie wielu szpitalom, a w dodatku utrzymanie w domach przymusowej pracy ludzi tej kategoryi kosztowałoby nierównie mniej, niż kosztuje w szpitalach. Lecz nie tylko ta okoliczność domaga się rychłego uwzględnienia opieki nad ubogimi. W bardzo wielu gminach marnieją fundusze ubogich wskutek nieracyonalnego użycia i nieraz rozdawane niewłaściwie, w formie jałmużny, przynoszą więcej szkody, niż pożytku, gdy przeciwnie nierzadko istotnie ubogi i chory koniecznej opieki ze strony gminy znaleść nie może. Wszystkie już kraje koronne w Austryi mają ustawy, regulujące opiekę nad ubogimi, nie ma jej tylko Galicya, a ponieważ sprawa ta staje się coraz bardziej piekącą, wyraża Komisya sanitarna nadzieję, że Wydział krajowy zajmie się nią szczerze, tak, iżby w najbliższej przyszłości ustawa odpowiednia mogła być Sejmowi do uchwały przedłożoną.

Sprawozdanie Departamentu V. podnosi w dwóch ustępach (str. 39 i 52) nadzwyczajne szerzenie się kiły w podkarpackich okolicach południowo-wschodniej Galicyi; liczne rodziny na Pokuciu, w powiecie Kołomyjskim, Kossowskim, Peczeniżyna, Nadwórny zatrute są okropną tą chorobą; podlegają jej starsi i młodzież nieletnia w gminach niektórych we wszystkich niemal domach. Ludności nie małej części kraju grozi zupełne zwyrodnienie. Jako środki zaradcze podaje sprawozdawca potrzebę pouczenia ludu tych okolic za pomocą pism popularnych o sposobie ochraniania się przed zarażeniem, delegowania lekarzy w okolice, dotknięte tą ciężką plagą, wreszcie tworzenie szpitali osobnych dla leczenia chorych kiłą zarażonych. Niewątpliwie środki wymienione mogłyby stopniowo powstrzymać dalsze szerzenie się zarazy, gdyby energicznie i konsekwentnie przeprowadzone zostały, ale nie mile uderza, iż dotychczas w tym kierunku nic nie zrobiono, aczkolwiek syfilis już od całego szeregu lat w okolicach tych się rozpanoszył. W ubiegłej sesyi uchwalił Sejm wezwanie do c. k. Rządu, aby uwzględniając wyjątkowe stosunki utworzył w Żabiu, w gminie rozległej i najwięcej przez kiłę nawiedzonej, szpital dla kiłowych, jak to w swoim czasie uczynił w Porto Rè. Przeminął rok czasu od powzięcia tej uchwały, a nietylko nie ma w Żabiu szpitala, ale nie ma nawet odpowiedzi od c. k. Rządu na to wezwanie, gdy tymczasem choroba czyni dalsze spustoszenia. Komisya sanitarna sądzi, że tak dalej pozostać nie powinno, że nadszedł już ostatni czas, aby przystąpić do energicznego zwalczania kiły w tych okolicach. C. k. Rząd i Wydział krajowy powinny w tej sprawie podać sobie ręce i w właściwym zakresie działać energicznie; zwłaszcza c. k. Rząd, wobec wyjątkowych stosunków, jakie w tej okolicy zachodzą, winien nie ociągać się z udzieleniem ludności wyjątkowej a wydatnej pomocy, aby ją od zagłady uchronić. Dlatego komisya sanitarna wzywa Wydział krajowy, aby sprawy tej z oka nie spuszczał i ponowił starania u c. k. Rządu o poczynienie kosztem Skarbu państwa zarządzeń niezbędnych dla zwalczania tej choroby.

Obszerny ustęp poświęca sprawozdanie Departamentu V. na str. 13 lekarzom okręgowym i sprawie kontroli ich czynności lekarskich, a komisya sanitarna zaznacza z przyjemnością, że się z wyrażonemi tu zapatrywaniami Wydziału krajowego zgadza, zwłaszcza z dążeniem, aby ustanowione zostały osobne komisye sanitarne pod przewodnictwem c. k. Starostów, w którychby lekarze okręgowi składali z swych czynności sprawozdania i któreby podejmowały następnie stosowne zarządzenia, aby spostrzeżone wadliwości sanitarne usunięte zostały. W jednej kwestyi tylko nie podziela komisya sanitarna opinii Wydziału krajowego, a to w kwestyi, odnoszącej się do wprowadzenia w życie funduszu emerytalnego dla lekarzy okręgowych i zaopatrzenia ich wdów i sierót. Sprawę tę podniosło c. k. Namiestnictwo w odezwie do Wydziału krajowego, który uznał za stosowne wstrzymać się od jakiejkolwiek inicyatywy, albowiem postanowienia ustawy nie zawierają w tym względzie jakichkolwiek wskazówek, a nadto obecny stan finansowy kraju nie nadaje się do poruszenia tej sprawy. Komisya sanitarna sądzi, że tegoroczny stan funduszu krajowego istotnie nie nadaje się do wprowadzenia tej sprawy w roku bieżącym w życie, ale równocześnie wyraża przekonanie, że projekt ustawy odpowiedniej winien być przygotowany, aby w najbliższej przyszłości mógł być w życie wprowadzony; jest to przedewszystkiem postulatem słuszności, aby ci, którzy za bardzo skromne wynagrodzenie ofiarują społeczeństwu swą ciężką pracę i swe zdrowie, liczyć mogli, że ich na starość nędza nie spotka; — jest jednak w tem także interes samego społeczeństwa, wśród którego lekarze okręgowi mają działać. Więcej niż skromne zazwyczaj uposażenie tych lekarzy i brak zapewnienia bytu na starość sprawiają, że od lat kilku coraz mniej młodzieży poświęca się nauce lekarskiej i nie długo wypadnie czekać, a brak ich stanie się coraz wyraźniejszym i dotkliwszym. Już obecnie trudno o kandydatów na niektóre zwłaszcza okręgi, które właśnie najwięcej lekarza potrzebują, a z roku na rok będzie pod tym względem gorzej, — i jak do niedawna uczuwać się dawał dotkliwy brak nauczycieli szkół średnich i szkół ludowych, tak podobnie będzie z lekarzami: odbije się to niewątpliwie przedewszystkiem na zdrowiu, a z pewnością i na kieszeni ludności w latach bliskich. Aby temu grożącemu brakowi lekarzy zapobiedz, trzeba im koniecznie utrzymanie na starość zapewnić. Z tych powodów komisya sanitarna wyraża przekonanie, że wypracowanie projektu szczegółowego celem wprowadzenia w życie funduszu emerytalnego dla lekarzy okręgowych jest wielce pożądane.

Jeszcze na dwie sprawy zwraca komisya sanitarna uwagę. Potrzeby wprowadzania oszczędności w administracyi szpitali nikt nie zaprzeczy, ale i oszczędność tylko w pewnej mierze bywa użyteczną, po za tą granicą staje się nią tylko pozornie: Uwaga ta nasuwa się przy przeglądaniu kosztów żywienia chorych (Al. II). W szpitalach krajowych wynosił on 39·4 ct., w prowincyonalnych przeciętnie 19·7 ct., to nie za dużo, ani za mało, ale stanowczo za nisko wypada żywienie chorego w Sanoku (11·4 ct. dziennie), bo wobec znanej drożyzny wiktuałów, przecież za tę kwotę wyżywienie chorego odpowiednie nie jest możliwe, — a przecież dobre żywienie chorych jest jednym z najdzielniejszych środków leczniczych.

Jedną z najnieprzyjemniejszych pozycyi w wydatkach, któremi zarządza Departament V., jest wydatek 36·014 K. wiedeńskiemu Zakładowi podrzutków za 704 dzieci matek, z Galicyi pochodzących. Są to pieniądze wprost nieproduktywnie wyrzucone, więcej nawet, bo za pieniądze krajowe wychowuje się między obcymi niewątpliwie niejeden przyszły nieprzyjaciel kraju. W Galicyi wypłaca fundusz krajowy matce, niezamężnej, która w zakładzie położniczym w Krakowie lub we Lwowie służyła jako materyał naukowy 12 K., tej zaś, która rodzi po za granicami kraju, zwłaszcza w Wiedniu, musi kraj opłacać wszelkie koszta wychowania dziecka. Rzecz to dziwnie niesprawiedliwa i wymagająca, jako taka, koniecznie naprawy. Komisya sanitarna żywi nadzieję, że Wydział krajowy jak zechce tą sprawą gruntownie się zająć i ją zbadać, ewentualnie poczynić starania, aby się od tych opłat uwolnić. Zanim się to jednak przeprowadzić uda, winien Wydział krajowy jak największą ilość dzieci z Wiednia, z zakładu podrzutków odbierać i lokować je w Bobrku u Ks. Ogińskiej, choćby opłatę za dziecko wypadło nieco podnieść ponad wysokość, obecnie umówioną; przynajmniej w kraju pozostaną dzieci i pieniądze na nie wydawane.

W sesyi ubiegłego roku zawezwał Sejm krajowy c. k. Rząd o utworzenie dwóch nowych szkół dla akuszerek. Komisya sanitarna uważa przeprowadzenie tej myśli w czyn za sprawę wielkiego dla kraju znaczenia i dlatego wobec powolności z jaką c. k. Rząd sprawę tę traktuje, wzywa Wydział krajowy, aby sprawę tę ponownie u c. k. Rządu podniósł i starał się w czyn wprowadzić.

Kończąc to, zaznacza Komisya sanitarna, że w całem sprawozdaniu Departamentu V. widoczna jest dążność troskliwa do wprowadzenia niezbędnych ulepszeń w administracyi szpitalnej i do władania funduszami jak najracyonalniej, — dlatego Komisya sanitarna wnosi:

Wysoki Sejm raczy uchwalić;

1. Sprawozdanie Wydziału krajowego o czynnościach Departamentu V. za czas od 1 grudnia 1898 do 31 października 1899 przyjmuje się do wiadomości.

2. Wzywa się Wydział krajowy do poczynienia odpowiednich zarządzeń, aby budowa schroniska dla 500 obłąkanych nieuleczalnych mogła być w jak najkrótszym czasie rozpoczętą.

3. Uznając potrzebę budowy Zakładu położnic w Krakowie, wzywa się Wydział krajowy, aby co do zrealizowania tej budowy wszedł z c. k. Rządem w rokowania i przedstawił na najbliższej sesyi swe wnioski.

4. Wzywa się wydział krajowy, aby na najbliższej sesyi przedstawił projekt ustawy krajowej, regulującej opiekę nad ubogimi.

5. Wzywa się c. k. Rząd, aby poczynił energiczne zarządzenia celem stłumienia kiły w wschodnio-południowej części Galicyi, a w szczególności przystąpił do wybudowania własnym kosztem szpitali specyalnych dla leczenia osób tą chorobą dotkniętych.

6. Wzywa się Wydział krajowy, aby ponowił u c. k. Rządu starania o utworzenie w Galicyi dwóch nowych szkół akuszerek.

Przewodniczący: *Gołuchowski.* Sprawozdawca: *Jordan.*

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ostateczny termin nadsyłania streszczeń dla „Dziennika Zjazdu“ przedłużony został do dnia 30 czerwca 1900. Streszczenia nadsyłać należy na ręce sekretarzy odpowiednich sekcyj lub na ręce sekretarza Komitetu gospodarczego, a we Lwowie, Poznaniu Warszawie i Paryżu składać na ręce upoważnionych do tego osób.

W dalszym ciągu zgłoszono:

— W sekcyi III. 14) P. Henryk Arctowski (Liège): Belgijska wyprawa podbiegunowa i jej wyniki naukowe. (342)

— W sekcyi VI. 10) Prof. Dr. Stoklasa (Praga): O denitryfikacyi. (343)

11) Dr. Miczyński (Lwów): O glebach okolic Cieszanowa. (344)

— W sekcyi XI. 10—11) Prof. Dr. Beck (Lwów): a) Zjawiska elektryczne w rdzeniu pacierzowym (z przedstawieniem urządzenia do fotografowania wahań galwanometru). b) Spostrzeżenia tyczące się galwanotropizmu. (346/7)

12) Bol. Błażek (Lwów): Nowe spostrzeżenia nad nużeniem się mięśni (z przedstawieniem automatycznego myografu własnego pomysłu). (348)

13) Prof. Dr. Szymonowicz (Lwów): Budowa *zonae pellucidae.* (349)

14) N. Gąsiorowski (Lwów): Zmiany w budowie ciałek dotykowych pod wpływem drażnienia, przecięcia nerwu i działania kokainy. (350)

15) K. Hornung (Lwów): O zakończeniach nerwowych we włosach zwyczajnych i dotykowych. (351)

15—17) Prof. Dr. N. Cybulski (Kraków): a) W sprawie badania wahania wstecznego. b) O zależności siły elektrobodźczej nerwów od rozmaitych warunków. (352/3)

18) Doc. Dr. Kryński (Kraków): O czynności przysadki mózgowej. (354)

19) Dr. S. Maziarski (Kraków): O budowie gruczołów ślinowych (z przedstawieniem modeli woskowych). (355)

20) Dr. J. Sosnowski (Kraków): Przyczynek do fizyologii układu nerwowego w szczeżni (*Anodonta mut*). (356)

21) Dr. M. Kirkor (Kraków): Zmiany fizyologiczne w naczyniach mięśni podczas ich skurczu. (357)

22—23) Prof. Dr K. Kostanecki (Kraków): a) Dojrzewanie i zapłodnienie jajka „*Cerebratulus marginatus*“ (z demonstracyami preparatów). b) Demonstracya preparatów zapłodnionych jajek „*Myzostoma glabrum*“. (358/9)

24) Dr. St. Kaczyński (Kraków): Demonstracya całkowitego odwrotnego układu wnętrzności z rzadką nieprawidłowością w przebiegu naczyń żylnych. (360)

25—26) Dr. A. Bochenek (Kraków): a) O elementach nerwowych w przysadce zwierząt kręgowych (z przedstawieniem preparatów). b) O budowie elementów nerwowych w różkach ślimaka (z przedstawieniem preparatów). (361/2)

27—28) Dr. E. Godlewski jun. (Kraków): a) O rozmnażaniu jąder w mięśniach prążkowanych kręgowców (z przedstawie-

niem preparatów). b) Wpływ tlenu na pierwsze stadya rozwoju jajka żaby, wymiana gazów w początkowych okresach embryonalnych (z przedstawieniem przyrządów i preparatów). (363/4)

29) Dr. Leon Rutkowski (Płońsk): Badania antropologiczno-porównawcze nad ludnością okolic Płońska w gubernii Płockiej. (365)

— W sekcyi XVI. 15) Dr. E. Sonnenberg (Łódź): Dwa nowe sposoby podwójnego barwienia wydzieliny rzeżączkowej. (366)

— W sekcyi XVIII. 12) Dr. Bałłaban (Lwów): Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej (z okazaniem preparatów drobnowidowych, fotogramów i obrazów świetlnych zapomocą skioptikonu). (367)

Ostateczny tytuł tematu V: (sprawozd. Dr. Bednarski, Lwów), brzmi: *Siderosis bulbi*. Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne z okazaniem preparatów reakcyi mikrochemicznej na żelazo.

— W sekcyi XXI. 21) Dr. Szczęsny Bronowski (Warszawa): Etyka lekarska i wyjawianie prawdy. (368)

22) P. Gładych (Warszawa): Apteka przyszłości. (345)

Kraków 15 czerwca 1900.

Ciechanowski
sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

Wystawa przyrodniczo-lekarska w Krakowie.

Publiczne posiedzenia IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich miały się pierwotnie odbywać w amfiteatralnej sali gimnazyum Nowodworskiego. Obecnie udało się Komitetowi gospodarczemu Zjazdu dostać na ten cel inną salę. W ten sposób zyskał Komitet Wystawy przyrodniczo-lekarskiej im. *Almae Matris Jagellonicae* olbrzymią salę dla celów Wystawy, wobec czego, rozporządzając większą przestrzenią, może przyjąć jeszcze więcej przedmiotów na wystawę i dlatego podaje do publicznej wiadomości, że termin zgłaszania się dla Wystawców przedłużony został do d. 10 lipca.

Biuro Wystawy otwarte codzień od 11—1 w południe w gmachu Wystawy (Gimnazyum Nowodworskiego).

Wszystkie pisma polskie prosimy uprzejmie o łaskawe powtórzenie tej wiadomości.

Dr. Michał Śliwiński
Dyrektor Wystawy.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 21 czerwca.

* Rektorem Uniw. Jagiell. na przyszły rok szkolny wybrany został dr. M. L. Jakubowski, profesor pedyatryi.

* Dziekanem Wydziału lekar. Uniw. Jag. na przyszły rok szkolny wybrany został prof. B. Wicherkiewicz.

* Na stanowisko prymaryusza szpitala powszechnego we Lwowie, opróżnione przez śmierć śp. O. Widmanna, mianowany został doc. chorób wewn. w Uniw. lwow. dr. Józef Wiczkowski.

* Przekład polski dzieła Unny: *Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten* jest, według doniesienia „Kroniki Lekarskiej“, na ukończeniu. Pracy tej podjął się dr. J. Grabowski.

* Po zmarłym w d. 7 b. m. drze Józefie Kisielewskim pozostał liczny księgozbiór dzieł lekarskich, oraz instrumenta. W sprawie nabycia tej spuścizny należy adresować listy do wdowy po zmarłym, przebywającej w Zakliczynie.

* Na przyjęcie członków IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przeznaczyła krakowska Rada miejska 4000 K.

* Zmarły przed dwoma miesiącami w Królestwie Poskiem dr. Maciej Łowicki, wychowaniec wileńskiej Akademii medyko-chirurgicznej, zapisał 18,000 rubli na Kasę im. Józefa Mianowskiego.

* Komisya sanitarna w Petersburgu oświadczyła się za paleniem zwłok. Uznając doniosłe znaczenie tego zarządzenia ze stanowiska zdrowia publicznego, Komisya wyraziła przekonanie, że miasto powinno wystąpić z inicyatywą zbudowania zakładu kremacyjnego, nie czyniąc jednak palenia zwłok obowiązującem dla wszystkich mieszkańców.

* Ostatnie sprawozdanie Rady sanitarnej w Aleksandryi wymienia następujące ogniska moru w zakresie jej urzędowania: w Aleksandryi od d. 6 maja po 7 czerwca było przypadków 7 z tych 5 śmiertelnych. W Port-Saidzie: od 1 do 7 czerwca zapadło osób 16, zmarło 6. W Damiecie nowych przypadków moru nie stwierdzono. W Dżeddah od 2 do 4 czerwca zachorowało osób 10, umarło 2. W Yambo na niepodaną liczbę przypadków 28 zakończyło się śmiercią. W Smirnie nie stwierdzono nowych zachorzeń. W Adenie od 26 maja po 1 czerwca, na 20 przypadków 19 zakończonych śmiercią. W zatoce Perskiej na wyspie Kischen, na 18 przypadków 11 śmiertelnych.

Przytoczona liczba ognisk moru świadczy o wzmaganiu się tej choroby, a jeśli dodamy epidemie w Indyach i t. zw. »zakaźne zapalenie płuc« w Rosyi, to wyznać musimy, że mór zbliża się ku Europie i raniej później wybuchnie w jej granicach.

* »La Presse médicale« wymienia w N. 47 wszystkie uroczystości, na które członkowie Kongresu lekarskiego otrzymają zaproszenie: d, 2 sierpnia raut, ofiarowany członkom Kongresu przez prezydenta Rzeczypospolitej; d. 3 sierpnia przyjęcie wieczorne przez prezesa Kongresu; 5 sierpnia uczta wydana przez prezydenta Rzeczypospolitej w pałacu Elizejskim; d. 8 sierpnia przyjęcie wieczorne w pałacu senatu i ogrodzie luksemburgskim, urządzone staraniem Komitetu organizacyjnego.

Prócz tego zamierzono skłonić Radę m. Paryża do zarządzenia jednej uroczystości dla członków Kongresu. Nadto proponowane są przyjęcia zorganizowane przez pojedyncze sekcye.

Na wszystkie uroczystości zaproszone będą żony, córki i siostry członków Kongresu, któremi zresztą zajmie się osobny Komitet damski podczas trwania Kongresu.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. O. Messerer mianowany został prof. zwycz. w Monachium. Doc. dr. F. Scherer prof. nadzw. pedyatryi w czeskim Uniw. w Pradze.

Nekrologia. Zmarli: prof. emer. Tom. Crudeli zmarł w Rzymie. Dr. Winc. Wyszpolski, wychow. kijow. Uniw., zmarł w 44 r. życia w miejscowości Wierne. Dr. Mik. Warman zmarł w Kielcach licząc lat 41. Dr. Józef Kisielewski, lekarz miejski, zmarł w Zakliczynie. Dr. Czesław Wroczyński — w Białej Siedleckiej. W Paryżu zmarł w 73 r. życia prof. Ernest Cadet de Grassicourt, głośnego imienia pedyatra, autor cenionego dzieła „Traité clinique des maladies de l'enfance“, założyciel czasopisma »Revue mensuelle des maladies de l'enfance«.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 11 i 12. Dr. Sędziaka I.: Przypadek błonicy krtani symulującej ropień migdałka językowego, oraz wtórne zapalenie podśluzowe krtani. Giedroycia Fr.: Spraw y postępków Rycerskich y przewagi opisanie krótkie z naukami w tey zacney zabawie putrzebnemi. (Notatka bibliograficzna). Jaworskiego I.: Z dziejów położniczych w dawnej Polsce. W *Medycynie* Nr. 24. Dr. Rubina W.: O nowym sposobie wykrywania siarkowodoru w żołądku. Karwackiego L.: O leku Bechterewa w padaczce. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 24. Dr. Bernhardta R.: Wessanie tworów wilka pod wpływem ospy. Dr. Przeborskiego L.: Cierpienie krtani przy ciąży (c. d.). Neugebauera F.: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków.

Redakcya otrzymała: Dr. Halban H.: Ueber Veränderungen des Centralnervensystems beim Tetanus des Menschen (Wiedeń 1900). Dr. Halban H.: Beitrag zur patologischen Anatomie der Polyneuritis alcobolica (Wiedeń, 1900). Dr. Eberson: Zur Trachombehandlung (Odbitka). D. Eberson: Ueber die Körperlage der Kranken und der Gesunden (Odbitka). Dr. Eberson: Das Krankenzimmer (Odbitka). Doc. Korczyński L.: Pogląd na rozwój balneologii polskiej w latach 1887–1899).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

C. k. Ministerstwo spraw wewn. w Wiedniu.

2704
M. J.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, Dz. pr. p. Nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzona posada *asystenta* X-tej klasy rangi z systemizowanymi dla tejże klasy rangi poborami (pobór początkowy 2200 koron, dodatek aktywalny 480 koron).

Podania o udzielenie tej posady należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 15 sierpnia 1900 r.; kompetenci, którzy już pozostają w c. k. służbie państwowej, lub też we wspólnej c. i k. służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Do podań należy dołączyć:

1) Metrykę urodzenia;

2) Dowód zupełnej znajomości języków niemieckiego i polskiego, mianowicie też w kierunku fachowo-naukowym. Kompetenci, którzy obok innych wymogów udowodnią również znajomość języków ruskiego i rumuńskiego, względnie jednego z tychże języków, będą mieli pierwszeństwo;

3) Dowód naukowego wykształcenia uniwersyteckiego, a szczególnie wyższego wykształcenia w naukach przyrodniczych.

4) Dowód gruntownego wykształcenia w chemii, szczególnie w chemii analitycznej, uzupełniony dowodem specyalnego wykształcenia w botanice, mikroskopii, bakteryologii i hygienie, jak również załącznikami w razie gdyby petent pracował w urzędzie nauczycielskim, albo w dziedzinie badania środków spożywczych.

Kompetenci, którzy nie są stałymi urzędnikami w c. k. służbie państwowej, winni prócz tego udowodnić prawo obywatelstwa w państwie austryackiem, kompetenci zaś, niepozostający w c. k. ani też w c. i k. służbie państwowej, mają dostarczyć urzędowego świadectwa moralności oraz świadectwa zdrowia, wystawionego przez rządowego lekarza.

L. 934

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w T u c h o l c e, z płacą roczną z funduszu powiatowego w kwocie 1000 koron i ryczałtem na koszta podróży, ustanowionym przez Wydział krajowy w rocznej kwocie 800 koron.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Annaberg, Felizienthal ze Smorżem górnem, Grabowiec Skolski, Hołowiecko, Hutar, Kalne, Karlsdorf, Kliniec, Orawa, Orawczyk, Pławie, Pohar, Ryków, Smorze dolne, Smorze miasto, Tucholka, Tysowiec, Wyżłów i Zupanie, razem 19 gmin z ludnością 11,030 na obszarze 330 kilometrów kwadratowych.

Ubiegający się o tę posadę mają oprócz dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej świadectwem c k. lekarza powiatowego wykazać się:

prawem obywatelstwa austryackiego;

dyplomem doktora medycyny, uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;

świadectwem moralności;

znajomością języków krajowych i przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Tucholce będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31 grudnia 1891 dz. u. kr. Nr. 82 i 83 (część XXII Dz. u. kr. z r. 1891).

Posada zostanie nadaną na 1 rok prowizorycznie, poczem dopiero może nastąpić stabilizacya.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 koronę, należy wnosić do Wydziału powiatowego do dnia 10 lipca 1900 roku.

Z Wydziału powiatowego.

L. 1427.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 17 go kwietnia 1900 L. 25,405 rozpisuje niniejszem Wydział powiatowy konkurs na posadę *lekarza okręgowego* z siedzibą w O s i e k u.

Do okręgu w Osieku należy 11 gmin z liczbą mieszkańców 10.570 Lekarz okręgowy obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Płaca z posadą tą połączona wynosi rocznie 1000 koron, zaś ryczałt na koszta podróży rocznie 600 koron.

Podania o nadanie tej posady należy wnosić do Wydziału powiatowego w Biały najdalej do dnia 31 lipca 1900 i załączyć do podania:

1. Dyplom doktora medycyny;
2. Dowód obywatelstwa austryackiego;
3. Dowód, iż petent nie przekroczył 40-go roku życia;
4. Świadectwo odbytej conajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim;
5. Świadectwo lekarskie, potwierdzone przez odnośnego c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdolnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału powiatowego

Biała, dnia 8 czerwca 1900.

Z. 32.942/I.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych w okręgu lekarskim Kraków III z siedzibą w Krakowie ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego Kraków III przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 19·0 na linii Kraków-Lwów, dalej od kilometra 0·0 do kilometra 1·90/a na linii Bierzanów-Wieliczka i od kilometra 0·0 do kilometra 4· 909/b na linii Podłęże-Niepołomice, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami Podgórze-Płaszów, Bierzanów, Podłęże i Niepołomice, przyczem się nadmienia, że z personalu na stacyi w Podgórzu-Płaszowie zatrudnionego należą do okręgu lekarskiego Kraków III tylko ci funkcyonaryusze, którzy mają na stacyi mieszkanie in natura i ci, którzy mieszkają w Płaszowie. Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do ukończonego 18-go roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1.600 Koron i ryczałt na fiakry w kwocie 300 Koron rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym.

Rok XXXIX. Kraków, 30 Czerwca 1900. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie udzielania się zarazy pyskowo-racicznej bydła ludziom.

Podał
Dr. Jan Walkowski
lekarz okręgowy w Krzeszowicach.

W ostatnich miesiącach roku 1899 pojawiła się w gminach mnie przydzielonego okręgu sanitarnego, tudzież w kilkunastu z nim sąsiadujących gminach zaraza pyskowo-racicznа o dość znacznem nasileniu. W tym samym czasie zaczęły się pojawiać licznie, szczególnie u dzieci, zachorzenia, przypominające swym przebiegiem zapalenie jamy ustnej wrzodzikowe (*stomatitis aphtosa*); zaburzenia te podciągałem przeważnie pod tę nazwę, nie poświęcając im większej uwagi. Tymczasem zdarzyło się w mej praktyce kilka przypadków tej choroby u dzieci, a nawet u dorosłych, które myśl moją na właściwsze, jak się zdaje, zwróciły tory. Opis tych przypadków najlepiej rzecz tę przedstawi:

I. D. 27 listopada 1899 zgłosiła się do mnie izraelitka M. R. z dzieckiem pięcioletniem, okazującem cechy ciężkiego schorzenia, podając, że dziecko zachorowało przed dwoma dniami z dość wyraźnym dreszczem, a następnie silnym bólem głowy. Badając stwierdziłem: ciepłota 39·6°, tętno 120, dziecko senne, odurzone, wargi spieczone, na wargach około skrzydełek nosa i na policzku prawym opryszczka. Przypatrując się bliżej rzekomej opryszczce zauważyłem, że wystąpiła ona nie w gromadkach pęcherzyków, lecz że pęcherzyki te siedzą pojedynczo, są otoczone obwódką czerwoną i wypełnione nie płynem przeźroczystym, lecz treścią mętną, ropiastą; że wreszcie wejrzeniem przypominają raczej wysypkę przy ospie wietrznej, niżeli zwykłą opryszczkę (herpes). Na wewnętrznej stronie warg i policzków drobne, powierzchowne owrzodzenia, o dnie szarawem, otoczone sino-wiśniową obwódką, tudzież dwa pęcherzyki, wypełnione treścią mętną, umieszczone na podstawie sino-czerwonej. Dziąsła rozpulchnione, na języku również powierzchowne owrzodzenia, przytem cuchnienie z ust, gruczoły podszczękowe lekko macalne, bolesne. W narządach wewnętrznych zmian żadnych, prócz miernego nieżytu oskrzeli Śledziona nie powiększona, w okolicy żołądka i wątroby przy ucisku mała bolesność. Badanie krwi wykazało mierną leukocytozę, przeważnie neutrofile. Mocz wysycony, nieznaczny ślad białka, chlorki prawidłowe.

Przebieg dalszy był pomyślny, gorączka opadała *per lysim* w przeciągu dni trzech: cała długość trwania choroby około dni 10. O ile się mogłem dowiedzieć, dziecko piło przed zachorowaniem dużo mleka gotowanego i surowego.

II. W dwa dni później zgłosiła się żona rzeźnika, lat 26, z podobnymi objawami (prócz wysypki na twarzy); gorączka 39°; język na całej prawie powierzchni pokryty płytkiemi owrzodzeniami; dziąsła rozpulchnione, ślinotok, obrąbki zębów pokryte paseczkiem wydzieliny ropnej, gruczoły podszczękowe obrzękłe i bolesne, cuchnienie z ust. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie znalazłem.

III. W grudniu 1899 zawezwano mnie do Czatkowic, gdzie zastałem dziecko sześcioletnie, silnie gorączkujące. Matka twierdziła, że dziecko zachorowało poprzedniego dnia wieczorem, a obecnie nie ma łaknienia i skarży się na ból głowy. Mimo najdokładniejszego badania prócz lekkiego nieżytu oskrzeli, nic znaleść nie mogłem. Poleciłem przeto przywieść dziecko dnia następnego. W dwa dni później przywieziono je istotnie i wtedy stwierdzić mogłem ciepłotę 39·2°; obfite ślinienie; rozpulchnienie dziąseł; na dziąśle szczęki dolnej po stronie lewej rozległe i głębokie owrzodzenie, odsłaniające szyjki dwóch zębów i przechodzące na błonę śluzową policzka; na języku kilka drobnych owrzodzeń; na wardze dolnej, na brodzie i poniżej ucha lewego po jednym pęcherzyku, wypełnionym treścią mętną, nadto w kąciku zewnętrznym oka lewego zaczerwienienie i mała szczelina, pokryta wypociną szarą. Dalszy przebieg dobry. Pęcherzyki znikły, nie pozostawiając blizn, tylko czerwone plamki; długość trwania około dni 12.

Przypadków takich, mniej lub więcej podobnych do opisanych, naliczyłem przeszło 20, a przebieg ich prawie zawsze typowy, przedstawiał się ogółem następująco: początek nagły, często z dreszczem, następnie ból głowy, niechęć do jedzenia i zabawy. Z końcem drugiego lub w trzecim dniu zmiany w jamie ustnej, czasami też wysypka pęcherzykowa na twarzy, o powyżej opisanych cechach. Długość trwania gorączki około 4—6 dni; w kilku zaś przypadkach stan gorączkowy przeciągał się do 8—9 dni, prawdopodobnie już wskutek wtórorzędnego zakażenia owrzodzeń. Wysypka ustępowała bez śladu, nie pozostawiając powierzchownych blizn Obrzęku śledziony stwierdzić nigdy nie mogłem; prawie zawsze towarzyszył cierpieniu większy lub mniejszy nieżyt oskrzeli.

Przekonano się już niejednokrotnie, że istnieje możliwość przeniesienia zarazy pyskowo-racicznej ze zwierząt na ludzi. Przypadki te są może częstsze, niż się słyszy i czyta, bo zaraza ta wywołuje u ludzi objawy podobne do innych chorób zakaźnych (szczególnie, gdy występuje niezbyt silnie) i do ich rzędu bywa bezwątpienia nieraz zaliczoną.

Już w roku 1833 stwierdził Hertwig na sobie możliwość zakażenia, pijąc wraz z swymi dwoma asystentami mleko surowe od krów, dotkniętych chorobą, przyczem tak on, jak i asystenci ulegli zakażeniu. Później również niejednokrotnie zwracano uwagę na niebezpieczeństwo spożywania pożywek surowych od zwierząt, chorych na zarazę pyskowo-raciczną.

Bollinger twierdził to o mleku, Fröhner o maśle, Mosler o mięsie zwierząt chorych, Levy zwracał uwagę na niebezpieczeństwo obcowania ludzi z takiemi zwierzętami. W roku 1893 opisał Boas podobną epidemię typową.

Bussenius i Siegel (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 50, 1896) wspominają o piętnastu typowych epidemiach tego rodzaju, spostrzeganych przez różnych lekarzy, gdzie można było wykazać wprost przeniesienie choroby ze zwierząt na ludzi. Ponadto istnieją zestawienia sporadycznych przypadków, jeszcze liczniejsze (600 przypadków między 1887—1894 r.). W roku 1895 pojawiła się w Wilnie epi-

demia, mająca wielkie podobieństwo do przypadków przezemnie spostrzeganych, a opisana dokładnie przez Dra L. Stembo (*Petersburger med. Wochenschrift* 1896). Wśród tej epidemii, stojącej w związku z panującą równocześnie epizoocyą, zauważył autor przypadki, gdzie wysypka, podobna do ospy wietrznej, zajmowała całe ciało, obok cechujących zmian w jamie ustnej. Choroba przebiegała pomyślnie mimo ciężkich objawów.

We wszystkich tych ogłoszonych przypadkach nie można mówić z bezwzględną pewnością o tożsamości sprawy chorobowej u ludzi i zwierząt, bo ta pewność mogłaby się oprzeć jedynie na dokładnej znajomości zarazka. Tymczasem ten nie jest dokładnie znany, a swoistość prątka Siegla-Busseniusa zaprzeczają dziś, tak pojedyńczy badacze (Schotellius, Behla, Kurth) jak i ostateczny wynik badań niemieckiej rządowej Komisyi, wydelegowanej dla badania zarazy pyskowo-racicznej (Prof. Loeffler i prof. Frosch, *Deutsche med. Wochenschrift* 1897, Nr. 39). Jednak równoczesność występowania choroby z panującą zarazą bydlęcą, przebieg jej typowy i gwałtowny, fakt, że występuje u osób, żywiących się mlekiem surowem, pewna odrębność w reszcie obrazu chorobowego od znanych nam powszechnie zachorzeń jamy ustnej (*aphtae*, *stomatitis ulcerosa*, *scorbut* etc.) przemawiają na korzyść możliwości udzielenia się tej choroby ludziom.

II. **Z oddziału chorób wewnętrznych I. b. Szpitala Sgo Łazarza w Krakowie.**

W sprawie wstrzykiwań śródżylnych Hetolu (natrium cinamilicum) w przebiegu gruźlicy płuc metodą Landerera.

Napisał

prymaryusz **Dr. Antoni Krokiewicz.**

(Dokończenie).

Z powyższego zestawienia wynika, iż na 43 przypadków gruźlicy płuc (w jednym przypadku Nr. 36 wystąpiło powikłanie z zapaleniem gruźliczem kręgów) raz tylko można było zauważyć wyleczenie (2·3%); jedenaście razy znaczne polepszenie (25·6%); dziewięć razy nieznaczne polepszenie (23·2%) a dwadzieścia jeden razy znaczne pogorszenie i zejście śmiertelne (48·8%). W przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne i inne przetwory lecznicze jak duotal, kreozot, krezalbina (*Creosotum lacticum*) ichtyol nie odnosiły pożądanego skutku a dotyczyły te przypadki zmian gruźliczych daleko w miąższu płucnym posuniętych. W ogóle zaś leczenie wstrzykiwaniami śródżylnemi hetolowemi stosowano dopiero w tych przypadkach, gdzie drobnowidowo można było stwierdzić w plwocinach sposobem Ziehl-Neelsena obecność prątków gruźliczych.

Uwzględniając odrębnie leczenie samemi tylko wstrzykiwaniami śródżylnemi hetolu, — osobno leczenie wstrzykiwaniami śródżylnemi hetolu i podskórnemi kwasu arsenawego w przebiegu gruźlicy płuc, musimy pierwszym przypisać bezwarunkowo wyższość nad drugiemi. Przy stosowaniu bowiem samych tylko wstrzykiwań śródżylnych hetolu otrzymaliśmy korzystne wyniki w 30·2% przypadków; przy stosowaniu zaś obok nich naprzemian i wstrzykiwań podskórnych kwasu arsenawego zaledwie 16·5%. W ogóle podnieść należy, iż pod wpływem wstrzykiwań arszeniku obok wstrzykiwań śródżylnych hetolu proces gruźliczy okazywał niezwykle szybki przebieg, kończący się zejściem śmiertelnem. Okoliczność ta przemawia za zapatrywaniem Leydena, który wbrew innym klinicystom przestrzega przed podawaniem przetworów arsenowych w przebiegu gruźlicy płuc, połączonej z gorączką.

Najmniej okres wstrzykiwań wynosił 10 dni; najwięcej 132 dni; w ogóle zaś trwał okres wstrzykiwań:

w 2	przypadkach	od	10 — 15	dni
3	„	„	15 — 20	„
3	„	„	20 — 25	„
2	„	„	25 — 30	„
1	„	„	30 — 35	„
4	„	„	35 — 40	„
7	„	„	40 — 45	„
7	„	„	45 — 50	„
4	„	„	50 — 55	„
2	„	„	55 — 60	„
2	„	„	60 — 65	„
2	„	„	65 — 70	„
2	„	„	70 — 75	„
1	„	„	— 92	„
1	„	„	—132	„

Ilość zaś wykonanych wstrzyknięć wynosiła:

w 6	przypadkach	od	5 — 10
4	„	„	10 — 15
8	„	„	15 — 20
14	„	„	20 — 25
6	„	„	25 — 30
3	„	„	30 — 35
2	„	„	45 — 46

Najwyższa jednorazowa dawka wynosiła przeciętnie 0,01; najmniejsza 0,0005 gm.; raz tylko u kobiety 63-letniej dawka dosięgła 0,015 gm. W 20 przypadkach t. j. 46·7% chorzy znosili wstrzykiwania hetolu z większą lub mniejszą korzyścią; w 23 zaś przypadkach t. j. 53·4% chorzy znosili bardzo źle wstrzykiwania hetolu ze względu na przebieg sprawy chorobowej (a nie na sam zabieg). W ogóle można było zauważyć znaczne różnice osobnicze co do dawek hetolu tak u mężczyzn, jak i u kobiet — tak, iż doświadczenie nasze przemawia za stosowaniem małych dawek (poczynać od 0,0005 a dochodzić do 0,005 gm.) i w odstępach 3—4 dniowych, a nawet i rzadziej. Korzystne działanie uwidocznia się już w pierwszych dwóch tygodniach, a głównym objawem jest wzmaganie się ciężaru ciała u chorego.

Korzystny wpływ działania wstrzykiwań śródżylnych hetolu na powstrzymanie sprawy gruźliczej ujawnia się oprócz zwiększania się ciężaru ciała i wzmożonem poczuciem łaknienia, ogólną rześkością i znaczniejszą energią życiową, ustąpieniem potów i dreszczów, zmniejszeniem się, a względnie ustąpieniem rzężeń w płucach, ustaniem biegunki. Jak znacznie podnieść się może ciężar ciała chorego, pouczają poniżej przytoczone przypadki, gdzie przybyło na wadze:

w przyp

Nr. 1 w ciągu 26 dni (16 wstrzyknięć) o 6 kg.

„ 2 „ 54 „ (27 „ o 4 „

a za	2	nawrotem	38	dni	(19	wstrzyknięć)	o 5	kg.	30	dk.
„	3	„	44	„	(22	„	o 4	„	50	„
„	9	„	91	„	(29	„	o 4	„	80	„
przyczem		„	30	„	(14	„	o 4	„	20	„
„	11	„	30	„	(14	„	o 4	„	50	„
“	4	„	62	„	(31	„	o 3	„	50	„
„	5	„	36	„	(19	„	o 2	„		
„	28	„	26	„	(13	„	o 4	„		
„	7	„	52	„	(26	„	o 2	k	50	„

Podniesienie się ciężaru ciała należy odnieść do działania hetolu, a nie arsenu. Przemawia za tem przypadek Numer 8, gdzie przy stosowaniu hetolu przybyło chorego w 49 dniach (po 24 wstrzyknięciach) na wadze o 1 kg. 50 dk. a przy następnych wstrzykiwaniach tylko wyłącznie kwasu arsenawego (jedyny przypadek dla sprawdzenia) w ciągu 21 dni zaledwie o $^1/_2$ kg.

Podobnie i poty rychło ustępowały w razie korzystnego działania hetolu, jak za tem przemawia spostrzeganie kliniczne w przypadku Nr. 1 (po 2 wstrzyknięciach), Nr. 7 i 8 (po 3 wstrzyknięciach), Nr. 5 (po 4 wstrzyknięciach) i t. d. W przeważnej jednak liczbie przypadków dopiero po kilkunastu wstrzyknięciach poty stale ustępowały. Na uwagę zasługuje przypadek Nr. 19, w którym po 19 wstrzyknięciach poty stale ustąpiły, chociaż poprzednio przez dwa lata każdego dnia się pojawiały, opierając się działaniu zwykłych środków leczniczych przeciwpotnych.

Brak prątków gruźliczych w plwocinach stwierdzić było można po stosowaniu wstrzykiwań śródżylnych hetolu w przypadkach Nr. 1 i 2; w innych przypadkach prątki gruźlicze znajdowały się w plwocinie w różnej ilości. Okoliczności jednak tej naszem zdaniem nie należy przypisywać w rokowaniu ważniejszego znaczenia, gdyż doświadczenie kliniczne poucza, że częstokroć ilość prątków gruźliczych w plwocinie stoi w odwrotnym stosunku do zmian fizykalnych i przysłuchowych w płucach, a więc i do nasilenia sprawy chorobowej.

Z ubocznych przypadów podnieść należy uczucie pieczenia w całem ciele, a niekiedy i bólu w piersiach po zastrzykiwaniach śródżylnych hetolu; w tym ostatnim przypadku dobrze działało pędzlowanie klatki piersiowej nalewką jodową.

Ogólne podniecenie narządu nerwowego, jakie prawie w każdym przypadku u chorych, leczonych zastrzykiwaniami śródżylnemi hetolu, można zauważyć, przemawia przeciw stósowaniu wstrzykiwań u kobiet przed miesiączkowaniem; w dwóch przypadkach bowiem t. j. Nr. 28 i 33 wystąpił naówczas krwotok płucny, który nawet w przypadku Nr. 28 stanowił przyczynę niespodziewanego zejścia śmiertelnego.

Zgodnie z zapatrywaniami Landerera i innych można stwierdzić w następstwie stosowania wstrzykiwań śródżylnych hetolowych znaczniejszego stopnia leukocytozę, miejscową i ogólną, która zależnie od dawki dosięga jużto większych, jużto mniejszych rozmiarów. Ponieważ zaś dawka mogąca szkodliwie zadziałać na ustrój, zależy od indywidualności, przeto i stopień leukocytozy do tej ostatniej odnieść należy. Z tego też powodu częstokroć po względnie małych dawkach, gdzie gorączka nie przechodziła 38° C, i gdzie chorzy znosili ten sposób leczenia znakomicie, nagle i niespodziewanie występowało pogorszenie, które się niczem nie dawało powstrzymać. We wszystkich tych przypadkach można było na sekcyi zauważyć zmiany gruźlicze rozsiane w narządach wewnętrznych, przemawiające za rozmięknieniem ognisk serowatych gruźliczych w płucach i uogólnieniem się sprawy gruźliczej drogą naczyń krwionośnych. Jako klasyczny przykład takiego rozmięknienia ognisk gruźliczych przedstawia się przypadek Nr. 28, którego historyą choroby i wynik oględzin pośmiertnych pozwolę sobie w krótkości przytoczyć:

Ziomek Anna l. 20. Przyjęta na oddział dnia 10/IX 1899. Od 4 miesięcy kaszel, dreszcze, poty; przed 2 miesiącami krwioplucie. Matka zmarła na suchoty.

St. praes.: Szczyt lewy zajęty do 2-go żebra z przodu; z tyłu do grzebienia łopatki: tamże oskrzelowy wdech i wydech; rzężenia. W pasze lewej na rozległości dłoni dziecka stłumienie; wdech i wydech nieoznaczony, zbliżony do oskrzelowego; rzężenia dźwięczne. W szczycie prawym przytłumienie, szmery oddechowe nieoznaczone, rzężenia skąpe, niedźwięczne. Przez 12 dni spostrzegania klinicznego stan niezmieniony; w ostatnich dniach dołączyło się tylko kłucie w boku lewym; zresztą rozwolnienie, silny kaszel, osłabienie ogólne; stan podgorączkowy pod wieczór (38° C). Badanie na prątki: Cz. $= \frac{2}{1}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 22/IX; waga ciała 46 kg. 51 dk. Ukończono wstrzykiwania hetolu 2/XI: Po 13 wstrzyknięciu waga ciała wynosiła 50 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 42 dni; wykonano wstrzyknięć 21; wstrzyknięto 124·5 mg. = 0·1245 gm. hetolu. Największa dawka wynosiła 0,01.

Chora początkowo znosiła wstrzykiwania bardzo dobrze; dreszczów i potów nie było; od czasu do czasu stan podgorączkowy do 38° C. Po 4 wstrzyknięciu kaszel mniejszy, siły lepsze, apetyt znakomity. Do 29/X (19 wstrzyknięć) chora czuje się znakomicie. Badanie wykazuje naówczas w szczycie prawym wdech i wydech nieoznaczony; w lewym szmery oddechowe oskrzelowe, pokryte skąpemi rzężeniami; toż samo w pasze lewej na rozległości dłoni noworodka. Chora wygląda wybornie; przybytek na wadze o 4 kg.; plwociny skąpe. Wstrzyknięto 0,01 gm. hetolu i wstrzykiwano odtąd co drugi dzień tę samą dawkę.

Dnia 2/XI objawy *Angina follicularis*; gorączka po wstrzyknięciu rano 37·3; wieczorem 38·2° C. Dnia 3/XI rano ciepłota 38·6; wieczorem 36; dreszcze w nocy (po 3-im wstrzyknięciu a 0,01) krwotok płucny $1^1/_2$ litrowy; *menses.*

Po krwotoku zaprzestano wstrzykiwań; odtąd trawiąca gorączka przyczem wahania dzienne od 36·7—39·3° C; w gardle na migdałkach owrzodzenia oczyszczają się; plwociny obfite, pieniążkowate.

8/XI: Chora skarży się na kłucie w lewym boku; jest niespokojna. Ciepłota ranna 39·3° C; wieczorem 37·6° C; liczba oddechów 40; chora rzuca się, śpiewa, w nocy krwotok płucny i wśród niego śmierć.

Oględziny pośmiertne: *Caverna tuberculosa parva apicis sin pulmonis. Tuberculosis nodosa pulmonis sinistri et apicis dextri. Nodi caseosi emollenties lobi inferioris pulmonis sin. et superiosis d. Arrosio rami secundi ordinis arteriae pulmonalis d. ss haemorrhagia et aspiratione sanguinis. Anaemia univ. Lipomatosis cordis. Hypoplasia cordis et vasorum.*

W ogóle zmiany gruźlicze na stole sekcyjnym nie różniły się od tych, jakie zazwyczaj w podobnych przypadkach chorobowych można zauważyć; przemawiały tylko za szybkim, ostrym przebiegiem za życia. W jednym tylko przypadku Nr. 41, u chłopca 18-letniego stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych zwyrodnienie włókniste szczytu płuca prawego obok świeżych zmian rozsianych w miąższu płucnym. Leczenie wstrzykiwaniami hetolu trwało w danym przypadku 46 dni, a ogólne spostrzeganie szpitalne wynosiło 72 dni.

W jednym przypadku u mężczyzny stwierdzono przy sekcyi pęknięcie jelita owrzodziałego i następowe zapalenie

posokowato ropne otrzewnej; również w jednym przypadku u mężczyzny pęknięcie płuca prawego i następowy: *Pyopneumothorax*.

W jednym przypadku (Nr. 36) przy istnieniu nieznacznej starej jamy w szczycie płuca prawego wystąpiły pod wpływem wstrzykiwań hetolowych zmiany gruźlicze w kręgach i rozsiane w płucach, przyczem nadmienić należy, iż przy pierwotnych oględzinach klinicznych żadnych zmian gruźliczych w kręgach nie było można zauważyć a wystąpiły one dopiero wśród spostrzegania klinicznego. Odnośny protokół sekcyjny pokrótce opiewał:

Spondylitis tbc. vertebrae I, II, dorsalis ss. abscessu frigido ad dorsum. Caverna tub. apicis d. pulmonis. Tuberculosis disseminata nodosa pulmonum. Adhaesiones pleuriticae bilat. Inanitio. Anaemia.

W ogóle na podstawie naszego doświadczenia klinicznego możemy zalecić stosowanie wstrzykiwań śródżylnych hetolu tylko w bardzo początkowych okresach gruźlicy płuc, i to dawek małych, co najwyżej dochodzących do 0,005 gm. poczynając od 0,0005 gm. — w odstępach kilkudniowych (3—4 dni), przyczem w razie zmniejszenia się ciężaru ciała lub innych ubocznych przypadków jak gorączki itp. należy wstrzykiwań zupełnie zaniechać. Wstrzykiwania śródżylne hetolu nie stanowią swoistego środka leczniczego przeciw gruźlicy płuc; mogą one jednak w niektórych przypadkach przyczynić się pośrednio do leczenia gruźlicy płuc przez wywoływanie miernej leukocytozy ogólnej i odczynu miejscowego w ogniskach gruźliczych, a tem samem w najkorzystniejszych warunkach i zwyrodnienia włóknistego miąższu płucnego w miejscu ognisk serowatych, — tudzież przez podniecenie energii życiowej ustroju, zwiększenie apetytu, a tem samem i wagi ciała, zmniejszenie potów i biegunki lub ich usunięcie; przyczem ten wpływ korzystny na powstrzymanie szerzenia się sprawy gruźliczej, a względnie i samoleczenia się jej jest krótkotrwały, przemijający.

Działanie wstrzykiwań śródżylnych hetolu przypomina bardzo tuberkulinę Kocha. Pod wpływem obydwu tych środków następuje odczyn ogólny i miejscowy pośród schorzałych tkanek gruźliczych; przy stosowaniu obu tych środków może przychodzić do rozmiękania ognisk gruźliczych i uogólniania się sprawy gruźliczej w ustroju drogą naczyń krwionośnych. Różnica jednak polega na tem, iż kiedy w tuberkulinie niektórzy autorowie chcą upatrywać środek rozpoznawczy dla utajonej gruźlicy płuc i narządów wewnętrznych (Petrushky, Fränkel), a nawet upatrują w niej przy odpowiedniem stosowaniu środek swoisty, uodporniający przeciw gruźlicy (Petrushky), to o hetolu tego powiedzieć nie możemy.

Kraków, 12 IV. 1900.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Dwa przypadki śmierci z prądu elektrycznego.

Podał
Dr. Ludwik Sobieszczański
Asystent sanitarny w Drohobyczu.

Mając sposobność sekcyonowania w Borysławiu przed kilkunastu dniami dwu młodych robotników, rażonych prądem elektrycznym, pragnę wobec tego, że u nas dotąd przypadków takich niewiele spostrzegano, w krótkości opisać zmiany, które zasługują na uwagę przez swe podobieństwo w obu przypadkach i w zupełności potwierdzają zapatrywania Krattera. Przypadek pierwszy dotyczył robotnika, który skutkiem własnej nieostrożności dotknął ręką drutu, drugi stał się ofiarą poświęcenia w chwili, gdy schwycił oburącz za drut w zamiarze uwolnienia towarzyszy drutem tym oplątanych. Przypadek I-szy sekcyonowano czwartego dnia po śmierci zewnętrznie: 1. Stężenie trupie wszędzie utrzymane. 2. Rozległe, zlewające się ze sobą, ciemno czerwone plamy pośmiertne, rozmieszczone na całej tylnej połowie ciała i jako takie nacięciem stwierdzone. 3. U nasady palca wielkiego ręki prawej ranka trójkątna przecinająca skórę i część tkanki podskórnej, $1/2$ cntm. długa, o brzegach prawie gładkich, bez śladu odczynu, krwią ciemną pokryta. Wewnętrznie: Pomijając opis tych narządów, w których oprócz początków gnicia zmian nie stwierdzono, pomijając miernego stopnia zwyrodnienie tłuszczowe wątroby i nieżyt żołądka, zaznaczam: 1) Mózg w całości uderzająco blady, w komorach nieco przejrzystej, różowawej cieczy, zresztą bez zmian. 2) Płuca po otwarciu klatki piersiowej nieznacznie się zapadają, opłucna gładka i lśniąca, miąższ zbitszy, wszędzie powietrzny, na przekroju wszędzie ciemno-czerwono zabarwiony, za uciskiem wydziela obficie krwawą, pienistą ciecz obok pojedynczych czopków białawego śluzu, wydobywających się z przeciętych oskrzelików. 3) Liczne wynaczynionki podosierdziowe, od najdrobniejszych do wielkości wielkiego ziarna maku dochodzące, u podstawy i na koniuszku serca rozmieszczone. 4) Obie nerki sine, na przekroju już za lekkim uciskiem wydzielają obficie płynną krew. 5) W zatokach żylnych, naczyniach i sercu płynna, niezbyt ciemna krew.

Przypadek II-gi sekcyonowano 3-go dnia po śmierci Zewnętrznie: 1. Stężenie trupie wszędzie utrzymane. 2. Rozległe, zlewające się plamy pośmiertne, rozmieszczone na całej tylnej połowie ciała i po bokach, na tyłogłowiu, szyi i plecach więcej czerwono, od krzyżów począwszy ku dołowi więcej fioletowo zabarwione. 3. W lewym przegubie łokciowym smuga 2 cntm. długa i $1/2$ cntm. szeroka, ciemno-czerwono-brunatna, pergaminowata, jakby przysmalona, niepodbiegnięta, a dokoła niej w pasie 4 cntm. szerokim kilkanaście punkcików, dochodzących ziarna maku, okazujących te same cechy. Wewnętrznie: Obok objawów zaczynającego się gnicia i rozległych zrostów opłucnowych, głównie po stronie lewej, stwierdziłem: 1) Zatoki żylne i naczynia opon mózgowych przepełnione płynną, ciemną krwią. 2) Mózg w całości zasobny w krew, której krople bardzo obficie na przekroju występują, zresztą bez zmian. 3) Płuca po otwarciu klatki piersiowej nie zupełnie się zapadają, opłucna po za obrębem zrostów gładka i lśniąca, okazuje na dolnym płacie płuca lewego od tyłu kilka wynaczynionek, ułożonych w gromadkę; miąższ płuc wszędzie powietrzny, na przekroju wszędzie czerwono zabarwiony, za uciskiem wydziela bardzo skąpą ilość cieczy pienisto-krwawej. 4) Liczne drobne i większe wynaczynionki podosierdziowe, rozmieszczone głównie u podstawy serca. 5) Wybitne przekrwienie nerek, zupełnie jak w przypadku pierwszym. 6) Płynna, dość ciemna krew w naczyniach i sercu.

Mimo starannych poszukiwań nie znalazłem w żadnym z moich przypadków, wspominanych przez Krattera, wybroczyn pod innemi błonami surowiczemi, ani wzdłuż kręgosłupa. Wprawdzie zmiana stwierdzona w drugim przypadku w przegubie łokciowym, a pochodząca najprawdopodobniej od snopu wypadających iskier dość jest niezwykłą, nie jest jednak w rażeniu prądem elek. ani znamienną, ani stałą; w pierwszym bowiem przypadku zmiany podobnej nie było, a spotkaliśmy tylko rankę, niczem nie różniącą się od zwykłej ranki, zadanej po śmierci i gdyby nie podania naocznych świadków zajścia, nie podobna byłoby nawet domyśleć się, że ta ranka powstała od działania iskry elektr. Podobnież i zmiany w mózgu w obu przypadkach przedstawiają się odmiennie.

Natomiast ze zmian powtarzających się w obu przypadkach podnoszę: 1) Przekrwienie płuc, w przypadku Iszym bardzo wybitne, w drugim nieco mniejsze. 2) Stężenie trupie długo wszędzie utrzymane, które już bardzo rychło po śmierci miało wystąpić. 3) Liczne wynaczynionki podosierdziowe. 4) Bardzo wybitne przekrwienie nerek. Płynność krwi w obu przypadkach przemawia jedynie za śmiercią nagłą. Powyższe zmiany, analogiczne zresztą, jak przy śmierci z uduszenia, przemawiałyby za tem, co o przyczynie śmierci z rażenia prądem elekrycznym sądzi Kratter. Wprawdzie dwa przypadki do stanowczego sądu jeszcze nie uprawniają, zmiany jednak w obu przypadkach stwierdzone są tak wybitne, że powstania ich nie umiałbym sobie inaczej wytłómaczyć.

Napięcie prądu z dynamomaszyny do oświetlenia w obu przypadkach wahać się miało między 300—400 wolt; z toku dochodzeń sądowych w tym kierunku nic stanowczego wysnuć nie podobna, co najwyżej, że siła prądu musiała być znaczną.

IV. Wyciągi.

B. Fraenkel. **Polikliniki dla gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 20, 1900). Na Zjeździe w Neapolu zachęcał Fr. do zakładania na wzór Niemiec poliklinik wyłącznie dla gruźlicy. Zadaniem takich poliklinik jest w pierwszym rzędzie rozpoznawanie gruźlicy w jej pierwszych zaczątkach, (tuberkulina), leczenie lub względnie odsyłanie chorych do specyalnych zakładów, a wreszcie pouczanie chorych tak co do zachowania się, jak i niebezpieczeństwa zakażenia. *Dr. St. B. K.*

Prof. O. Rosenbach. **O mózgowej i sercowej dusznicy oskrzelowej.** (*Münch. med. Wochs.* N. N. 20 i 21, 1900). Od dawna przywykliśmy dusznicę oskrzelową uważać przeważnie za duszność nerwową lub sercową. Do tej ostatniej zaliczamy zwykle wszystkie przypadki dusznicy u ludzi starszych, gdzie tylko miażdżycę tętnic wieńcowych serca podejrzywać możemy. Tymczasem doświadczenie wykazuje, że bardzo często dusznicę sercową rozpoznawaliśmy u ludzi, którzy najmniejszych zmian w sercu nie okazywali, jak również zbyt wiele spostrzegamy przypadków wybitnej miażdżycy tętnic sercowych, w których nigdy dusznicy oskrzelowej nie było. Natomiast, jak twierdzi R., dusznica oskrzelowa względnie często jest następstwem przewlekłych zmian mózgowych i to tak miejscowych, jak rozlanych, a objawy jej również w braku tchu, ściskaniu serca, uczuciu lęku znajdując swój wyraz, odtwarzają na zewnątrz ten sam typ choroby. R. słusznie zaznacza, że dla leczenia, rozpoznanie właściwego źródła choroby jest koniecznem. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Prof. Dinkler. **Przyczynek do patologii i terapii choroby Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* N. 21, 1900). Dwa przypadki choroby Basedowa dały D. sposobność do przeprowadzenia badań anatomicznych. W jednym z przypadków przyszło, przy powrotnem nasileniu choroby, do połowiczego porażenia i zaburzeń opuszkowych (bulbarnych) i psychicznych, (śmierć w 3 miesiące); w drugim napadowo pojawiająca się duszność (ucisk na tchawicę), zmusiła do usunięcia jednostronnego wola, po którem w 12 godzin nastąpił zgon.

Używając ulepszonych sposobów barwienia, znalazł D. w tym pierwszym przypadku rozległe zmiany mózgo-rdzeniowe, bo schorzenie nierównomierne całej kory, częściowe zstępujące zwyrodnienie dróg piramidalnych, przednich sznurów i komórek zwojowych na dnie komory IV.

D. jest też stanowczym przeciwnikiem zabiegów chirurgicznych w chorobie Basedowa. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

A. Pick. **O zaburzeniach w oddawaniu stolca, spowodowanych przez wpływy psychiczne.** (*Wien. klin. Woch.* Nr. 20, 1900). Analogicznie do zaburzeń w czynnościach pęcherza, dotyczących wydalania moczu, a spowodowanych przez pewne wpływy psychiczne, istnieją także podobne zaburzenia, odnoszące się do czynności oddawania kału. Autor opisuje przypadek przez siebie spostrzegany, w którym 50 letni mężczyzna nie mógł w obecności osób drugich oddać stolca, mimo największego natężenia. Z chwilą zaś, gdy był sam, stolec bez trudności odchodził. Cierpienie to rozpoczęło się w wieku młodocianym, a dopiero znacznie później dołączyły się do niego podobne zaburzenia ze strony narządu moczopłciowego. W dalszych okresach choroby nie tylko obecność osób innych, ale nawet samo wyobrażenie o ich możliwej obecności, nie dozwalały choremu oddawania kału i moczu. Dopiero przez zajęcie uwagi czytaniem mógł on powyżej wymienione czynności fizyologiczne wykonywać. *Dr. E. M.*

Aron. **Czy w szpitalach potrzeba osobnych oddziałów dla suchotników?** (*Berl. klin. Wochs.* 1900 Nr. 21). Autor utrzymuje, że osobne oddziały dla suchotników są w szpitalach zbyteczne, a to z następujących powodów. Opisane dotąd przypadki zakażenia się chorych w szpitalu są tak nieliczne, że należałoby dopiero zebrać obfitsze dane, zwłaszcza od lekarzy praktycznych, badających chorych po wyjściu ze szpitala, aby módz zabrać jasnego o rzeczy wyobrażenia. Jeżeli zakażenia się w szpitalu gruźlicą są u lekarzy i służby szpitalnej stosunkowo częstsze to, wynikać może tylko stąd, że są oni zajęci w szpitalu całemi latami i bez porównania więcej narażeni na zetknięcie się z zarazkiem (badanie, zwłaszcza krtani, manipulacye z plwocinami i kałem i t. p.). Nadto przypadki zakażenia się w szpitalu, dotąd opisane, są nietylko nieliczne, ale i wątpliwe, lub odnoszą się do chorych, przebywających w szpitalu nadmiernie długo (2 lata). Wreszcie pamiętając o gruźlicy utajonej, należy przypadki takie uważać bądźcobądź za wyjątkowe, a na podstawie wyjątków nie mamy prawa skazywać chorych z początkami suchot na przykry i przygnębiający widok otoczenia, złożonego z samych suchotników, tem bardziej, że przeceniając niebezpieczeństwo zakażenia się w szpitalu, należałoby chyba sądzić, iż żaden suchotnik nie może się wyleczyć w stosownym oddziale lub zakładzie, bo go czeka niezawodnie ponowne zakażenie. *C.*

C. A. Ewald. **Leczenie hetolem.** (*Berl. kl. Wochs.* 21, 1900). Zachęcony wynikami Landerera, stósował Ewald hetol (cynamonian sodowy) śródżylnie (vena mediana) w 25 przypadkach gruźlicy, — w dawkach od 1—15 mgr. Wstrzykiwania powtarzał co drugi dzień przez dłuższy lub krótszy czas (18—316 dni). Z tych 25 przypadków otrzymał niezaprzeczony wynik dodatni (co do gruźlicy) w 4 przyp.: poprawę, (którą zwykle zresztą w szpitalu bez jakiegokolwiek leczenia się osiąga) w 5 przyp.; brak wyniku dodatniego, przy przycichnięciu sprawy chorobowej w 6 przyp.: a wreszcie przebieg choroby niepowstrzymany w rozwoju w 10 przypadkach.

Wynik dodatni, co do sprawy gruźliczej w płucach, został okupiony, (jak sekcya jednego przypadku okazała) ciężkiem tłuszczowem zwyrodnieniem prawego serca. Przypadek ten dotyczył chorego, który najdłużej, bo 316 dni, był w leczeniu i dostał 70 wstrzyknięć. Chory ten zmarł wśród objawów gruźlicy i tylko na kilka dni przed śmiercią nie znajdowano u niego w plwocinie prątków gruźliczych. Sekcya wykazała zaciągnięcia łącznotkankowe w obu płucach i liczne ogniska łupkowatego (schiefrig) zagęszczenia.

E. poleca hetol dalszym badaniom. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Abel i Buttenberg. **Wpływ pleśni na arsen i jego połączenia. Wykazanie arsenu sposobem biologicznym.** (*Ztschr. f. Hygiene u. Infectionskrank.* T. XXXII, 1899, Z. 3). Gosio wykazał pierwszy, że rozmaite pleśnie posiadają zdolność zamieniania stałych połączeń arsenu na lotne, chemicznie wykazać się dające połączenia o właściwej sobie woni czosnku. G. starał się przeto wyzyskać tę właściwość dla wykrycia arsenu w różnych substancyach, w tym też celu zaprawiał te ostatnie pożywkami, dobremi dla rozwoju pleśni, poczem zasiewał na nich tzw. pleśń arsenową. Jeśli przy wzroście pleśni występował charakterystyczny dla lotnych połączeń arsenu zapach czosnku, to badana substancya zawierała arsen, w przeciwnym razie go nie było; badania, przeprowadzone z innemi ciałami, jak fosfor, antymon i t. d.. nigdy tych wyników nie dawały. Szereg autorów potwierdził badania G., przy czem najlepiej nadawało się z pleśni do tego rodzaju doświadczeń *Penicillium brevicaule*, obok innych, jak *Aspergillus glaucus*, *virescens*, *niger* i *virens*, *Mucor ramosus* i t. d. Jako pożywki używa się z najlepszym skutkiem papki z chleba razowego (mięszanina 75% grubej mąki pszennej i 25% mąki żytniej). Abel i Buttenberg przeprowadzili liczne doświadczenia z najrozmaitszymi przedmiotami, służącymi do codziennego użytku, środkami spożywczymi, z narządami zatrutych zwierząt, treścią pokarmową, moczem i t. p. i dochodzą na mocy tego do przekonania, odnośnie do praktycznego znaczenia tej przez nich biologiczną nazwanej metody, iż daje się ona we wszystkich przypadkach zastosować, a jest znacznie czulszą od metod chemicznych Bettendorfa, Marsha i Gutzeita. Dodatnią stroną tego sposobu jest i to, że zapomocą niego można dużą ilość istot, podejrzanych o zawartość arsenu, w krótkim czasie zbadać, a nadto daje się wykazać charakterystyczna woń nawet po upływie kilku tygodni. Sposób ten nadaje się dla celów lekarskich i sanitarno policyjnych, w przypadkach otrucia zaś doskonale jako próba wstępna. (Do tych samych wyników doszedł prof. Bujwid. p. *Przegl. lek.* 1899, Nr. 9. *przyp. ref.*) *Horoszkiewicz.*

J. Babiński. **Rozróżnienie porażenia połowiczego histerycznego od organicznego.** *(Gazette des hôpitaux* 1900 Nr. 52, 53). Od szeregu lat poszukując cech rozpoznawczych wśród objawów samego porażenia bez uciekania się do objawów, spotykanych obok porażenia, a przypadkowych i niestałych, doszedł obecnie B. do wyników ze wszech miar zadawalniających i stwierdza, że rozróżnienie porażeń histerycznych od organicznych jest właśnie na obranej przez niego drodze nietylko możliwe, ale co więcej stanowcze i niewątpliwe. Całokształt badań swoich zestawia B. w formie wykładu, w którym roztrząsa po kolei ważniejsze, przez siebie wykryte objawy rozpoznawcze, a który kończy następującem krótkiem zestawieniem najwybitniejszych znamion rozróżniających:

Porażenia połowicze organiczne: 1) ograniczają się do jednej strony ciała; 2) nie przedstawiają typu tzw. porażeń systematycznych. Przy niedowładzie połowiczym np. twarzy, strona porażona przedstawia wyraźnie objawy niedowładu w czasie ruchów współrzędnych w symetrycznych gromadach mięśni; 3) porażone są zarówno ruchy dowolne i świadome, jak i ruchy nieświadome lub napół świadome; na tem polegają dwa objawy, wykryte przez Babińskiego, mianowicie tzw. *„signe du peaucier"* to jest wybitniejsze występowanie skurczu mięśnia podskórnego szyi po stronie zdrowej przy pochylaniu głowy i t. d. (zwłaszcza z oporem), oraz tzw. *„flexion combinée de la cuisse et du tronc"*, to jest zgięcie w stawie biodrowym i odrywanie się nogi od poziomu w chwili siadania (bez pomocy rąk) chorych, leżących poziomo. 4) Język wogóle zbacza lekko po stronie porażonej. 5) Szczególnie w początkowych okresach obniża się napięcie mięśni porażonych (*hypotinicité musculaire*), co objawia się obniżeniem brwi i t. d., a na kończynach górnych głównie tzw. „nadmiernem zgięciem przedramienia", (dającem się zgiąć bez porównania znaczniej, niż po stronie zdrowej); 6) odruchy ścięgnowe i okostnowe często już od samego początku są zmienione i to albo zniesione lub osłabione, albo wygórowane. W dalszym ciągu w przeważnej liczbie przypadków występuje drganie padaczkowate stopy. 7) Odruchy skórne są również wogóle zmienione; odruch brzuszny i mosznowy są zwykle zwłaszcza w początkach, zniesione lub osłabione. Nader ważnym objawem jest przewrotny odruch podeszwowy, tzw. objaw paluchowy (palce stopy, przedewszystkiem wielki, prostują się, zamiast zginać, przy drażnieniu podeszwy. Obacz: *Przegl. lek.* i *Semaine méd.* 1898 oraz liczne prace innych autorów, potwierdzające wyniki badań B.). 8) Przykurczenia mają znamienne wejrzenie, nie dające się naśladować przez dowolny skurcz mięśni. 9) Rozwój porażeń odbywa się według stałych prawideł; przykurczenia następują po zwiotczeniu; polepszenie postępuje stopniowo i powoli; w stanie porażenia nie ma nagłych zmian i wahań.

Porażenia połowicze histeryczne: 1) Nie zawsze są czysto jednostronne, zwłaszcza w porażeniu twarzy bierze udział często i druga strona. 2) Porażenie jest często tzw. systematyczne, zwłaszcza na twarzy. Np. ruchy jednej strony twarzy mogą być zupełnie zniesione, a mimo to mięśnie na pozór porażone działają zupełnie prawidłowo przy ruchach współrzędnych, które dowolnie można wykonać tylko równocześnie po obu stronach. 3) Ruchy nieświadome lub napół świadome odbywają się prawidłowo; stąd brak obu powyżej wymienionych objawów porażenia organicznego (*„signe du peaucier"* i *„flexion combinée de la cuisse et du tronc"*). 4) Język zbacza niekiedy lekko po stronie zdrowej. 5) Brak obniżenia napięcia mięśni (*hypotoniciti musculaire*) i wywołanych przez nią objawów; jeżeli zaś istnieje np. asymetrya twarzy, to wywołaną jest przez kurcz, a nie przez obniżenie napięcia mięśni. 6) Odruchy ścięgnowe i okostnowe są prawidłowe: drganie padaczkowate stopy nie pojawia się. 7) Odruchy skórne nie zmieniają się; brzuszny i mosznowy są zwykle prawidłowe; niema objawu paluchowego. 8) Przykurczenia dają się naśladować dowolnym skurczem mięśni. 9) Przebieg jest kapryśny; porażenie może być bardzo długo wiotkie lub odrazu występują przykurczenia: zdarzają się wielkie i nagłe wahania w natężeniu i postaci porażeń. *C.*

Prof. Ipsen: **Dalszy przyczynek do widmowego wykrycia krwi.** *(Ztschrft. f. g. M.* III, F. T. XIX, Z. 1, 1900). Doświadczenia autora wykazały, że do wyługowania barwika krwi nadaje się octan potasowy w połączeniu z alkoholem, stanowiący składnik trzeciego płynu Kaiserlinga, służącego do przechowywania preparatów w barwach naturalnych. Barwik krwi przechodzi przy stałej ciepl. 38—40° C. w rozczyn jak hematyna alkaliczna, zmieniająca się za dodaniem siarczku amonu na hemochromogenę.

Horoszkiewicz.

Schäffer: **Krwawienia zastępcze i ich znaczenie sądowo-lekarskie.** *(Vjschr. f. g. M.* III. F. XIX. T. Z. 1. 1900.). Dziewczyna 20-letnia, gruźlicą nie obciążona, poczęła po usiłowanem jej zgwałceniu pluć krwią. Krwioplucie powtórzyło się po upływie 5 tygodni z taką siłą, iż skutkiem znacznej utraty krwi musiała się udać do szpitala. W ośm tygodni później wystąpił świeży krwotok, poczem krwioplucie trwało przez sześć dni.

Badanie płuc nie wykazało żadnych zmian, któreby to objawy tłómaczyć mogły, a autorowi, jako znawcy sądowemu, wypadło odpowiedzieć na pytanie, czy między krwiopluciem, względnie wymiotami krwawemi, a wspomnianem usiłowanem zgwałceniem istnieje związek przyczynowy. Na zapytanie podała badana, że w czasie usiłowanego jej zgwałcenia straciła ze strachu przytomność, tak, iż bronić się nie mogła, i że regularne i obfite miesiączkowanie stało się od tego czasu wybitnie skąpe. Na mocy tych wywiadów, jak i ujemnego wyniku badania narządów wewnętrznych, w szczególności płuc, oświadczył autor, iż krwawienia były zastępczemi, a wywołane zostały silnym urazem psychicznym. Tego rodzaju krwawienia z narządów, chorobą niedotkniętych, były w ostatnich czasach niejednokrotnie zauważane, a z uwagi na wywołującą je przyczynę, nazwano je „angioneurotycznemi". Spostrzeżenie to ma dla sądowo-lekarskiej oceny zgwałcenia o tyle znaczenie, o ile wykazanie związku między gwałtem a zmianami w miesiączkowaniu daje podstawę do uwierzenia zgwałconej, że ze strachu nie była w stanie się bronić. *Horoszkiewicz.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 25. kwietnia 1900.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan.

1) Odczytano i przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. prof. Wachholz zdaje sprawę z pisma Dra Janiszewskiego z Zakopanego, w którem tenże zwraca się do Towarzystwa lek. krak. celem uzyskania opinii w sprawie swego wniosku, który ma przedłożyć Wydziałowi Krajowemu, a który dotyczy uzyskania zakazu palenia węglem w Zakopanem. Kol. sprawozdawca proponuje poprzeć gorąco wniosek Dra Janiszewskiego.

Kol. Bier sądzi, że wniosek Dra Janiszewskiego, żądający usunięcia palenia węglem, staje w poprzek postępowi. Zdaniem kol. Biera Dr. Janiszewski starać się powinien o uzyskanie z Wydziału Krajowego polecenia urządzenia dobrych palenisk, gdyż szkodliwość dymu zależy nie tyle od jakości materyału, użytego do opału, ile od jakości urządzenia palenisk. Stawia też wniosek, by Tow. lek. krak. wydało w tym duchu swą opinię.

Po przemówieniach kol. Doc. Seńkowskiego i kol. prof Wachholza przyjęto wniosek kol. sprawozdawcy.

3) Kol. sekretarz odczytuje list kol. Stanisława Kwiatkowskiego przesłany na ręce kol. przewodniczącego z prośbą, by Tow. lek. stosownie do brzmienia § 50 statutu wzięło go w obronę wobec nieprzychylnych dla niego komentarzy z powodu umieszczonego w »Słowie polskiem« pod jego sprostowaniem dodatku: »Jak się dowiadujemy, elewem tym jest Dr. Adam Schmidt« i wobec notatek w dziennikach warszawskich, wymieniających jego nazwisko, jako tego, który się pomylił w zastosowaniu dawki kolchicyny u wiadomych chorych w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych.

Kol. prof. Jordan podaje do wiadomości wynik rozpraw komitetu w tej sprawie streszczający się w sposób następujący: Komitet doszedł do przekonania, że kol. Stanisław Kwiatkowski nie miał nic wspólnego z umieszczeniem wspomnianego powyżej dodatku i że wogóle jest w tej całej w sprawie czysty; co do drugiego punktu, to umieszczanie sprostowań w dziennikach warszawskich przekracza granice kompetencyi Tow. lek.

4) Przyjęto jednogłośnie na członka Towarzystwa kol. Stefana Horoszkiewicza (26 głosujących).

5) Kol. Stanisław Dobrowolski (streszczenie własne). »Cztery przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, dokonane w bieżącym roku szkolnym w klinice położniczej Prof. Jordana« W roku 1897 podał Fritsch modyfikacyę cięcia macicy przy cięciu cesarskiem zachowawczem, polegającą na poprzecznem przecięciu macicy w dnie, mniej więcej w rozległości przyczepu trąbek. Modyfikacya ta zdaniem Fritscha przedstawia następujące zalety: 1) chroni od wytwarzania się następowych przepuklin brzusznych; 2) umożliwia łatwiejsze przeprowadzenie czystości; 3) z rany macicy znacznie mniej krwawi, aniżeli przy cięciu podłużnem; 4) łatwe wydobycie płodu i popłodu; 5) znaczne zmniejszenie się rany po wydobyciu jaja płodowego; 6) możność operowania bez wyłuszcze-

nia macicy. Od pierwszej próby Fritscha do dnia dzisiejszego operowano w ten sposób już około 70 razy, a doświadczenie zebrane stworzyło znaczny zastęp zwolenników i znacznie mniejszą ilość przeciwników tego sposobu operowania. Zwolennicy stwierdzają wszystkie zalety, na które Fritsch zwrócił uwagę, a prócz tego znachodzą, że operować jest lepiej w ułożeniu według Trendelenburga i że bardzo łatwo przebiega zespolenie rany, utworzonej w macicy. Przeciwnicy Fritscha obawiają się zbytnio następowych zrostów macicy z żołądkiem, względnie jelitami, trudności w wydobywaniu jaja płodowego i zakażenia ogólnego otrzewnej w razie zropienia któregokolwiek ze szwów

W klinice Prof. Jordana sposobem Fritscha operowano cztery razy. Przypadek pierwszy dotyczył pierwiastki, dotkniętej bardzo znacznemi zmianami krzywicowemi całego kośćca, garbem (*kyphoscoliosis*) w dolnym odcinku kręgosłupa piersiowego z odpowiedniem wyrównaniem w odcinku lędzwiowym, miednicą ogólnie ścieśnioną, płaską, krzywiczą, niepomiarową, gdzie wymiar prosty wchodu wynosił zaledwie 6·5 ctm. Podczas pierwszego okresu porodowego, który przebiegał zupełnie prawidłowo, główka wstawiała się do wchodu ciągle ciemiączkiem bocznem Gassera. Rodzącą można było rozwiązać tylko drogą cięcia cesarskiego albo czekać na wskazanie ze strony matki i dokonać bardzo ciężkiego wymóżdżenia. Wobec zupełnie dobrego stanu ogólnego matki i płodu postanowiono poród ukończyć przez cięcie cesarskie. Operowano w ułożeniu chorej poziomem, cięcie, w 5 minut po wstrzyknięciu ergotyny, poprowadzono w powłokach brzusznych w tej samej rozległości nad, jak pod pępkiem. Z otwartej jamy brzusznej wytoczono macicę, więzy uciskano bardzo lekko palcami. Cięcie macicy było w dnie poprzeczne na $^1/_2$ ctm. poniżej przyczepu obu trąbek, szerokości odpowiadającej odległości ujść macicznych trąbek. Wytoczenie płodu jak i popłodu było bardzo łatwe, z rany macicznej krwotoku prawie nie było żadnego, natomiast po wydobyciu jaja płodowego dosyć obfity krwotok z niedowładu. Szycie rany macicy bardzo przyjemne z powodu dobrego dostępu i łatwej ciągliwości otrzewnej. Płód wydobyty, 48 cm. długi, ważył 3350 i był zupełnie omdlały.

Przypadek drugi dotyczy również pierwiastki z miednicą ogólnie ścieśnioną, płaską, krzywiczą (wymiar prosty wchodu wynosił 7 ctm.) z naroślą kostną na spojeniu łonowem. W 10 godzin od rozpoczęcia się bólów porodowych, a w 5 godzin po pęknięciu pęcherza, zbliżało się szybkim krokiem wskazanie do ukończenia porodu, przy ujściu zewnętrznem, drożnem dla trzech palców, główce wysoko nad wchodem umieszczonej. Ponieważ stan ogólny matki i płodu był bardzo dobry, ukończono poród cięciem cesarskiem. Operowano według sposobu Fritscha, tylko w ułożeniu według Trendelenburga, bez wytaczania macicy i bez ucisku na więzadła. Przy operacyi stwierdzono ponownie wszystkie zalety cięcia poprzecznego. Krwotoku z niedowładu w tym przypadku nie było. Skutkiem uporczywego kaszlu w 13 dniu po operacyi, a w drugim dniu po wyjęciu szwów z powłok, nagle chorej pękła w górnym odcinku zlepiona już rana, a brzegi jej rozstąpiły się na szerokość dłoni. Wypadnięta sieć wypełniła ranę i do 6 tygodni wgoiła się w ranę tak, że operowana opuściła klinikę z blizną wcale nierozległą.

Trzeci przypadek dotyczy wieloródki, która rodziła raz przed dwoma laty. Siłami natury urodziła po 4 dniach płód nieżywy, a jako następstwo tego przydługiego porodu pozostała jej przetoka pochwowo-pęcherzowa wielkości talara, zupełne przedarcie krocza, zbliznowacenie całej pochwy i ubytek $^2/_3$ górnych cewki moczowej. Z tymi objawami zgłosiła się w trzy miesiące po porodzie do kliniki prof. Jordana. Stosunki wytworzone przez poród były takie, że niepozostało nic innego do zrobienia, jak zeszycie niskie poprzeczne pochwy (colpocleisis) i zeszycie krocza. Wszystko przygoiło się po operacyi dobrze, tylko w linii zeszycia pochwy pozostała przetoka, drożna dla zwykłej sondy macicznej. Chora miała się zgłosić po upływie trzech miesięcy do poprawki zeszycia pochwy, nie uczyniła jednakże tego, i zgłosiła się dopiero w końcu ciąży. Z wywiadów można się było dowiedzieć, że po wyjściu z kliniki zaszła wkrótce i poroniła po dwóch miesiącach. Danych co do ostatniej regularności lub pierwszych ruchów płodu podać nie umie. Ciężarna przybyła do kliniki dopiero, skoro wystąpiły objawy przedwczesnego odklejenia się łożyska. — Po przybyciu jej do kliniki stwierdzono początek dziesiątego miesiąca ciąży u kobiety, dotkniętej nieznacznego stopnia naciekiem gruźliczym w szczycie prawym, miednicą we wchodzie prawidłową, ścieśnioną zaś najprawdopodobniej we wychodzie. Przy badaniu wewnętrznem napotkano zaułek pochwowy, mniej niż na falangę długi, w szczycie zaułka otwór dla palca wygodnie drożny, prowadzący do pochwy, zmienionej jak opisano poprzednio. Przednia warga części pochwowej na $^1/_4$ falangi długa, tylnej zupełny brak, ujście zewnętrzne drożne dla dwóch palców, pęcherz utrzymany, nad wchodem główka. Rozwiązanie w tym przypadku możliwe tylko drogą cięcia cesarskiego albo sposobem Porro, albo zachowawczym. Wybrano ten drugi ze względu, że płód, który miał być obecnie wydobyty, był niedonoszony, a operować trzeba było zaraz z powodu objawów przedwczesnego odklejenia się łożyska; matka chciała mieć koniecznie potomstwo, postanowiono jej przeto nie pozbawiać macierzyństwa. Gruźlica płuc była bardzo niedaleko posunięta i można było się spodziewać, że w zupełności przycichnie, przeto nic nie stanie na przeszkodzie następnemu zastąpieniu.

Operowano zupełnie podobnie, jak w przypadku drugim, i stwierdzono ponownie wszystkie zalety sposobu Fritscha. Po wydobyciu płodu powstał jednakże silny krwotok i niedowład macicy.

Ostatni wreszcie przypadek z kliniki dotyczy również wieloródki ze zbliznowaceniem pochwy. Rodziła ona raz przed trzema laty, poród ukończył się po trzech dniach urodzeniem płodu nieżywego. W połogu przebyła ropnicę i przez 8 tygodni po porodzie chorej mocz oddawała drogą pochwy. Wyleczenie przetoki nastąpiło samoistnie, poczem chora przez rok zupełnie nie miesiączkowała. Po roku bóle miesiączkowe (*molimina*) w czterotygodniowych odstępach czasu, po 7 dni trwające, pojawiały się bez żadnego krwawienia drogą pochwy; natomiast wśród bolów wytworzył się guz nad spojeniem. Przy czwartym z rzędu napadzie bólów guz nagle się zmniejszył, gdyż drogą pochwy odeszła duża ilość cieczy mazistej. Z powodu tych przypadków leczoną była przez kol. Doc. Dr. Brauna. Stwierdził on całkowite zarośnięcie pochwy z powodu zbliznowaceń, a wśród nich otworek, drożny tylko dla sondy. Rozszerzaniem systematycznem przeprowadził kol. Braun przez zwężenie rozszerzadło Hegara Nr. 7, poczem chora miesiączkowała bez żadnych dolegliwości, wkrótce też zastąpiła. Po upływie ośmiu miesięcy ciąży zgłosiła się do kol. Brauna, który począł rozszerzać zwężenie w pochwie. Po tygodniowem rozszerzaniu ciężarna dostała rytmicznych bolów i z tego powodu przeniesiono ją do kliniki. Badanie wykazało ciężarną w IX m. ks. ciąży z miednicą ogólnie ścieśnioną II stopnia, płód żyjący, w pochwie na falangę poza wejściem do pochwy lejkowate zwężenie, a w jego szczycie otworek, w który daje się wtłoczyć koniec opuszki palca; dalsze badanie niemożliwe. — Bóle na razie udało się uspokoić. — W dwa tygodnie stwierdzono w uśpieniu, że zwężenie w pochwie da się na tyle rozszerzyć każdej chwili, że odpływ odchodów połogowych będzie zapewniony. Skoro zbliżył się kres ciąży, raz i drugi założono balonik Barnesa Nr I, który odpowiednio rozszerzył zwężenie. Skoro rozpoczął się poród, dokonano cięcia cesarskiego sposobem Fritscha, przyczem znowu stwierdzono wszystkie jego zalety. Krwotok atoniczny i przy tej operacyi miał miejsce, jednakowoż był on bardzo nieznaczny.

Wyniki otrzymane w klinice Prof. Jordana przy operowaniu według sposobu Fritscha pozwalają twierdzić, że: 1) operować najlepiej w ułożeniu według Trendelenburga bez wytaczania macicy i ucisku więzadeł, 2) z rany macicy nie ma prawie żadnego krwawienia, 3) wydobycie płodu i popłodu jest łatwe, 4) po wydobyciu jaja płodowego rana macicy znacznie się zmniejsza, 5) szycie macicy tak warstw głębokich, jak i otrzewnej jest nadzwyczaj przyjemne i łatwe. — Wybór cięcia zupełnie natomiast nie wpływa na ilość i jakość krwotoków z niedowładu macicy.

W dyskusyi zabierają głos: Kol. prof. W a c h h o l z zaznacza, że dwa ostatnie przypadki są nader ciekawe, a to ze względu, iż mimo przetoki pęcherzowo-pochwowej nastąpiło zapłodnienie; w obu tych przypadkach, zdaniem mówcy, wskazaną była z punktu widzenia medycyny sądowej raczej operacya Porro, niż konserwatywna metoda Fritscha.—Kol. Tymoteusz P i o t r o w s k i opisuje przypadek cięcia cesarskiego metodą Fritscha z oddziału prof. Rosnera i podnosi, że ze względu na jelita lepiej jest operować *in situ*.

Kol. Doc. B r a u n (streszczenie własne). Jak z przedstawienia Kol. Dobrowolskiego widzimy, to i doświadczenia w krakowskiej klinice położniczej wypadły na korzyść cięcia poprzecznego Fritscha i potwierdzają zdanie wielu autorów, którzy twierdzą, że modyfikacya cięcia, podana przez Fritscha, posiada nieco stron dodatnich i zasługuje na powszechne zastosowanie. Czy atoli z czasem zaniechamy dawniej używanego cięcia podłużnego, a będziemy posługiwać się tylko cięciem poprzecznem, w dnie macicy poprowadzonem, to o tem dopiero liczniejsze doświadczenia rozstrzygnąć mogą; — dzisiaj tylko możemy

zestawić oba cięcia i przekonać się, że cięcie poprzeczne ma obok wielu dodatnich i ujemne strony w porównaniu z cięciem podłużnem. Jeżeli uwzględnimy, w jak gęstą sieć naczyń krwionośnych jest zaopatrzona macica podczas ciąży, to zrozumiemy łatwo, że każde przerwanie łączności macicy, czy to będzie przekłócie, rozdarcie, czy wreszcie rozcięcie ostrem narzędziem, będzie połączone ze znacznem krwawieniem. Nic zatem dziwnego, że podczas cięcia cesarskiego, kiedy dla wydobycia ciała tak dużego, jak jest płód donoszony rozciąć musimy macicę na znacznej przestrzeni, mamy do czynienia zawsze ze znacznym ubytkiem krwi, — dlatego cięcie cesarskie, choć należy dziś do najwięcej typowo dających się wykonać zabiegów położniczych, jest przecież dzisiaj dla rodzącej zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym. Niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego leży raz w łatwości zakażenia, powtóre w utracie znacznej ilości krwi. — Zakażenie jest albo pierwotne jeśli wśród operacyi zaniedbaliśmy spełnienia ścisłego zasad antywzględnie aseptyki, albo następowe, jeżeli zatrzymane części popłodu ulegną rozkładowi, lub wreszcie odchody połogowe przedostaną się przez ranę maciczną do jamy brzusznej. — Podczas gdy zakażeniu pierwotnemu możemy zapobiedz przez zachowanie idealnej czystości w ciągu całej operacyi, i to z jednakową ścisłością i łatwością tak przy cięciu poprzecznem jak i podłużnem, to co do zakażenia następowego odmiennie się ma rzecz przy cięciu poprzecznem, niż przy podłużnem. Jeżeli bowiem stwierdzimy przy cięciu poprzecznem brak błon płodowych, to wchodzimy do worka macicznego przez ranę, jakby otwór kieszeni i za pomocą dotyku staramy się odszukać resztki utrzymanych błon.—Każdy, kto wyjmował ręką, wprowadzoną do macicy zatrzymane błony, przyzna, że wtedy z łatwością przyjdzie mu wyjąć błony, jeżeli one sterczą w postaci szmat do jamy macicy. — Jeżeli zaś błony przylegają szczelnie do macicy, to ręka niepotrafi rozstrzygnąć, gdzie leżą błony, bo ściana macicy bez błon, jak i z błonami przyczepionemi, przedstawia zawsze powierzchnię gładką. Tu zatem najlepiej wyrobiony dotyk błon nie odkryje. Inaczej rzecz się przedstawia przy cięciu podłużnem, gdzie macicę od góry do dołu wzdłuż całej jej długości rozcinamy niemal na 2 połowy, które nietylko wymacać, ale i oglądnąć wszędzie dokładnie możemy. Tu wydobycia utrzymanych błon dokonujemy nietylko za pomocą dotyku, ale i pod kontrolą wzroku. — By odchody połogowe z macicy nie przedostawały się do brzucha, powinna rana macicy być szczelnie zespojona. Jakkolwiek brzegi dna przy cięciu poprzecznem są grubsze i po zespojeniu na znacznej przestrzeni ze sobą się stykają, to można i przy cięciu podłużnem zespoić dokładnie brzegi macicy, byle tylko główną wagę kłaść na założenie szwu surowiczego, który najwięcej chroni jamę macicy od zetknięcia się z jamą brzuszną. — Jakże wreszcie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli nastąpiło zakażenie rany macicy; wtedy przy cięciu poprzecznem styka się rana zanieczyszczona nietylko z siecią i kiszkami, ale jest znacznie oddalona w bok od rany brzusznej, gdy znowu przy cięciu podłużnem leży rana macicy tuż przy ranie brzucha, z takową się łatwo zrasta, i ropa z łatwością się przebić, względnie wypuszczoną być może. Ze względów na te możliwe powikłania, jak wydobycie resztek popłodu i zakażenie rany macicznej, przedstawia cięcie podłużne więcej korzyści, aniżeli cięcie poprzeczne. — Przypatrzmy się teraz drugiej komplikacyi t. j. krwotokowi, jaki towarzyszy każdemu cięciu cesarskiemu. Krwawienie to powstaje najpierw z rozcięcia ściany macicy a następnie z niedowładu macicy. Krwotok, o ile pochodzi z przecięcia macicy, zależy przedewszystkiem od ilości przeciętych naczyń i będzie tem większy, im więcej unaczynione miejsce macicy zostanie rozcięte. Jeżeli przypomnimy sobie tablice kol. prof. Kostaneckiego, przedstawiające rozmieszczenie naczyń macicznych, to widzimy, że macica jest jakby w ramach umieszczona pomiędzy tętnicami macicznemi, biegnącemi po obu bokach macicy. Od tych dwóch głównych pni odchodzą prostopadłe gałęzie i wchodzą w miąższ macicy, zdążając ku jej środkowi Zdaje się jak gdyby, w samym środku było miejsce mało, lub wcale nieunaczynione Z tego rozmieszczenia naczyń wynikaćby powinno, że rozcięcie macicy w tem środkowem miejscu, które jest niejako zaznaczeniem, gdzie się zrosły oba kanały Müllera, zanim z nich powstała jedna macica, będzie połączone z nieznacznem krwawieniem i wskutek tego cięcie podłużne powinno mieć więcej uzasadnienia, niż cięcie poprzeczne, które przecina dno, zaopatrzone w grubą sieć naczyń, odchodzących tak od tętnic macicznych, jak i jajnikowych. Wprawdzie przecina się przy cięciu poprzecznem równolegle do przebiegu naczyń i później szew przypada prostopadle do naczyń i łatwiej krwotok tamuje — to jak sądzę nie ma tak znacznego wpływu, skoro tak po cięciu poprzecznem, jak i podłużnem, tamujemy krwotok przez zespojenie brzegów rany, — Obok naturalnego rozmieszczenia naczyń wpływa na wielkość krwotoku i usadowienie się łożyska, bo w tem miejscu, gdzie się łożysko rozwija rozwija się więcej naczyń. Wobec tego, że łożysko częściej jest usadowione na przedniej ścianie, aniżeli na dnie, należałoby raczej rozciąć poprzecznie dno macicy, niż przednią ścianę podłużnie. Po rozcięciu macicy krew wylewa się obficie z rozciętych naczyń i to w obfitej ilości tak długo, dopóki jama macicy nie wypróżni się z jaja płodowego i nie skurczy się należycie. Stąd, im krócej trwa okres wydobycia płodu i popłodu, tem mniejsza będzie strata krwi rodzącej. Wydobycie płodu w położeniu czaszkowem jest jednakowo łatwe przy jednem i drugiem cięciu; przy pośladkowem trudniejsze wydobycie po poprzecznem cięciu, a bardzo trudne przy położeniu płodu poprzecznem. Stąd wydobycie płodu przy cięciu poprzecznem, a położeniu płodu poprzecznem i pośladkowem trwa dłużej, stąd większa strata krwi. Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedno utrudnienie w wydobyciu płodu na zewnątrz, nawet przy położeniu główkowem. Zdarza się nieraz, że po odpływie wód płodowych ulega skurczowemu ściągnięciu okolica ujścia wewnętrznego i wskutek tego następuje obciśnienie się ujścia macicy około szyjki płodu tak znacznego stopnia, że płodu ani przez pochwę na zewnątrz kleszczami wydobyć nie można, ani też przez ranę maciczną, jeżeli podobna komplikacya zdarzy się przy cięciu cesarskiem. Jeżeli zaś wystąpi to przy cięciu poprzecznem to musimy dodatkowo rozciąć macicę podłużnie i to tak nisko, aby owo ściśnienie kurczowe ujścia usunąć, podczas gdy od razu rozcinając macicę podłużnie, możemy już przy cięciu znieść owo ścieśnienie kurczowe. — Okres zatem wydobywania płodu i popłodu trwa znacznie dłużej przy cięciu poprzecznem, niż przy podłużnem, stąd i strata krwi większa, niż po cięciu podłużnem Z chwilą wydobycia jaja płodowego zaczyna się macica kurczyć, brzegi rany stają się krótkie i grubsze, a przez skurcz brzegów naczynia ulegają zaciśnieniu i krwotok ustaje. Im będzie miejsce rozcięcia macicy grubsze, tem brzegi energiczniej się ściągają i łatwiej ustaje krwawienie. Tą myślą kierując się Cohnstein polecał rozcinać macicę na tylnej ścianie, Müller zaś cięciem podłużnem samo dno macicy, uważając te okolice macicy za najgrubsze. Z tego względu musimy cięcie poprzeczne Fritscha w dnie uważać za korzystniejsze, niż cięcie poprzeczne, przy którem obok trzonu rozcinamy i cienkie ściany dolnego odcinka macicy, zatem brzegi są mniej kurczliwe, Wreszcie krwawienie dopiero ustaje zupełnie z chwilą, kiedy ranę zespoimy. Brzegi grube po cięciu poprzecznem lepiej dadzą się zespoić, niż cienkie po cięciu podłużnem. Po zespojeniu rany, nieraz najdokładniejszem, mamy do czynienia z krwotokiem z powodu niedowładu macicy. Co daje powód do atonii, tego dzisiaj niewiemy. Obwiniano czas, w którym przystąpiono do cięcia cesarskiego, wychodząc z ułożenia, że im ujście mniej rozwarte, tem skurcze macicy po wyjęciu płodu słabsze. Dlatego zgodzono się, aby wykonywać cięcie z końcem pierwszego okresu porodowego. Przypuszczano dalej, że atonia powstaje z powodu ucisku naczyń macicznych, albo przez ligaturę Müllera na szyjkę macicy położoną wywartego, lub za pomocą rąk asystenta dokonywanego, dlatego ucisku, jako mającego sprowadzać następowe porażenie i krwotok, dzisiaj nie stosujemy. O wywołanie atonii tem trudniej obwiniać kierunek cięcia, bo po obu cięciach krwotok atoniczny powstaje. Wreszcie ze względu na wypadek powtórnego cięcia cesarskiego, łatwiej i bezpieczniej jest otworzyć macicę, która przednią ścianą jest zrośnięta na całej długości z powłokami brzusznemi, aniżeli po cięciu poprzecznem, gdzie styka się macica z powłokami na jednym punkcie. Mimo tych ujemnych stron uważać należy cięcie poprzeczne Fritscha za 1) korzystną modyfikacyę cięcia macicy, 2) za nadające się bezwzględnie w przypadkach, gdzie przednia ściana macicy skurczona, zrośnięta jest z pochwą, lub tylną ścianą pęcherza, jak to się zdarzyć może u osób, które przebyły *vaginofixatio* lub *vesicofixatio*; 3) za nadające się bezwzględnie wtedy, jeżeli przednia ściana macicy jest zajęta włókniakiem; 4) za kwalifikające się względnie tam, gdzie na przedniej ścianie macicy jest usadowione łożysko. W innych przypadkach należy, jak dotąd, stosować cięcie podłużne, które ze względów antyseptyki stoi wyżej, niż cięcie poprzeczne.

Obecnie wracając do poszczególnych przypadków, przedstawionych przez kol. Dobrowolskiego, nie uważałbym w pierwszym przypadku, gdzie wykonano cięcie cesarskie z powodu ścieśnienia miednicy o wymiarze prostym wchodu miednicy 6 ctm., a wymiarze poprzecznym 7 ctm., za wskazanie względne, bo tego rodzaju ścieśnie-

nie jest bezwzględnem, tak że w danym razie jest tylko cięcie cesarskie wskazane, a nie obok cięcia cesarskiego i wymóżdżenie, co stanowiłoby wskazanie względne. Co do trzeciego przypadku, gdzie operowano z powodu rozlicznych blizn w pochwie, przetoki rozległej moczowej i blizny po *kolpokleisis* i nacieku gruźliczego w płucach, wykonałbym obok cięcia cesarskiego zachowawczego jeszcze przecięcie obustronne trąbek, aby zostawiając macicę i jajniki przecież zapobiedz następowej ciąży, która na naciek gruźliczy w płucu chorej może wpłynąć niekorzystnie. Co do czwartego przypadku nasuwa się pytanie bardzo ważne, coby robić należało, gdyby ta kobieta zaczęła była ronić we wczesnych miesiącach ciąży. Wtedy przez drobny otwór w pochwie jajo płodowe niedałoby się wydobyć, więc pozostawałaby jeszcze jedyna droga wycięcia macicy nadpochwowego, które musiałoby być wykonane, gdyby przedtem probowane rozszerzenie miejsca zwężonego nie prowadziło do celu.

Kol. prof. Jordan odpowiada na zarzuty, podniesione przez kol. prof. Wachholza i kol. doc. Brauna przeciw postępowaniu konserwatywnemu w przypadku trzecim, motywując swe postępowanie w następujący sposób: 1) Metoda konserwatywna dawała widoki rychłozrostu, zatem krótkiego przebiegu pooperacyjnego. Przy operacyi metodą Porra wszywa się kikut w powłoki, który się goi *per secundam*, narażać zatem może chorą na ropienie i długie leżenie pooperacyjne, które u danej chorej z naciekiem gruźliczym w szczycie płucnym mogło bardzo niekorzystnie wpływać na stan ogólny. 2) Odgrywały rolę względy pożycia małżeńskiego; kobieta młoda, wcale inteligentna, byłaby nieszczęśliwą i złamaną całe życie, gdyby się jej usunęło macicę. Ponowna ciąża nie przedstawia wielkiego nieszczęścia wobec tego, że dziś cięcie cesarskie nie jest tak niebezpieczną operacyą, jak było dawniej. Najnowsza statystyka wykazuje zaledwo 6% śmiertelności po tej operacyi. Co się tyczy samej metody Fritscha, to do wskazań, jakie podał kol. doc. Braun, musi dodać jeszcze jedno wskazanie bezwzględne, mianowicie trzeba ją stosować w przypadkach, w których pierścień skurczowy stoi wysoko. Do zalet zaś, które wyliczył kol. Dobrowolski dorzucić musi jeszcze jedną, mianowicie bardzo łatwe szycie.

Po zamknięciu dyskusyi naukowej zapytuje kol. Przewodniczący obecnych czy nie mają nic przeciw temu, aby wobec wielkiej ilości zgłoszonych odczytów urządzać posiedzenia naukowe Towarzystwa co tydzień. Po żywej dyskusyi uchwalono na wniosek kol. prof. Ciechanowskiego odroczyć rozstrzygnięcie sprawy do następnego posiedzenia. Na tem zakończono obrady. *Dr. Stanisław Droba*, sekretarz.

VI. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

I.

Monachium nie tylko ze względu na arcydzieła, nagromadzone w Pinakotekach, Glyptotece i innych galeryach, będących własnością publiczną lub prywatną, nie tylko ze względu na opery Wagnera, wystawiane tutaj z pietyzmem dla mistrza narodowego, budzi zainteresowanie; zasługuje ono na baczną uwagę, oraz bliższe poznanie i ze stanowiska lekarskiego. Co się tyczy stosunków uniwersyteckich i szpitalnych, to odsełając czytelnika do szczegółów, umieszczonych w innej mej publikacyi, mam zamiar tutaj podzielić się wrażeniami, jakie odniosłem zwiedzając liczne urządzenia i instytucye, pozostające pod nadzorem władz sanitarnych miejskich.

Jeżeli jeszcze przed laty piętnastu stosunki zdrowotne były tu nie do pozazdroszczenia, a cholera w swych wędrówkach i tu zabierała poważną liczbę ofiar, dur zaś panował nieustannie, to dzisiaj miasto nie bez słuszności może się poszczycić, że jest, jeśli nie pierwszem, to jednem z najpierwszych miast Europy co do zdrowotności, a zawdzięcza to systematycznie przeprowadzonej kanalizacyi, wodociągom i budowie rzeźni miejskiej. Nieoszacowane usługi w tym kierunku oddali: Pettenkoffer, Erhardt burmistrz miasta i Zenetti radca budownictwa miejskiego. W trójcy tej pierwszy był inicyatorem projektów, których doniosłość naukowo udowadniał, drugi niestrudzenie je popierał i popularyzował, trzeci wreszcie objął kierownictwo strony technicznej przedsiewzięć, gdy raz uzyskały odpowiednią sankcyę.

Monachium leży w kotlinie, przeciętej od południowego zachodu ku północnemu wschodowi Izarą i spadającej tarasami ku tejże rzece. Prócz Izary przerzynają miasto liczne mniejsze strumienie, do niej uchodzące. Wierzchnią warstwę gruntu stanowi tu przepuszczalny żwir pochodzenia częściowo napływowego (*Aluvium*), częścią zaś dyluwialnego, spoczywający na warstwie nieprzepuszczalnej marglu, pochodzącego z okresu trzeciorzędnego. Izara wyżłobiła sobie koryto z biegiem czasu w tej warstwie nieprzepuszczalnej. Pod miastem chyżość jej prądu jest stosunkowo wielka, ilość bowiem wody przy wyjątkowo nizkim stanie wynosi 54, przy zwykłym wysokim 280 metrów sześciennych na sekundę. Przy niezwykle nizkim i niezwykle wysokim stanie wody, ilości te wahają się między 30 a 1000 metrów sześciennych.

Te stosunki geologiczne gruntu i obecność rzeki górskiej o tak wartkim prądzie okazały się wyjątkowo korzystnymi dla kanalizacyi takiej, jaką przeprowadza obecnie Monachium. Zasługa tego w pierwszym rzędzie leży po stronie Pettenkofera, który, jeźli nie pierwszy postawił, to o ile mi się zdaje pierwszy udowodnił teoryą, że epidemie duru i cholery w wysokim stopniu są zawisłe od stopnia zanieczyszczenia gruntu i nawołując do poprawy stosunków w tym kierunku, z najwięcej wpływowymi wówczas ludźmi w mieście przeprowadził swe plany.

Dawniej w całem mieście posługiwano się dołami kloacznymi, najczęściej wadliwie zbudowanymi, lub urządzano ścieki do strumieni, miasto przerzynających. Niewielka tylko część t. zw. „Starego miasta" posiadała kanały o płaskich dnach i prostopadłych ścianach, pomieszczone w niedostatecznej głębokości. Że w takich warunkach musiało przyjść do kolosalnego zanieczyszczenia gruntu, nic dziwnego, zwłaszcza jeśli się zważy tę okoliczność, że miasto nadzwyczaj szybko wzrastało.

Po cholerze w r. 1854 zaczęto wprowadzać doły kloaczne już o ścianach nieprzepuszczalnych; w roku 1858 pobudowano w nowopowstających dzielnicach kanały według planów Zenettiego, które miały przekrój jajowaty i były zaopatrzone w urządzenia do spłókiwania zawartości; ale dopiero po cholerze w latach 1873/74 zabrano się energicznie do kanalizowania miasta na podstawie planów, sporządzonych przez londyńskiego inżyniera Gordona, a zmodyfikowanych przez urząd budownictwa miejskiego.

W planie kanalizacyi uwzględniono t. zw. system decentralizacyi: pojedyncze części miasta posiadają każda odrębną sieć kanałów, uchodzących bądź to wprost do Izary, bądź to do kanału głównego i przeprowadzono podział na części na podstawie wysokości terenu. Ten system decentralizacyi, najlepiej się nadający w miastach, których wzrost w przyszłości nawet w przybliżeniu nie da się oznaczyć, tu był tem łatwiejszy do przeprowadzenia ze względu na wspomniane terasowate ukształtowanie powierzchni.

Zaczęte od dzielnic najwięcej zaniedbanych i dla tych zaprojektowano 9 samoistnych sieci kanałów, a w roku 1886 wypracowano projekt 13 nowych sieci, obejmujących resztę miasta. Praca ta, szybkiem tempem postępująca, jest do obecnej chwili w toku i rozumie się, wobec ustawicznego wzrostu miasta, nigdy nie będzie można jej uważać za całkowicie ukończoną; w każdym jednak razie spodziewaną jest rzeczą, że doły kloaczne w niedługim czasie do historyi już tylko będą należeć.

W budowie kanałów uwzględniono tu wszystkie wymagania higieny i zastósowano najnowsze odkrycia w tym kierunku; nie zapomniano o wpustach na wodę deszczową i o urządzeniach do spławiania i czyszczenia kanałów. W przeprowadzeniu tego dzieła, które dotąd przeszło 19 milionów

marek kosztuje, ważnym i godnym zaznaczenia momentem było pozwolenie ministeryalne na wpuszczenie kanałów do Izary; w ten bowiem sposób system kanalizacyi spławnej w całej pełni dał się zastósować z pominięciem kosztownego oczyszczania cieczy kanałowej.

To wpuszczenie kanałów do rzeki napotyka na wielkie trudności i posiada całą długą historyę. Podczas gdy przed rozpoczęciem kanalizacyi i tak prawie wszystkie nieczystości do Izary się dostawały zapomocą drobniejszych strumieni, przecinających miasto, to gdy też same nieczystości chciano zapomocą dobrych kanałów w ten sam sposób usuwać, miasta nad Izarą, poniżej Monachium leżące, podniosły protest, obawiając się zanieczyszczenia rzeki w najwyższym stopniu, zamulenia jej koryta, zepsucia powietrza, zanieczyszczenia studzien w okolicach przybrzeżnych i t. p. rzeczy.

I rzeczywiście doświadczenia, jakie w tym kierunku zrobiły ze swemi rzekami miasta Londyn, Paryż, Hamburg, Frankfurt nad Menem i inne, wcale nie było zachęcające; a jednak idąc za radą Pettenkofera zrobiono to samo. I sprawdziły się jego przypuszczenia, oparte na obliczeniach w przybliżeniu. Wyrachował on mianowicie, biorąc pod uwagę szybkość prądu rzeki, że woda jej, przez wpuszczenie cieczy kanałów nie będzie zawierała więcej, niż jedną część składników stałych na 130,000 części wody, że więc zanieczyszczenie będzie minimalne i że wreszcie nie potrzeba się będzie obawiać niekorzystnego wpływu na zarybienie rzeki wobec tego, że Monachium z przemysłu fabrycznego posiada wyłącznie prawie tylko browary, które trujących odpadków nie wytwarzają.

Badania bakteryologiczne i chemiczne wody, przedsięhrane aż do roku 1898 co miesiąc, a od tego czasu tylko przy nizkim stanie wody, nie przedstawiają się wcale niepokojąco: pod względem chemicznego składu nie dało się do tego czasu wykazać pogorszenia wody, drobnoustrojów zaś zawiera Izara pod Monachium 5 do 10 razy mniej, niż Sprea pod Berlinem i nadzwyczaj się z nich szybko oczyszcza. Miasta przybrzeżne (Freising, Landshut), poniżej Monachium leżące, pod względem zdrowotności także nic nie straciły, śmiertelność bowiem w nich nie wzrosła, tylko się zmniejszyła.

Dla ilustracyi, na jakie trudności napotykało postępowe skanalizowanie miasta ze strony prywatnych właścicieli i jak opornie szło ono, przytaczam dwa przykłady: Pewien obywatel tutejszy posiadał dwa domy, jeden nowy z dołem kloacznym o ścianach nieprzepuszczalnych, według przepisu, drugi stary z dołem kloacznym starym, wadliwie zbudowanym. Gdy został wezwany do przerobienia tego ostatniego, wniósł rekurs, w którym zaznaczył, że doły kloaczne według nowego przepisu uważa za złe stanowczo, bo podczas gdy jego stary zbiornik „tak dobrze funkcyonuje“, że go od 20 lat nie potrzebował opróżniać, to z nowego jest zmuszony co parę miesięcy ciecz wypompowywać. Oto dowód, powiada do tego przypadku Pettenkofer, jak wielkie zanieczyszczenie jest w stanie znieść i znosi grunt miasta.

Ale i ze strony, z której się tego najmniej można było spodziewać, napotykano na opór. Prof. Dr. Hofman, członek Rady zdrowia, posiadał dom, którego kloaki według polecenia z kanałem miejskim połączył; wkrótce potem nastąpiło takie zanieczyszczenie powietrza w całej jego posiadłości od piwnic do strychu, że mieszkańcy domu grozili wyprowadzeniem się. Podniesiono wielką wrzawę w dziennikach z tego powodu, zaczęto się skarżyć, że magistrat chce zapowietrzyć całe miasto, a Hofmann swymi wpływami i stosunkami, zwłaszcza gdy podobnych przypadków zdarzyło się kilka, wyrobił u władz państwowych zakaz, (który trwał kilka miesięcy) łączenia domów z kanałami miejskimi. Gdy się jednak po dokładnem zbadaniu pokazało, że wszędzie tam, gdzie nowe urządzenia źle funkcyonowały, połączenie było wadliwie przez nieumiejętnego budowniczego przeprowadzone, zakaz cofnięto, a łączenie kanałów oddano pod ścisły nadzór władz miejskich, poczem nigdy podobny przypadek się nie wydarzył.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Towarzystwo samopomocy lekarzy.

Reskryptem Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 1. maja 1900 L. 14168 został zatwierdzonym „in extenso“ statut mającej powstać w kraju organizacyi lekarzy, wobec czego Wys. c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 25. maja 1900 L. 45158 zezwoliło na zawiązanie stowarzyszenia pod nazwą: „Towarzystwo samopomocy lekarzy w W. Ks. Krakowskiem, Galicyi, na Śląsku i na Bukowinie z siedzibą w Krakowie“.

W ten sposób prace wstępne Komisyi organizacyjnej, wybranej w listopadzie z. r., pomyślny wieńczy skutek.

Gdy zatem nic już nie stoi na przeszkodzie, Komisya organizacyjna, pragnąc jak najprędzej doprowadzić do skutku faktyczne zawiązanie się Towarzystwa i złożyć jego kierownictwo w ręce wybrać się mającego po myśli statutu zarządu, zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich P. T. pp. lekarzy i chirurgów, aby raczyli już teraz i to jak najprędzej zgłaszać się z zamiarem przystąpienia do Towarzystwa, gdyż od tego zależeć będzie ukonstytuowanie się i zwołanie pierwszego zgromadzenia celem dokonania wyboru Zarządu, ułożenia regulaminu i oznaczenia niezbędnych wkładek na pierwsze wydatki. Zgłoszenia te, zanim zorganizuje się pierwszy zarząd Towarzystwa, nadsyłać należy za pomocą kart korespondencyjnych pod adresem sekretarzy komisyi organizacyjnej w Krakowie: *Dra Langiego (ul. Sławkowska 31) lub Dra Słapy (ul. Kolejowa 4)* z wyraźnem podaniem imienia i nazwiska, miejsca zamieszkania i najbliższej poczty. Po otrzymaniu dostatecznej ilości zgłoszeń zostanie zwołanem pierwsze zgromadzenie celem ukonstytuowania się, o czem wszyscy koledzy zawiadomieni zostaną za pośrednictwem dzienników krajowych.

Nie mogąc, z przyczyn od komisyi niezależnych, umieścić całego statutu w „Przeglądzie lekarskim“, korzysta komisya organizacyjna z łaskawej uprzejmości Szanownej Redakcyi „Przeglądu“ i podaje do wiadomości P. T. pp. Prenumeratorów i Czytelników tymczasowo najważniejsze paragrafy, określające w dosłownem brzmieniu cel nowego stowarzyszenia.

Paragrafy te są następujące:

§ 3. Celem stowarzyszenia jest: 1) popieranie materyalne członków: a) w postaci udzielania zapomóg w razie przemijającej niezdolności do pracy zawodowej, w miarę zaś pomyślnego rozwoju towarzystwa przez udzielenie wsparcia wdowom i sierotom po lekarzach, tudzież wspieranie członków w razie trwałej niezdolności do pracy; b) przez pośredniczenie w zyskiwaniu posad; c) przez wykonywanie wszelkich uchwał Walnego Zgromadzenia towarzystwa w tym kierunku zmierzających.

2) Popieranie moralne członków: a) przez przestrzeganie zasad etyki lekarskiej i koleżeństwa; b) przez załatwianie sporów między Kolegami praktykującymi powstałych; c) przez wykonywanie wszelkich uchwał Walnego Zgromadzenia w tym celu powziętych.

§ 4. Wszelkie kwestye polityczne z zakresu działania towarzystwa są wykluczone.

§ 6. Członkiem zwyczajnym stowarzyszenia może być każdy dyplomowany lekarz lub chirurg po przyjęciu przez Wydział i złożeniu wpisowego.

§ 8. Każdy członek zwyczajny ma prawo: a) korzystać ze zapomóg, udzielanych przez towarzystwo. To samo prawo przysługuje wdowom i sierotom po członkach towarzystwa; b) brać czynny i bierny udział w głosowaniu i wyborach na Walnem Zgrom. towarzystwa. Członkowie po za siedzibą Towarzystwa mieszkający, o ile nie są w stanie brać osobiście udziału w zgromadzeniach towarzystwa, mają prawo stawiać wnioski i głosować bądź pisemnie, bądź też za pośrednictwem delegatów, z których każdy reprezentuje tyle głosów, ilu członków mandat jego podpisało; c) korzystać z pośrednictwa w zyskiwaniu posad; d) korzystać ze wszystkich świadczeń w każdej formie przez Walne Zgrom. uchwalonych.

§ 15. Fundusz obrotowy składa się: z wkładek członków, 75% wszelkich datków i zapisów, o ile ofiarodawca lub testator inaczej nie rozporządzi, wszelkich innych dochodów przez Walne Zgrom. lub Wydział ustanowionych, wreszcie z procentów, które przynosi fundusz obrotowy.

§ 16. Do funduszu żelaznego wpływają: taksy wpisowe, złożone przez członków, 25% wszelkich datków i zapisów na rzecz towarzystwa złożonych z zastrzeżeniem w poprzednim § wymienionem, z wszelkich innych dochodów przez Walne Zgromadzenie lub Wydział ustanowionych, wreszcie z procentów, które przynosi fundusz żelazny.

§ 22. Zarząd towarzystwa stanowią: a) Walne Zgromadzenie; b) Wydział; c) sąd polubowny; d) komisya kontrolująca.

§ 23. Do zakresu działania Walnego Zgromadzenia należy: a) wybór członków wydziału, sądu polubownego i komisyi kontrolującej; b) ustanowienie wysokości wkładek rocznych i wpisowego, jakoteż wysokości zapomóg, mających się wypłacać członkom towarzystwa przez Wydział w miarę funduszów; c) nadto oznacza Walne Zgrom. czas należenia wymagany od członka, żądającego zapomogi; d) załatwianie odwołań od postanowień Wydziału i sądu polubownego; e) zmiana statutu; f) mianowanie członków honorowych; g) rozwiązanie stowarzyszenia; h) pobieranie wszelkich uchwał ze statutem niniejszym nie sprzecznych.

§ 30. Wydział składa się z przewodniczącego, pierwszego i drugiego zastępcy przewodniczącego, pierwszego i drugiego sekretarza, skarbnika i trzech członków Wydziału.

§ 32. Do zakresu działania Wydziału należy: a) przyjmowanie członków; b) wykreślanie ich (§ 11 c.); c) wdrażanie kroków sądowych przeciw dłużnikom towarzystwa; e) pośredniczenie w zyskiwaniu posad; f) wykonywanie uchwał Walnego Zgromadzenia; g) przygotowanie wniosków dla Walnego Zgrom.

Po zawiązaniu się Towarzystwa, co pożądanem byłoby, aby mogło nastąpić już w lipcu w przededniu Zjazdu lekarzy polskich, zajmie się wybrany wtedy Zarząd rozesłaniem odpowiednich cyrkularzy wraz z całym statutem »in extenso“ do wszystkich P. T. pp. lekarzy, którzy w myśl statutu mają prawo do Towarzystwa przystąpić.

Kraków, dnia 24. czerwca 1900 r.

Komisya organizacyjna mającego się zawiązać »Towarzystwa samopomocy lekarzy«.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ostateczny termin nadsyłania streszczeń wykładów (ile możności wprost na ręce sekretarzy odpowiednich sekcyi) upływa z dniem 30. czerwca 1900. Wykłady, których streszczeń na czas nie nadesłano, wolno sekcyom pomijać przy układaniu porządku dziennego, a komitet gospodarczy nie przyjmuje odpowiedzialności za ich pomieszczenie w „Dzienniku Zjazdu“.

Wkładki uczestnictwa i zamówienia mieszkań przesyłać należy wprost na ręce sekretarza komitetu gospodarczego, a w Warszawie, Poznaniu, Lwowie i Paryżu można użyć pośrednictwa osób, wskazanych w okólniku o Zjeździe.

Zamawiając mieszkanie należy podać liczbę osób przyjeżdżających, rodzaj mieszkania, jakiego się żąda (hotel czy mieszkanie prywatne, liczbę pokoi) **i cenę, jaką mniej więcej za mieszkanie na dobę się przeznacza.** Pożądanem jest podanie daty przyjazdu.

Adres zamówionego mieszkania otrzymają przybywający uczestnicy w biurze komitetu kwaterunkowego na dworcu kolei w Krakowie natychmiast po przyjeździe.

W dniu 15. czerwca zgłoszono jeszcze:

— W sekcyi I. 8) Prof. Natanson (Kraków): O prawach tarcia wewnętrznego w płynach; z zastosowaniem do zjawiska podwójnego załamania światła w cieczach odkształcanych. (369)

— W sekcyi II. Temat obrad III: Sprawa utworzenia towarzystwa chemicznego polskiego. Sprawozdawcy: Prof. St. Niementowski (Lwów) i Dr. A. Wróblewski (Kraków).

Wykłady: 21) Prof. M. Nencki (Petersburg): O cheminie. (370)

22) Fr. Błoński: Kilka luźnych uwag w sprawie mianownictwa chemicznego polskiego. (371)

23) J. W. Brühl (Heidelberg): O tautomerycznych przemianach w roztworach. (372)

24) Jul. Braun (Getynga): W sprawie istnienia pochodnych pięciowartościowego azotu. (373)

— W sekcyi IV. 5) Prof. J. Nusbaum (Lwów): Wieloszczet wód słodkich (*Dybowscella baicalensis nov. gen. nov. spec.*) (374)

W sekcyi VIII. 1) P. Al. Ginsberg (Warszawa): O postępach w optyce stosowanej i metodach fabrykacyi soczewek w pierwszej w kraju fabryce instrumentów optycznych Tow. „Fos“ w Warszawie. (375)

W sekcyi XI. 30) Dr. Józefa Joteyko (Bruksela): Znużenie, jako środek obrony ustroju. (376)

31) Dr. A. Wróblewski (Kraków): O nowszych poglądach na istotę fermentów (z demonstracyą). (377)

32) Dr. M. Stefanowska (Bruksela): O gruszkowatych wyrostkach komórek nerwowych. (378)

33) Prof. D. J. Kodis (Washington-University St. Louis): Przyczynek do teoryi elektryczności zwierzęcej. (379)

— W sekcyi XII. 10—11) Dr. Gliński (Kraków): a) Badania doświadczalne nad powstawaniem marskości wątroby po podwiązaniu przewodu żółciowego. b) Przypadek wady rozwojowej narządu moczowego (demonstracya). (380/1)

12—13) Dr. Gertler (Kraków): a) W sprawie etyologii zapalenia płuc. b) Przedstawienie nowego termostatu do podręcznego użytku dla lekarzy praktycznych. (382/3)

— W sekcyi XIII. 27—28) Dr. A. Simon (Wiesbaden): a) Kilka wskazań do użycia atropiny w medycynie wewnętrznej. b) Leczenie gruźlicy wodą. (384/5)

— W sekcyi XIV. A. 59) Dr. Cz. Sędzimir (Starasól): Projekt nowego bezgnilnego operacyjnego postępowania w chirurgii. (386)

— W sekcyi XVI. 16) Dr. K. Szadek (Kijów): O zgorzeli samoistnej (*gangraena spontanea*) pochodzenia kiłowego. (387)

— W sekcyi XVII. 21) Dr. J. Luxenburg (Warszawa): Przyczynek do rozwoju ependymy i neuroglii kanału środkowego w rdzeniu kręgowym u człowieka i zwierząt ssących (z przedstawieniem preparatów). (388)

22—24) Dr. J. Fajersztajn (Lwów): a) *Polioencephalitis*, t. zw. porażenia opuszkowe bez zmian anatomicznych i *myastenia* (przedstawienie mikrofotogramów). b) Nowa metoda impregnacyi srebrem i zastosowanie jej do elektywnego barwienia włókien osiowych (przedstawienie preparatów drobnowidowych). c) Przedstawienie preparatów drobnowidowych z czterech przypadków mnogiej *myositis* (*polymyositis*). (389—391)

25) D. A. Wizel (Warszawa): Mechanizm psychologiczny powstawania idei niedorzecznych przy obłąkaniu pierwotnem. (392)

— W sekcyi XIX. 38) Dr. J. Kadyi (Jasło): Przedstawienie perforatora własnego pomysłu. (393)

— W sekcyi XX. 19—20) Dr. Ferd. Obtułowicz (Lwów): a) Kilka uwag o urazach czaszki pod względem sądowo-lekarskim. b) Przyczynek do nauki o znaczeniu wynaczynionek pod względem sądowo-lekarskim. (394/5)

21) Dr. Gliński i Dr. Horoszkiewicz (Kraków): Zmiany mikroskopowe przy oddzielaniu się pępowiny u noworodków oraz sądowo-lekarskie znaczenie tych zmian. (396)

— W sekcyi X. 20—21) Dr. R. Radziwiłłowicz (Warszawa): a) Znaczenie odśrodkowych włókien w dośrodkowych drogach nerwowych. b) Biologiczne znaczenie świadomości. (397/8)

— W sekcyi XVIII. 13) Dr. F. Winawer (Warszawa): Porażenie dywergencyi. (399)

— W sekcyi XI. zgłoszono z zakładu anatomii porównawczej Uniw. Jagiell.:

34) Prof. Dr. H. Hoyer jun. (Kraków): O budowie naczyń włoskowatych żylnych w śledzionie (z przedst. preparatów). (400)

35—36) Doc. Dr. M. Siedlecki (Kraków): a) O objawach płciowych u zwierząt z grupy *Sporozoa* (z przedstawieniem preparatów). b) O stosunku rozrodu bezpłciowego do rozrodu płciowego. (401/2)

37) P. Jan Stach (Kraków): O unaczynieniu zębów królika (z przedstawieniem preparatów). (403)

38) Doc. Dr. M. Siedlecki i Dr. Ks. Lewkowicz (Kraków): O rozwoju pasorzytów zimniczych w ustroju i poza ustrojem ludzkim (z przedstawieniem rysunków i preparatów) (404)

— W sekcyi XVII. 26) Doc. Dr. L. Haškovec (Praga): Patogeneza sklerodermii i sklerodaktylii. (405)

Ciechanowski
sekr. komit. gospod. (Wielopole 4).

XIII. międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Sekretarz generalny Kongresu, dr. Chauffard, zawiadamia Komitet polski, że prócz przyjęć uroczystych 2, 3, 5 i 8 sierpnia, o czem już donieśliśmy w „Wiadomościach bieżących“ Nr. 25, Rada miasta Paryża zaprosi członków kongresu na uroczyste przyjęcie wieczorne, które odbędzie się w salonach „Hôtel de ville“ dnia 7 sierpnia.

Pod przewodnictwem pani Lannelongue i pani Brouardel zawiązał się Komitet damski, który posiadać będzie własne biuro, gdzie panie kongresistki będą mogły się informować o wszystkich ich obchodzących sprawach. Żony, siostry i córki członków Kongresu otrzymają zaproszenia na wszystkie uroczystości. W odpowiedzi na liczne zapytania Komitet wykonawczy kongresu podaje do wiadomości, że dontyści, nie będący doktorami medycyny, lecz posiadający rządowy dyplom francuski lub zagraniczny, mogą się wpisywać do Sekcyi stomatologicznej.

Komitet wykonawczy Kongresu raz jeszcze przypomina, że ostateczny termin wpisania się na członka Kongresu kończy się 15 lipca. (Lekarze polacy, którzy przed tym terminem nie wpiszą się na listę członków Kongresu przez pośrednictwo polskiego Ko-

mitetu narodowego, mają się udać w tym celu ustnie lub piśmiennie do Dr. Duflocq *(Paris, r. de l' Ecole de Médecine).*

Miejscowy Komitet polski w Paryżu, gorliwie spełniając swój mandat pośrednictwa, podaje do wiadomości życzących wziąść udział w Kongresie lekarzy polskich następujące szczegóły:

Wobec wielkiej rozciągłości wschodniej granicy Francyi wskazanie tej lub innej linii kolejowej nie przedstawia żadnej korzyści. O opuście 50% na kolejach francuskich była już mowa w poprzednich komunikatach Komitetu polskiego. Gdyby który z lekarzy udawał się do Paryża, lecz z powodu spóźnionej decyzyi nie mógł już zaopatrzyć się w legitymacyę należenia do Kongresu, a zatem i nie mógłby korzystać ze zniżki 50%, to powinien wziąść bilet od granicy francuskiej w obie strony *(aller et retour)*, co upoważnia również do znacznego opustu.

Co do mieszkań, to paryski Komitet lokalny miał na oku głównie tych członków Kongresu, którym zależy na pobycie oszczędnym. Należy mieć na względzie, że na lewym brzegu Sekwany, bliżej Obserwatoryum, mieszkania są tańsze. Komitet poleca następujące hotele:

1) *Hôtel des Américains,* rue de l'Abée de l'Epée (pokoje od 5 fr.: dużo pokoje z kilkoma łóżkami po 3 fr. od osoby),

2) *Hôtel de Nice,* Boulevard St. Michel, 125 (pokoje po 4 fr.; o 2 łóżkach 6 fr. razem);

3) *Hôtel Ney,* rue Gay-Lussac, 62 (pokoje od 4 franków);

4) *Hôtel de l'Avenir,* rue Gay-Lussac, 52 (pokoje od 4 fr.);

5) *Maison meublée,* r. des Bernardins, 50 (pokoje od 4 fr. za 2 łóżka 6 fr. razem);

6) *Hôtel Monge,* rue Monge, 55 (pokoje od 4 fr., za 2 łóżka 6 franków);

7) *Gd. Hôtel de Rayon d'or,* rue Monge, 25 (pokoje od 5 fr.);

8) *Hôtel de Nice,* Bd. du Montparnasse, 155 (pokoje od 5 fr.);

9) *Hôtel du Brésil,* rue le Goff (pokoje od 5 fr.);

10) *Hôtel de Fleurus,* rue Fleurus, 3 (pokoje od 6 fr., apartament na 5 łóżek 20—25 franków);

11) *Hôtel de l'Avenir,* rue Madame, 65 (pokoje od 4 fr.);

12) *Hôtel de l'Observatoir,* Bd. St. Michel (pok. od 5 fr.);

13) *Gd. Hôtel Gay Lussac,* r. de Gay Lussac, 28 (pokoje od 5 franków);

14) *Gd. Hôtel du Progrès,* r. Gay Lussac, 50 (pok. od 5 fr.).

Komitet doradza rzeczy zostawić na kolei, wziąść fiakra na godzinę (2 fr. 25 ct.) i obejrzeć kilka z wymienionych hoteli, zanim się wybierze pokój. Czem pobyt dłuższy, tem cena mniejsza; wogóle targować się można i trzeba.

Jedzenie najtańsze stosunkowo w zakładach Duvala. Dla osób, przebywających w blizkości *Ecole de médecine* Komitet lokalny poleca:

1) *Café Voltaire, place de l'Odeon,* (śniadanie 3 fr., obiad 4 fr., kuchnia bardzo zdrowa);

2) *Café de la Source, Bd. St. Michel,* 37, (na porcye).

Dr A. Kwaśnicki, sekretarz. *Prof. B. Wicherkiewicz,* prezes.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 czerwca.

* Statut „Towarzystwa samopomocy lekarzy w Galicyi, W. Ks. Krakowskiem, na Szląsku i Bukowinie" otrzymał zatwierdzenie władz; zasadnicze paragrafy tej ustawy podajemy w rubryce „Wiadomości zawodowe". Koledzy, którzy pierwsi powzięli myśl tego stowarzyszenia i zajmowali się ułożeniem statutu, zamierzają w krótkim czasie zwołać zgromadzenie lekarzy w celu ukonstytuowania się.

* W III. tegorocznym Zeszycie „Archiv für patholog. Anatomie und Physiologie" zwrócił się Virchow do swych współpracowników ze słowami prośby i rady, a mianowicie zaklina ich, aby pisali tylko zwięźle, nie powtarzali tego, co już jest powszechnie znane, a przedewszystkiem, ażeby raz zaprzestali dołączać tablice, których, jak świat światem, żaden czytelnik, jeśli wogóle rozpoczynał je czytać, nigdy do końca nie doczytał. Rzecz tylko zyska, powiada Virchow, na przejrzystości, jeśli autorowie tych kolumn liczbowych zechcą je zastąpić jasnem i zwięzłem omówieniem.

Weteran żurnalistyki lekarskiej jest nieco i podejrzliwy: mówiąc, jak wiele miejsca i czasu zajmuje przytaczanie literatury na końcu artykułu, wyraźnie powątpiewa, ażeby który z czytelników dziś w to uwierzył, że autor rozprawy dziennikarskiej naprawdę czytał wszystkie te dzieła i monografie, których tytuły z drugiej lub trzeciej ręki odpisał. Virchow kończy prośbą o wiarę, gdyż, jak powiada, słowa te pisze „wieloletni i najdłużej dręczony redaktor".

* Lekarze, zamierzający wziąść udział w międzynarodowym Zjeździe higienicznym, który odbędzie się między 10 a 17 sierpnia b. r. w Paryżu, mogą otrzymać program, regulamin i t. d. tego Zjazdu od dr. Józefa Polaka (*Warszawa, ul. Swiętokrzyska, 25*).

* »Odczytów klinicznych", wydawanych przez redakcyę *Gazety Lekarskiej,* wyszedł Nr. 135 i 136. Zawiera on Organoterapię, opracowaną przez A. Gilberta i P. Carnota, a przełożoną na język polski przez Stanisława Błażejewicza.

* W Ks. Poznańskiem ma powstać sanatoryum dla suchotników, w miejscowości zwanej Marysina koło Piasków. Hr. Żółtowski ofiaruje pod ten zakład obszerną parcelę zalesioną.

* »Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego" w N. z 15 czerwca podaje: „Z okazyi jubileuszu Uniwersytetu krak. postanowili aptekarze krakowscy, począwszy od 15 lipca b. r. zamykać apteki o 9 godzinie wieczór".

Jakoś się nam nie składa w logiczną całość cała ta notatka i nie bardzo rozumiemy w jaki to sposób wiąże się obchód jubileuszowy U. J. z wrzekomem postanowieniem PP. aptekarzy krakowskich, o którego istnieniu, a zwłaszcza wykonaniu, wielce wątpimy.

* Delegatem do senatu wybrał Wydział lekarski U. J. prof. Stanisława Pareńskiego.

* Stopień doktorów medycyny w Uniwersytecie lwowskim otrzymali: Tadeusz Litwinowicz i Józef Egre.

* Dziekanem wiedeńskiego Wydziału lekar. wybrany został dr. Karol Toldt, profesor anatomii.

* Rosyjskie „Towarzystwo ochrony zdrowia ludu" wysyła do Paryża swego członka prof. S. Zaleskiego, który będzie je reprezentować na wszystkich kongresach, mających związek z zadaniami tego Towarzystwa.

* Rząd rosyjski zatwierdził program nowego miesięcznika p. t. »Wiadomości cesarskiej medyko-wojskowej Akademii", który ma wychodzić bez cenzury. Redaktorem tego czasopisma będzie prof. M. Janowski. (W miesiącach letnich: czerwcu, lipcu i sierpniu miesięcznik ten wychodzić nie będzie).

Nekrologia. Dr. Cypryan Tokarski zmarł we Lwowie w 83 roku życia. Prof. Kühne, dyrektor Inst. fizyologicznego, zmarł w Heidelbergu w 64 r. życia. Dr. Jcard, długoletni redaktor „Lyon médical", zmarł w Lugdunie. Znany neurolog i elektroterapeuta dr I. Althaus zmarł w Londynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie Lekarskiej.* Nr. 25 Dr. Nusbauma H.: O wahaniach okresowych w energii czynności fizyologicznych. Dr. Bernhardta R.: Wessanie tworów wilka pod wpływem ospy (dok.) Dr. Przedborskiego L.: Cierpienie krtani przy ciąży. W *Medycynie* Nr 25. S. Goldflama: O wstrząsaniu nerek. Dr. Rubina W.: O nowym sposobie wykrywania siarkowodoru w żołądku (dok.). W *Zdrowiu* (Zeszyt 177): Artykuł wstępny. Dr. Zawadzkiego Józefa: Sprawozdanie z wycieczki po kraju. Dr. Higiera H.: W sprawie higieny ciała i ducha ze stanowiska lekarsko-pedagogicznego. Dr. Rakowieckiego K.: Mieszkania ludności wiejskiej.

Redakcya otrzymała: Adolf Klęsk: Fizyologia i patologia snu, (*Kraków, 1900*). Prof. dr. K. Chodouňsky: Nastuzeni (*Praga, 1900*) Tenże: Ueber Verkühlung (*Praga, 1900*). Dr. Brudzewski: Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka (Odbitka z Nr. 4 *Postępu Okul.*).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Są do nabycia: Biblioteka lekarska i narzędzia lekarskie, pozostałe po ś. p. Dr. Józefie Kisielewskim. Wiadomości udzieli p. K. Tarczyński, aptekarz w Zakliczynie.

KONKURSY.

C. k. Ministerstwo spraw wewn. w Wiedniu.

2704
M. J.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, Dz. pr. p. Nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzona posada *asystenta* X-tej klasy rangi z systemizowanymi dla tejże klasy rangi poborami (pobór początkowy 2200 koron, dodatek aktywalny 480 koron).

Podania o udzielenie tej posady należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 15 sierpnia 1900 r.; kompetenci, którzy już pozostają w c. k. służbie państwowej, lub też we wspólnej c. i k. służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Do podań należy dołączyć:

1) Metrykę urodzenia;

2) Dowód zupełnej znajomości języków niemieckiego i polskiego, mianowicie też w kierunku fachowo-naukowym. Kompetenci, którzy obok innych wymogów udowodnią również znajomość języków ruskiego i rumuńskiego, względnie jednego z tychże języków, będą mieli pierwszeństwo;

3) Dowód naukowego wykształcenia uniwersyteckiego, a szczególnie wyższego wykształcenia w naukach przyrodniczych.

4) Dowód gruntownego wykształcenia w chemii, szczególnie w chemii analitycznej, uzupełniony dowodem specyalnego wykształcenia w botanice, mikroskopii, bakteryologii i hygienie, jak również załącznikami w razie gdyby petent pracował w urzędzie nauczycielskim, albo w dziedzinie badania środków spożywczych.

Kompetenci, którzy nie są stałymi urzędnikami w c. k. służbie państwowej, winni prócz tego udowodnić prawo obywatelstwa w państwie austryackiem, kompetenci zaś, niepozostający w c. k. ani też w c. i k. służbie państwowej, mają dostarczyć urzędowego świadectwa moralności oraz świadectwa zdrowia, wystawionego przez rządowego lekarza.

L. 1427.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 17 go kwietnia 1900 L. 25,405 rozpisuje niniejszem Wydział powiatowy konkurs na posadę *lekarza okręgowego* z siedziba w Osieku.

Do okręgu w Osieku należy 11 gmin z liczba mieszkańców 10.570 Lekarz okręgowy obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Płaca z posada tą połączona wynosi rocznie 1000 koron, zaś ryczałt na koszta podróży rocznie 600 koron.

Podania o nadanie tej posady należy wnosić do Wydziału powiatowego w Biały najdalej do dnia 31 lipca 1900 i załączyć do podania:

1. Dyplom doktora medycyny;
2. Dowód obywatelstwa austryackiego;
3. Dowód, iż petent nie przekroczył 40-go roku życia;
4. Świadectwo odbytej conajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim;
5. Świadectwo lekarskie, potwierdzone przez odnośnego c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdolnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału powiatowego

Biała, dnia 8 czerwca 1900.

Z. 32.942/I

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych w okręgu lekarskim Kraków III z siedzibą w Krakowie ogłasza się niniejszem konkurs Do okręgu lekarskiego Kraków III przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 0 0 do kilometra 19 0 na linii Kraków-Lwów, dalej od kilometra 0 0 do kilometra 1·90/a na linii Bierzanów-Wieliczka i od kilometra 0·0 do kilometra 4· 909/b na linii Podłęże-Niepołomice, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami Podgórze-Płaszów, Bierzanów, Podłęże i Niepołomice, przyczem się nadmienia, że z personalu na stacyi w Podgórzu-Płaszowie zatrudnionego należą do okręgu lekarskiego Kraków III tylko ci funkcyonaryusze, którzy mają na stacyi mieszkanie in natura i ci, którzy mieszkają w Płaszowie Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do ukończonego 18-go roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1.600 Koron i ryczałt na fiakry w kwocie 300 Koron rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stęplowym na 1 Koronę zaopatrzone, wnosić należy do 10-go lipca b r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też bliższych informacyi zasięgnąć można.

Kraków, dnia 8 czerwca 1900.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Zwierzchność gminna m. Trzebini ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z płaca od 600—1000 Koron (zależnie od umowy). (175)

Zgłoszenia do 1-go lipca przyjmuje Urząd gminny.

Wydział Rady powiatowej w Przemyślu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Niżankowicach z płacą roczną 1400 koron i ryczałtem na koszta podróży 600 korsn. Podania wnosić do Wydziału Rady powiatowej w Przemyślu do dnia 31 lipca b. r.

Przy c. k. Zarządach salinarnych w Stebniku, w Bolechowie, w Kałuszu i w Kosowie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, a mianowicie w Stebniku, w Kałuszu i w Kosowie posada lekarza II kategoryi, w Bolechowie posada lekarza III kategoryi. — Z każdą z tych posad połączony jest obowiązek wykonywania służby sanitarnej w okręgu sanitarnym wymienionych Zarządów salinarnych na podstawie instrukcyi, wydanej przez c. k. Ministerstwo skarbu. — Z posadą lekarza salinarnego II kategoryi połączone jest wynagrodzenie w wysokości płacy urzędnika państwowego X klasy rangi. t. j. 2200 koron. a z posadą lekarza salinarnego III kategoryi wynagrodzenie w wysokości płacy urzędnika państwowego XI klasy rangi, t. j. w kwocie 1600 koron rocznie, które to wynagrodzenia będą podwyższone po 4 i 8 latach służby w II kategoryi na 2400 i 2800 koron. a w III kategoryi na 1800 i 200 koron rocznie. — Oprócz tego wynagrodzenia pobiera lekarz salinarny dodatki starszeństwa i materyał opałowy po cenie zniżonej i deputat soli. – Podania należycie udokumentowane i ostemplowane należy wnosić najpóźniej do 15 lipca 19 do c. k. krajowej Dyrekcyi skarbu we Lwowie. („Gazeta lwowska“ Nr. 138).

Rok XXXIX. Kraków, 7 Lipca 1900. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z ambulator. klinicznego Prof. Dra Chvostka.

Syringomyelia na tle kiły

Podał

Dr. Olejnik.

W etyologii syringomyelii, oprócz hidromyelii, gliozy Schultzego, niepoślednią rolę gra uraz. Pominąwszy trudności w osądzeniu takich przypadków, musimy do pewnego stopnia zgodzić się z Leydenem, Oppenheimem, Strümpellem, Minorem, Westphalem (*jun.*), że uraz powoduje niekiedy powstanie syringomyelii; może krwotoki, wskutek urazu powstałe (*pachymeningitis haemorrhagica*, krwotoki w rdzeniu samym), jak to Minor[1]), Schultze[2]) spostrzegali, wyjaśnić zdołają związek pomiędzy powstaniem syringomyelii a krwotokiem. Że alkoholizm przyczynia się do krwotoków w oponach i rdzeniu samym, które następowo powodują powstawanie jam[3]), jest bardzo prawdopodobne.

Przypadek krwotoku z późniejszem powstaniem syringomyelii miałem sposobność spostrzegać w ambulator. prof. Dr. Chvostka.

Pacyentka A. N., z Czech, służąca, 24 lat licząca. Dziedzicznie nie obciążona. Kiły nie przebywała. Przed 4 laty, wśród utraty przytomności przez 15 minut, nastąpiło porażenie prawej połowy ciała wraz z nerwem twarzowym, trwające przez kilka dni. Pomału objawy te znikły zupełnie: a w dwa miesiące występuje niedowład kończyny górnej prawej, zaniki mięśni międzykostnych ręki prawej, typowy obraz porażenia n. sprychowego, upośledzenie czucia ciepłoty; chora podaje. że nie mogła już dawniej rozróżnić ciepła od zimna, wreszcie sinica tejże kończyny. Wkrótce potem występują zaniki na przedramieniu lewem z temi samemi zmianami w upośledzeniu czucia ciepłoty.

Stan obecny. Źrenice obie oddziaływają na światło i na akomodacyę dobrze. Szpary powiekowe równe. Wszystkie gałęzie nerwu twarzowego funkcyonują prawidłowo. Lewa połowa języka ścieńczała, tu i ówdzie drgania włókienkowe; ruchy języka nieupośledzone. Odruch gardłowy utrzymany, mowa wyraźna. Zachłystywania się chora nie zauważyła.

Zaniki mięśni: m. kapturowy prawy ścieńczały (wskutek czego ramię obwisłe ku dołowi). wyraźne drgania włókienkowe. M. naramienny prawy w części przedniej lekko zanikły, dalej zanik przechodzi na m. dwugłowy prawy, mięśnie przedramienia wyprostne, mięśnie zaś małe ręki najwięcej ucierpiały, przestwory międzykostne zapadłe; brzusiec dłoniowy (*thenar*) i przeciwbrzusiec wystają, jako drobne pęczki mięśniowe. Wyprostowanie ręki niemożliwe, ręka zwisa, jak przy porażeniu ołowiczem. Po stronie lewej zanikły mięśnie w mniejszym stopniu: mięsień dwugłowy i kapturowy bez zmian. Czucie dotyku utrzymane. Typowe zmiany w czuciu ciepłoty i bólu na całem przedramieniu, od obwodu począwszy w górę do $^1/_3$ ramienia, po obu stronach do wysokości $^1/_3$ górnej ramienia, najwyraźniejsze na obwodzie. Odruchy ścięgniste wzmożone. Na kończynach dolnych zaników mięśni niema, czucie dotyku i ciepła nieupośledzone. Odruchy ścięgniste wzmożone. Ze strony pęcherza i kiszki stolcowej żadnych nieprawidłowości.

Mamy przed sobą przypadek syringomyelii, najprawdopodobniej na tle krwotoku w górnej części szyjnej rdzenia przedłużonego, (okolica ośrodków nerwu języko-ruchowego i dodatkowego Willisa), oraz rogów przednich. Że taki krwotok mógł mieć miejsce, wskazuje przemijające porażenie połowicze ciała. Wybroczyna została wessaną, zmiany znikły, a natomiast powstały drobne krwotoki w rdzeniu przedłużonym, które dają pochop do bujania tkanki podścieliskowej z następowym rozpadem i wytworzeniem jam, dających obraz tak zwanej syringomyelii.

Jednym z najważniejszych powodów powstawania jam w rdzeniu pacierzowym jest kiła, czego w piśmiennictwie mamy liczne dowody: Dejerine[1]) stwierdził zanik komórek w rogach przednich; nie znalazłszy w oponach miękich żadnych zmian, sądzi, że zmiany w komórkach powstały na tle kiły. Roth[2]) podaje przypadek syringomyelii u 54-letniego mężczyzny, który w młodym wieku przebył kiłę. Choroba rozpoczęła się przed dwoma laty. Zmiany w czuciu dotyku, bóle rwące w górnej kończynie prawej. Bezbolesność (*analgesia*) i brak czucia ciepła (*thermoanaesthesia*). Cohen and Chas k. mills[3]) opisuje przypadek porażenia opuszkowego (*Bulbärparalys*) i syringomyelii u 55-letniego pacyenta, chorego na kiłę. Jarisz[4]) opisał zmiany zanikowe w rogach przednich na tle kiły u dzieci, bez objawów klinicznych. Neuhaus[5]) spostrzegał u 26-letniego robotnika wystąpienie drgawek, brak oddechu, zaniki mięśni na obu przedramionach, pocenie się. Zmiany w czuciu bólu i ciepłoty na przedramieniu prawem, owrzodzenia na palcach. Wywiady stwierdziły kiłę. Seebohn[6]) spostrzegał u syfilityka rozszerzenie powiek oka prawego, objawy syringomyelii, jamy w rdzeniu, zwyrodnienie sznurów Golla. Jegorow[7]) opisał porażenie obu kończyn dolnych, zaniki

---

[1]) Minor über centrale Haematomyelie. *Arch. für Psych.*

[2]) Über Befunde von Haematomyelie und Oblongatablutungen mit Spaltbildung bei Dystokien. *Deutsch. Zeitschrift für Nervenheilkunde. Band 8.*

[3]) Westphal. Beitrag zur Lehre der Syringomyelie. (*Archiv für klinische Medizin. Bd. 64*).

---

[1]) Dejerine (*Archiv. de Physiolog. Bd. 8*).

[2]) Roth. Contribution à l'etude symptom. etiologique de la gliomatose medull. (*Archiv de Neurolog. 1888*).

[3]) Cohen and Chas k. Mills. Bulbärparalys marked. disturbance of poin and temp sense and other phenomenes poit to Syringomyelie. (*Philad. Rep. Juli 1900*).

[4]) Vierteljahrschrift für Dermatolog u. Syphilis 1881.

[5]) Neuhaus. Z. Patholog. der Höhlenbildung im Rückenmarke. Inaugural. Dissertat. 1889.

[6]) Ein Fall von Tumor der Medull. spinal. mit Syringomyelie. Inaugural. Dissert. Strassburg 1888.

[7]) Ein Fall von Syringomyel. (*Neurolog. Centralbl. 1891*)

mięśni, utratę odruchów ścięgnistych, zmiany w czuciu bólu i ciepłoty, objaw Robertson-Argylla. Sekcya wykazała: zmiany kiłowe naczyń, drobne jamy w rdzeniu.

Eisenlohr[1]) dodaje opis choroby robotnika, dziedzicznie obciążonego, ulegającego objawom Robertsona i Romberga, zanikom mięśni, zmianom w czuciu. Sekcya wykazała: glejaka *(Glioma)* rdzenia i zwyrodnienie sznurów Golla. Beevor[2]) stwierdził u 50-letniego mężczyzny zaniki mięśni na przedramionach, niedowład kończyny lewej dolnej, zaburzenia czucia. Sekcya wykazała: dwa kilaki w szyjnej części zgrubienia rdzeniowego. Siemerling[3]) podaje przypadek, w którym zmiany w oponach miękich przechodziły na rdzeń w postaci nacieków drobnokomórkowych; stwierdzono jamy i krwotoki rozsiane w rdzeniu, obraz syringomyelii. Lamy wspomina o zanikach komórek nerwowych w rogach przednich u pacyenta, który przebył kiłę. Oppenheim demonstrował zaniki komórek nerwowych w rdzeniu przedłużonym na tle kiły. Alzheimer[4]) opisał przypadek, w którym u kobiety 42-letniej (wywiady nie stwierdziły kiły) wystąpiły od r. 1893 rwace bóle w karku, obie źrenice słabo oddziaływały na światło, niedowład kończyny dolnej prawej był większy, niż lewej. Odruchy wzmożone. Zmiany w czuciu bolu i ciepłoty, przeczulica. Sekcya wykazała: zapalenie rdzenia i jego opon, zmiany w komórkach rogów przednich, czy drogą krążenia spowodowane, czy też zmianami w korzeniach przednich, rzecz nierozstrzygnięta. Saxer[5]) sądzi, że w jego przypadku idzie o zapalenie rdzenia i jego opon z wytworzeniem jam i bujaniem glii, jako sprawą następową. Co to za sprawa, nie można stanowczo rozstrzygnąć, prawdopodobnie kiła. Zmiany w rdzeniu mogą być zupełnie podobne, jak przy pierwotnej gliozie, uwzględniwszy nadto, że powstające jamy w zetknięciu z przewodem środkowym otrzymują wyściółkę przybłonkową. Nonne[6]) opisuje przypadek gliozy i wiądu rdzenia u chorego na kiłę. Wedle Nonnego przypadki takie przebiegają pod postacią odmieńczą (atypową) wiądu rdzenia, gdzie sekcya wykazuje swoiste zmiany w rdzeniu i oponach, mianowicie w tych miejscach, gdzie zwyczajnie jest lokalizacya zmian klinicznego wzoru wiądu rdzenia (Strümpell, Westphal, Siemerling, Oppenheim, Flechsig[1]). Obok zmian właściwych wiądu rdzenia napotykamy zmiany kiłowego zapalenia rdzenia i jego błon. Nierzadkie są przypadki, gdzie u chorego na kiłę z typowym wiądem rdzenia widzimy przy sekcyi jamy podobne, jak przy syringomyelii. Przypadki Eisenlohra, Nonnego, Jegorowa są podobne do siebie z tego względu, że obok objawów wiądu rdzenia, przyszło do wytworzenia się jam i bujania glii. Inni autorowie przypuszczają, że musi być blizki związek pomiędzy kiłą, a opisanemi zmianami. Według Schwarza[7]) nie podlega

[1]) Eisenlohr. Zur pathologisch. Anatom. der Syphilis, Tabes. (*Neurologisch. Centralblatt 1891*).

[2]) Beevor. Syphylitis tumor of spinal cord with Symptoms simulativ Syringomyelie (*Brith. med. Journal 1893*).

[3]) Siemerling. Z. Syphilis des Centralnervensystems. *(Archiv f. Psychiatrie & Nervenpathologie Bd. 22)*.

[4]) Alzheimer. *(Archiv für Psychiatr. Nervenpatholog. Bd. 32)*.

[5]) Saxer. Anatom. Beiträge zur Kenntniss der sogen. Syringomyelie. (*Zieglers Beitrag. Bd. 20*).

[6]) Nonne. (*Archiv für Psychiatr. Bd. 24*).

[7]) Schwarz. Meningomyelit. syphilitica mit Höhlenbildung im Rückenmarke. (*Zeitschr. f. klin. Medicin. 1898*).

wątpliwości, że zapalenie opon rdzeniowych musi przyczyniać się do powstawania jam. Ciekawem jest, że we wszystkich tych przypadkach góruje zakażenie kiłowe.

Schultze[1]) wypowiada zdanie, że kiła przez zapalenie tętnic (*arteriitis*), twardówki (*pachymeningitis*), rdzenia i błon jego (*meningomyelitis*) może dać powód do wytworzenia jam. Böttiger[2]) opisuje zmiany w komórkach rogów przednich i słupach Clarkego. Barwienie metodą Nissla wykazało wytworzenie się wakuoli, drobnoziarnisty rozpad, zanik jąder. Najwięcej ulegają zmianom słupy Clarkego i korzenie przednie. W naczyniach zmiany Heubnerowskie. Westphal[3]) opisuje przypadek kiły ustrojowej, zaniku mieszkowego języka (*atrophia follicularis linguae*), jamy w rdzeniu (*syringomyelia, pachymeningitis interna haemorrhagica, leptomeningitis cerebri et medullae spinalis*). W późniejszym przebiegu choroby występuje objaw Robertsona.

Wedle Westphala objaw ten przemawia więcej za kiłą, chociaż pojedynczy autorowie (Brutton[4])) spostrzegali ten objaw w syringomyelii (bez wiądu rdzenia i porażenia postępowego). Dr. Buchholz[5]) daje następujący opis: choroba rozpoczyna się w 15 roku życia drżeniem na całem ciele, oraz pojedynczemi drganiami w zakresie n. twarzowego w czasie mówienia. Chory okazuje niedowład kurczowy kończyn dolnych, źrenice nierówne, zanik nerwu wzrokowego. Usposobienie gnuśne, lękliwe, kilaki jądra. Sekcya wykazuje w okolicy naczyń drobne krwotoki w istocie szarej, zmiany komórek w rogach przednich; w rdzeniu drobne jamy, a w ich okolicy bujanie glii. W zwoju potylicznym jama, zmian zapalnych na błonach miękich wykazać nie można.

Nebelthau[6]) podaje kliniczne objawy: niezupełne porażenie połowicze po stronie prawej, upośledzenie mowy (*dysarthria*). Zapalenie n. wzrokowego, ból, zawrót głowy, wymioty, w późniejszym przebiegu choroby niedowład strony lewej, porażenie w zakresie nerwu okoruchowego. Sekcya wykazała kilak w lewej połowie mózgu, torbiele, zapalenie opon mózgowych na podstawie; w części szyjnej 15 ctm. długa jama; obok tego bujanie glii, zapalenie opony miękiej (*leptomeningitis*), zmiany Heubnerowskie w naczyniach. Ponieważ kiła mózgowo-rdzeniowa w największej części przypadków powoduje zmiany w naczyniach, zwrócono uwagę na to, czy pierwotne zmiany w naczyniach nie powodują martwicy w rdzeniu i następowego rozpadu. Westphal w swoim przypadku syringomyelii i równoczesnej kiły pisze: „jamy te, szczególnie w rdzeniu przedłużonym, okazują pewien związek z naczyniami, przebiegają one w kierunku, albo obok naczyń“.

Naczynia są rozszerzone, wypełnione szklistą substancyą. Ściany są zgrubiałe, a światło ich często zamknięte; takie naczynia wpadają do miejsc uległych martwicy.

[1]) Schultze. Berichte vom Moskauer Congress.

[2]) Böttiger. Beitrag zur Lehre von den luetischen Rückenmarkskrankheiten. (*Archiv für klinische Psychiatrie Bd. 26*).

[3]) Westphal. (*Archiv für klinische Medicin Bd. 64*).

[4]) Brutton. Ein Beitrag zur Casuistik der Syringomyelie. (*Inaugural. Dissert.* Dorpat 1892).

[5]) Dr. Buchholz. Ein Fall syphilitisch. Erkrankung des Nervensystems. Bd. 32. 1899).

[6]) Prof. Nebelthau. Syphilis des Centralnervensystems mit centraler Gliose u. Höhlenbildung. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* Bd. 16. 3 u. 4 Heft).

Westphal wraz z Schlesingerem jest zdania (jak to już poprzednio Leyden i Schulze dowiedli), że zmiany naczyniowe grają szczególniejszą rolę w powstawaniu jam. Zasługują również na uwagę zmiany w oponach (*pachy-eptomeningitis*), zwłaszcza wobec mnożących się coraz bardziej spostrzeżeń, że zmiany w oponach pośredniczą w powstawaniu syringomyelii. Fr. Müller[1]) i Meder twierdzą, że kiła nabyta i odziedziczona nie rzadko jest przyczyną syringomyelii.

Przypadek syringomyelii na tle kiłowem, spostrzegany dłuższy czas w ambulatoryum prof. Dra Chvostka jest następujący:

Anna Julis. zgłosiła się do kliniki 29 marca; liczy lat 44, robotnica, dawniej *publica*, rodem z Czech. Wywiady: rodzice oboje nie żyją, przyczyny śmierci chora podać nie może. Z rodzeństwa 4 umarło w wieku wczesnym. W 6 roku życia przebyła dur brzuszny. Obecna choroba rozpoczęła się przed 8 laty utratą siły w dwóch ostatnich palcach ręki prawej; chora nie mogła nic utrzymać w tych palcach. Z początku była ta ręka obrzmiała, a skóra na niej popękana, poczem nastąpiły zaniki mięśni. W dalszym ciągu chora traciła stopniowo siłę w ręce lewej, później w ramieniu lewem, pomału zanikły mięśnie śródręcza. Przed 5 laty była leczona ambulatoryjnie prądem elektrycznym. Bólów rwących w tych kończynach chora nie miała. Przed dwoma miesiącami uczuła mrowienie, kłócie w palcach, ramieniu, łopatce i w połowie prawej twarzy, poczem wystąpiło uczucie strętwienia w ramieniu prawem. Przed 8 dniami rozpoczął się znów napad mrowieniem w prawej ręce, przeszło ono na ramię, połowę twarzy i piersi po prawej stronie; obok tego uczucie strachu, umiejscowione w okolicy serca, poczem nagle pojawiły się drgania kloniczne naprzód w palcach ręki prawej, przeszły na przedramię, ramię i twarz (chora podaje, że jej rękę i twarz wykrzywiło, przyczem i ucho się poruszało). To trwało 2—3 minuty. Od 17 marca cierpi chora na ból głowy, szczególnie w czole i tyłogłowiu po stronie prawej, oprócz tego pojawiają się bóle w części szyjnej kręgosłupa. Od dwóch lat chora ma gorszy wzrok, wśród bólu głowy widzi koła tęczowe, które pojawiają się podczas ruchu(a znikają, kiedy chora spokojnie leży. Bóle głowy powtarzają się częściej. Pierwej opisane napady w górnej połowie ciała powtórzyły się trzykrotnie bez utraty przytomności, wśród objawów strachu i gniecenia w żołądku. Przed 18 laty miała chora wrzód na częściach rodnych, który w przeciągu kilku tygodni wyleczyła; osutki żadnej nie miała; leczenia rtęciowego nie przebywała. Takie same owrzodzenie miała przed 2 laty. Regularność pojawiła się w 13 roku życia. Przed dwoma laty wystąpiły chwilowe zaburzenia w oddawaniu moczu, mianowicie parcie przy oddawaniu. Bóle w tyłogłowiu. Kiły nie przebywała. (?)

Stan obecny: Chora budowy wątłej, o średnio rozwiniętej tkance mięśniowej. Obie źrenice węższe, nie oddziaływają na światło, ani na akomodacyę. Badanie dna oka (na klinice prof. Fuchsa) dało wynik ujemny. W zakresie nerwów twarzowego, okoruchowego, językoruchowego zmian żadnych. Odruch gardłowy utrzymany. Ruchy językiem swobodne. Obie połowy języka równe. Mięśnie małe ręki prawej zanikłe, po prawej stronie więcej, niż po lewej, najwybitniejsze są zmiany są w brzuścu i przeciwbrzuścu dłoniowym, dalej zanikłe są mięśnie przedramienia, przedewszystkiem mięśnie prostujące, wskutek tego ręka zwisa, jak przy porażeniu ołowiczem. Po stronie prawej chora ręki nie może wyprostować, po lewej wyprostowanie do pewnego stopnia możliwe. Przestwory międzykostne śródręcza wklęsłe, wyraźne drgania włókienkowe. Pnie nerwowe przy ucisku niebolesne.

Badanie prądem elektrycznym wykazuje zmiany ilościowe. Czucie dotyku nie wykazuje żadnych zmian. Czucie ciepłoty na obu rękach i przedramionach upośledzone, więcej w częściach obwodowych. Podmiotowo chora doświadcza uczucia zimna, ręce chłodne, sinawe. Odruchy ścięgniste wzmożone. Na kończynach dolnych, oprócz lekkiego wzmożenia odruchów kolanowych, — zmian żadnych. Odruchu stopowego nie da się wywołać.

$^{31}/_{3}$. Chora dostała napadu, który rozpoczął się mrowieniem

[1]) Fr. Müller u. Meder. Zur Kenntnis der Syringomyelie. (*Zeitschrift für klin. Medicin.* Bd. 28).

w prawej ręce, przedramieniu, ramieniu, na twarzy, do tego dołączyły się kurcze drgawkowe w tym samym porządku. Napad trwał 5 minut, przytomność utrzymana.

$^{3}/_{4}$. Lekkie drgania w palcach i przedramieniu prawem, trwające 3 minuty, poczem chora czuje większe osłabienie w ramieniu prawem, czucie dotyku prawidłowe.

$^{8}/_{4}$. Bóle głowy w okolicy czoła, bolesność w zakresie n. nadoczodołowego.

$^{10}/_{4}$. Napad podobny jak $^{3}/_{4}$.

$^{15}/_{4}$. Władza w ręce prawej wraca, rwące bóle i przeczulica w tej kończynie zmniejszają się; badanie czucia wykazuje te same zmiany, co poprzednio. Leczenie: *Rubidium jodatum.* Wedle podania chorej, czuje ona więcej siły w rękach.

Mamy przed sobą przypadek zaniku mięśni, połączonego z utratą czucia dla ciepła i zimna. Niedowład obu kończyn górnych więcej po stronie prawej, niż lewej. Objaw Robertsona.

Ważnem zjawiskiem są kurcze drgawkowe (epilepsia Jacksoni), rozpoczynające się zawsze w palcach ręki prawej, przechodzące następnie na przedramię, ramię i twarz. W ręce pozostaje po takich napadach osłabienie siły mięśniowej; zauważyć należy, że u tej chorej brak wszelkich objawów macinnicy. Zaniki mięśni sa następstwem zmian komórek w rogach przednich; rozpoczęły się one przed laty ośmiu, postępują bardzo powoli i ograniczają się głównie do mięśni małych obu rąk i przedramion. Zmiany komórek w obu rogach przednich w przebiegu kiły spostrzegał Dejerine, Jarisz, Lanny, Oppenheim, Alzheimer i inni. Objaw Robertsona, tak często napotykany przy wiądzie rdzenia, porażeniu postępowem, kile, znajduje się i w naszym przypadku. Przy syringomyelii jedynie Brutton wspomina o zwężeniu źrenic. Częściej przy syringomyelii napotykamy źrenice nierówne, słabo oddziaływające na światło, przyczem w przypadkach syringomyelii, zestawionych przez Stefana Dimitroffa[1]), najczęściej zdarzało się rozszerzenie prawej źrenicy. W przypadkach Eisenlohra, Jollyego[2]), Karga[3]), w których występuje objaw Robertsona, towarzyszył syringomyelii wiąd rdzenia.

W naszym przypadku możemy dla braku wszelkich objawów wykluczyć porażenie postępujące. W wiądzie części szyjnej rdzenia (*tabes cervicalis*) mamy zwyczajnie upośledzenie czucia dotyku, niezborność ruchów w kończynach górnych, wcześnie pojawiające się bolesne kurcze żołądka (*crises gastriques*), rwące bóle w kończynach górnych, przytem odruchy w kończynach górnych najczęściej bywają zniesione; jest to choroba tak rzadka, że na 106 przypadków wiądu zwyczajnego widział Dejerine 1 przypadek wiądu szyjnego (*tab. cervicalis*). W naszym przypadku był brak niezborności i bolesnych kurczów żołądka (*crises gastriques*), odruchy były zwiększone, czucie dotykowe utrzymane. Cały stan chorobowy ograniczał się do kończyn górnych, postępował bardzo powoli.

Ze strony nerwów mózgowych żadnych zmian nie stwierdzono. Pozostaje zatem kiła i syringomyelia. Objaw Robertsona, padaczka Jacksona, bóle głowy, przeczulica przemawiają za kiłą. Wprawdzie chora zaprzecza, żeby kiłę prze-

[1]) Stef. Dimitroff. Ueber Syringomyelie. (*Archiv für Psych. et Neurolog.* Bd. 29).

[2]) Ueber trophische Störungen bei Rückenmarkskrankheiten. (*Archiv für Psych.* Bd. 22).

[3]) Karg. Syringomyelie mit Gelenkr. (*Langenbeck Archiv* Bd. 61).

była, lecz objawy mózgowo-rdzeniowe, zmiany powoli postępujące, zatrudnienie chorej (*publica*), skutek leczenia: wszystko wskazuje na to, że mamy do czynienia z przypadkiem kiły. Zaniki mięśni, podwyższenie odruchów ścięgnistych, dysocyacya czucia, dają podstawę do rozpoznania syringomyelii. Poprzednio zebrane piśmiennictwo wskazało na związek pomiędzy kiłą a syringomyelią. Sądzę, że w naszym przypadku mamy do czynienia z kiłą, która czy to drogą krążenia, czy drogą przewlekłego zapalenia opon rdzeniowych wywołała zmiany w sznurach Golla i rogach przednich. Możliwe jest, że przyszło do rozpadu tkanki nerwowej i wytworzenia jam w rdzeniu.

II. Z zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.

O wydzielaniu i składzie śliny gruczołu przyusznego (parotis) pod wpływem rozmaitych czynników.

Podał

Dr. A. Gońka.

Badacze, którzy dotąd zajmowali się sprawą wydzielania się śliny, tak w stanie prawidłowym, jak patologicznym, tak dobrze pod wpływem drażnienia bezpośredniego odpowiednich ośrodków nerwowych, jakoteż pod wpływem drażnienia nerwów obwodowych, a więc wydzielania drogą odruchową, zwracali się przedewszystkiem, z pewnem upodobaniem, do gruczołów podszczękowych, a nie przyusznych. To też liczba prac, odnoszących się właśnie do tych pierwszych, a opartych na doświadczeniach, wykonanych na psach, jest nieporównanie większa, a same badania o wiele ściślejsze i dokładniejsze. Pochodziło to prawdopodobnie z tej prostej przyczyny, że ilość śliny, którą otrzymywać można z przewodów gruczołów podszczękowych, jest znacznie większa, a przez to badanie jej pod względem ilości i składu chemicznego może być łatwiejsze i dokładniejsze.

Pomimo atoli prac klasycznych Ludwiga, Heidenhaina, Witticha, Eckharda, Pawłowa itp. [1]), sprawa nie jest jeszcze wszechstronnie wyświetlona. Do ostatnich bowiem czasów brakowało badań, któreby wyjaśniły, jaka zachodzi zależność między drażnieniem poszczególnych nerwów obwodowych, zwłaszcza nerwów jamy ustnej, a wydzielaniem śliny na drodze odruchu, jakim zmianom ulega wtedy ślina pod względem zawartości składników organicznych i nieorganicznych. W ostatnich dopiero czasach, dzięki wyczerpującej pracy Becka [2]), wiadomości nasze w tym kierunku stały się obfitsze i ugruntowane na systematycznych doświadczeniach. Atoli prace wzmiankowanych autorów obejmują tylko gruczoły podszczękowe, — co się zaś tyczy gruczołów przyusznych, badania systematyczne w tym zakresie są skąpe, a wyniki ich nieraz sprzeczne. Że tak jest, dość powiedzieć, że gdy np. Rahn [3]) stwierdził u królików wpływ drażnienia nerwu językowo-gardłowego (*nerv. glossopharyng.*) na gruczoł przyuszny, a wykluczał działanie drażnienia gałęzi językowej nerwu trójdzielnego, Eckhard [4]) i tej gałęzi przypisuje właściwość oddziaływania na gruczoł przyuszny. Cl. Bernard [5]) przypisuje ruchom żucia wzmożenie wydzielania z tego gruczołu, a prócz tego twierdzi, że uczucia smakowe pobudzają do czynności gruczoł podszczękowy. W badaniach więc w tym kierunku jest pewna luka, i lukę tę, zachęcony przez prof. Becka, postanowiłem pracą niniejszą wypełnić. Ponadto bodźcem do mych badań były względy nietylko teoretyczne, ale i praktyczne.

Polem, na którem pracuje dentysta, jest jama ustna; wszystkie operacye, tam wykonywane, przedewszystkiem zaś niekrwawe, dokonywują się z konieczności wśród pewnych podrażnień błony śluzowej ust i te właśnie podrażnienia w drodze odruchu spowodowują obfitsze wydzielanie śliny, zalewającej ustawicznie (jak np. przy plombowaniu) pole operacyjne. Że zaś dostęp śliny do zębów, mających się plombować, ze względu na materyał, który do plombowania ma być użyty (z wyjątkiem cyny i niezlepnego złota), jest zawsze wielce niepożądany, więc też w pierwszym rzędzie chciałem zbadać, jak się ma rzecz z odruchowem wydzielaniem śliny z gruczołu przyusznego, gdyż badania co do gruczołów podszczękowych, są, jak wspomniałem, ustalone; przedewszystkiem zaś, jakie i jak silne podrażnienia błony śluzowej ust (pyska) są w stanie to wydzielanie wywołać, przyspieszyć i w jakim stopniu, jaka zachodzi w tym kierunku różnica między nerwami czuciowymi np. a smakowymi, nietylko gdy szukamy w chwili drażnienia efektu na gruczoł przyuszny, ale gdy obserwujemy równocześnie także i gruczoł podszczękowy?

Dalszym faktem, o którego wyjaśnienie mi szło, było pytanie, czy podrażnienie, wywoływane w jamie ustnej po jednej tylko stronie, wywołuje wzmożoną czynność gruczołu tylko po tej samej stronie, czy też przenosi się także i na stronę przeciwną i to w tym samym, czy też zmniejszonym stopniu, względnie, czy skutek drażnienia nie objawia się może po stronie przeciwnej?

Pośrednio z tem wiązało się pytanie, jak wpływają podrażnienia obwodowe, dokonywane na pniach nerwów rdzeniowych? W tym celu poddawano drażnieniu nerwy siedzeniowy *(ischiadicus)* i udowy *(cruralis)*. Badania te, już tylko, że tak powiem, dodatkowe, były wykorzystaniem tej okoliczności, że doświadczenia robiłem na psach tak samo, jak okolicznościowo badałem wpływ na wydzielanie z gruczołu przyusznego, tak zwanych przez Heidenhaina środków limfopędnych, o czem później nieco obszerniej pomówię. Chęć włączenia jeszcze innych pytań wyłoniła się w ciągu samej pracy; osią atoli, około której przedewszystkiem moje badania się obracały, było pytanie pierwsze, jako najwięcej mnie ze względów praktyczno-dentystycznych obchodzące.

Z dentystycznego punktu widzenia, ślinę, otrzymywaną w czasie moich doświadczeń, zużytkowałem ponadto w ten sposób, że odpowiednią analizą starałem się oznaczyć każdorazowo, ile odsetkowo ślina ta zawiera w sobie części stałych i to mianowicie części organicznych i nieorganicznych. Badania te przeprowadzałem także ze szczególniejszą uwagą wtedy, gdy równocześnie zbierałem ślinę z przewodu Stenona

[1]) Physiologie der Absonderungsvorgänge von prof. Dr. R. Heidenhain in Breslau.

[2]) A. Beck: Badania nad unerwieniem gruczołów ślinowych. Kraków 1898.

[3]) C. Rahn: *Zeitschrift f. rat. Med.* I. S. 285. 1851.

[4]) C. Eckhard: Experimentalphysiologie des Nervensystems. S. 185. Giessen 1866.

[5]) Cl. Bernard: Leçons de physiologie experimentale. II. p. 45. 1856.

i Warthona do osobnych tyglów, a mianowicie dlatego, gdyż analiz takich śliny, pochodzącej z gruczołu przyusznego, na ogół jest bardzo mało; ponadto szło mi jeszcze o inną i to znacznie ważniejszą sprawę.

Miller[6]) badając warunki w jakich powstaje próchnica zębów, mówi, że organiczne i nieorganiczne substancye, znajdujące się w jamie ustnej, a służące jako pożywka dla próchnicotwórczych bakteryj, są następujące: 1) ślina prawidłowa; 2) śluz jamy ustnej; 3) komórki odpadłego przybłonka; 4) tkanka zęba, rozmiękła przez kwasy; 5) odsłonięta miazga zęba; 6) wypocina dziąseł, drażnionych złogami kamienia; 7) wreszcie zwierzęce i roślinne pokarmy, do ust jako jedzenie wprowadzane. Że rozmiękła działaniem kwasów, odwapniona tkanina zęba, odsłonięta miazga spróchniałego zęba, jako stałe pożywki dla bakteryj najważniejsze mają znaczenie, to nie ulega najmniejszej wątpliwości; ale pożywka ta stwarza się dopiero wtedy, gdy próchnica już znacznie postąpiła. Inne rodzaje wzmiankowanych pożywek, przy należycie utrzymywanej czystości, dają się mniej więcej usunąć, ślina napływa atoli ciągle. Nasuwa się więc przypuszczenie, że właśnie ta wydzielina i to w stanie świeżym, z całą zawartością części organicznych, może odgrywać rolę najdogodniejszej, bo nieprzypadkowej, pożywki dla bakteryj. Miller[7]) wprawdzie twierdzi, że czysta ślina jest tylko obojętną pożywką dla bakteryj, bo zawiera tylko 0·15% organicznych substancyj, podczas gdy z doświadczenia wiadomo, że dobra płynna pożywka dla bakteryj zawierać powinna znacznie wyższy odsetek organicznych substancyj. To twierdzenie Millera, to odmawianie ślinie wartości dobrej pożywki wydaje mi się być nieuzasadnione. Przedewszystkiem znakomity ten zresztą badacz nie podaje, czy taką zawartość części organicznych ma ślina zmięszana (z obu gruczołów), czy też tylko z jednego z nich. Z natury rzeczy takiej przewyżki w częściach organicznych spodziewać się należało z gruczołu przysznego, jako surowiczego (wydzielającego białko). Wydawało mi się więc rzeczą niemałej wagi wykazać, czy ślina z któregokolwiek bądź z tych gruczołów jest rzeczywiście tak ubogą w części organiczne, że w warunkach prawidłowych niemożna jej uważać za dostateczną pożywkę dla bakteryj, czy też rzecz się ma odwrotnie. Z tym programem pytań zabrałem się do mych doświadczeń. Pierwotnym zamiarem moim było przeprowadzić te doświadczenia na ludziach; one jedynie oczywiście byłyby miarodajnemi i najściślej odpowiadającemi celowi. Najlepsze moje atoli chęci rozbiły się na razie o trudność dostania takich ludzi, na którychby doświadczenia zamierzone przeprowadzić było można. Żadna przynęta pieniężna nie była w stanie przełamać uprzedzenia, że zbieranie śliny nabawić ich może urojonych chorób. Pierwsze zresztą próby wprowadzenia kaniuli do ujść przewodów Stenona były zazwyczaj wystarczające, by ich od powtórnego zjawienia się odstraszyć. Z konieczności więc poprzestać musiałem na przeprowadzeniu całego szeregu doświadczeń na psach. Oczywiście wiedziałem z góry, że niepodobna wyników, otrzymanych na zwierzętach, odnosić i do ludzi; co najwyżej przewidywać było można tylko pewną analogię i doświadczenia te uważać przedewszystkiem za nadające kierunek, gdy takie same doświadczenia robić będę na ludziach, co w najbliższej przyszłości uskutecznić nieomieszkam. Miało to zresztą i tę dogodną stronę, że na zwierzętach tylko pokusić się mogłem o rozwiązanie owych dodatkowych, a wyżej wzmiankowanych pytań, jaki wpływ wywiera drażnienie nerwu siedzeniowego, udowego, działanie środków limfopędnych, nadnerczyny itd. Opis samych doświadczeń zbyć mogę bardzo krótko. Za wzór do nich posłużyła mi przytoczona praca prof. Becka. Każdemu psu robiłem tracheotomię, wprowadzałem w przeciętą tchawicę kaniulę szklaną, łącząc ją z przyrządem do sztucznego oddechania; w odpreparowaną żyłę wprowadzono taką ilość kurary, dopóki zwierzę nie było zupełnie bezwładne. Na szczegół ten kładę większy nacisk, by niemal zaraz na wstępie zwrócić uwagę, że posłuży mi to do wyjaśnienia pewnego punktu spornego, dotyczącego działania kurary na gruczoły ślinowe.

Odpreparowywałem następnie od strony wewnętrznej oba przewody Stenona, wprowadzałem w nie cienkie szklane kaniulki, które następnie łączyłem za pośrednictwem rurek gumowych z grubszemi już kaniulkami szklanemi i pod te ostatnie podstawiałem porcelanowe tygielki, dokładnie przedtem oczywiście odważone. Krople spadającej śliny notowałem na walcu kymografionu dwoma elektrycznymi sygnałami (dla prawego i lewego przewodu), pod którymi znajdował się jeszcze trzeci, znaczący sekundowe odstępy czasu. Oba sygnały, zapisujące kroplami wydzielającą się ślinę, włączone były w osobne koło prądu stałego i zaopatrzone kluczami przerywającymi. Zapomocą ich osobni pomocnicy znaczyli na walcu kymografionu spadające z obu przewodów krople śliny, trzeci pomocnik na tymże samym walcu zaznaczał moment, w którym rozpoczynało się i kończyło drażnienie, a w szczególności, jaki był tegoż rodzaj. W ten sposób na walcu kymografionu notowałem nietylko ilość kropel, spadających w pewnym oznaczonym przeciągu czasu, ale uwidoczniałem, czy to spadanie zaraz, po podrażnieniu odbywa się w tem samem, czy w przyspieszonem tempie, inaczej mówiąc, notowałem, czy podrażnienie przyspiesza wydzielanie, czy nie.

Pierwszem spostrzeżeniem, jakie się w uderzający sposób samo niemal rzucało przed oczy, było wręcz odmienne oddziaływanie kurary na wydzielniczą czynność ślinianek przyusznych, niż, jak to opisują badacze, którzy robili doświadczenia na śliniankach podszczękowych. Podczas gdy bowiem Pawłow[8]), a później Beck[9]), z całą stanowczością utrzymują, że kurara przyspiesza wydzielanie śliny z gruczołów podszczękowych, ja na podstawie doświadczeń doszedłem do odmiennych wyników. Co prawda, Buff[10]) kwestyonuje spostrzeżenia Pawłowa, twierdząc, że przyspieszone wydzielanie po kurarze trzeba kłaść nie na karb działania samej trucizny, ale że zjawisko to występuje jako następstwo niezupełnego jeszcze zatrucia, gdy zwierzę samo jeszcze oddycha, skutkiem czego przy silniejszem podrażnieniu wykonuje ono gwałtowniejsze ruchy, powodujące czynność wydzielniczą.

Na wstępie podkreśliłem tę okoliczność, że właściwego doświadczenia nie rozpoczynałem tak długo, jak długo zaku-

[6]) W. D. Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Leipzig, 1889.

[7]) l. c. str. 39.

[8]) Über die reflectorische Hemmung der Speichelabsonderung. Arch. f. d. ges. Physiologie XVI str. 272. 1878.

[9]) l. c. str. 6.

[10]) Buff. Revision der Lehre von der reflectorischen Speichelsecretion. Inaugural. Dissert. Giessen 1887.

raryzowanie nie było zupełne. Dość powiedzieć, że prawie zawsze dla udogodnienia zabiegów zwalniano z pęt głowę zwierzęcia, rozwiązywano pysk, a mimo to ślinienie było obfite, ale tylko z gruczołów podszczękowych. Twierdzenia więc Buffa na podstawie moich spostrzeżeń podzielać nie mogę, ale tylko o tyle, o ile idzie o inne gruczoły ślinne. Ślinienie, powtarzam, rzeczywiście zaraz po wstrzyknięciu kurary występowało, lecz tylko z gruczołów podszczękowych; przyuszne na tę podnietę zachowywały się zupełnie odpornie. Podczas gdy z pyska ciekły nieraz strumienie ciągnącej się śliny, raz tylko jeden zauważyłem, że równocześnie zaczęły się bez użycia pilokarpiny wypełniać śliną kaniulki, wprowadzone do obu odpreparowanych przewodów. Przy pierwszych doświadczeniach byłem tem tak zakłopotany, że podejrzywałem, czy przypadkowo nie nastąpiło tu skręcenie przewodów lub przypadkowe zatkanie ich. Atoli dokładniejsze badanie, polegające na ostrożnem przesondowaniu, przekonało mnie, że podejrzenia były nieuzasadnione. Że zaś zjawisko to powtarzało się systematycznie przy wszystkich następnych doświadczeniach, musiałem nabrać przekonania, że jednak kurara rzeczywiście na czynność wydzielniczą gruczołów przyusznych całkiem niewpływa. Nie kusząc się o wytłómaczenie tego objawu, dodam, że chcąc gruczoły zmusić niejako do wydzielania, trzeba było uciekać się koniecznie do wstrzykiwania pilokarpiny, która dopiero sprowadzała pożądany skutek. Z nastaniem jego zaczynałem w tej chwili sygnałami zapisywać spadające krople, obserwując z miejsca, czy dzieje się to jednomiernie z obu gruczołów. Przestrzeganie tego szczegółu okazało się o tyle koniecznem, że już nieraz przed rozpoczęciem jednostronnego drażnienia zaznaczało się odmienne zachowanie się obu gruczołów tak, iż nieraz przez przeciąg całego doświadczenia jeden gruczoł stale wydzielał bez podniety energiczniej, niż drugi, i prawie nigdy nie zdarzało się, by pomiędzy nimi nastąpiło po pewnym okresie czasu wyrównanie.

Różnicę w tej energii wydzielania na ogół wykazywała waga śliny, zebranej z jednego i drugiego gruczołu.

Przeczekawszy pierwsze działanie pilokarpiny, dopiero z chwilą, że tak powiem, względnego uspokojenia się gruczołów, zaczynałem właściwe doświadczenie, tj. drażnienie. Bodźców używałem rozmaitych: mechanicznie drażniono: nozdrza (sondą), język, błonę śluzową policzków, miękie i twarde podniebienie (szczypaniem pincetą), do tej kategoryi zaliczyć też trzeba ruchy żuchwy. Chemikaliami, jak kwas solny, cukier, eter, wdmuchując lub wprost stosując, drażniłem nozdrza lub różne miejsca błony śluzowej pyska. Prądem indukcyjnym (znacząc zawsze odległość cewek) drażniono nerwy: językowy, kulszowy i udowy, — nadto ujście zewnętrzne nozdrzy i różne części błony śluzowej, niemniej język w kilku okolicach. Niepotrzebuję chyba dodawać, że między jednem a drugiem podrażnieniem robiono przerwę odpowiedniej długości, zależną od skutku danego podrażnienia i czasu trwania tegoż, dopóki gruczoł nie przyszedł do równowagi. Ponadto stosowałem drażnienie ogólne, a mianowicie: z limfopędnych używałem fizyologiczny roztwór soli kuchennej, roztwór cukru gronowego, wreszcie pepton.

Dodawszy do tego wprowadzania w żyłę nadnerczyny i stosowanie kilkakrotne duszenia zwierzęcia w ten sposób, że zatrzymywałem sztuczne oddechanie, omówię prawie wszystkie sposoby drażnienia, jakie w moich doświadczeniach wykonywałem. Ten ostatni sposób drażnienia stosowałem dlatego, by się przekonać, o ile teorya Jaenickego[11]), stwierdzona właśnie na gruczołach przyusznych, jest słuszną. Autor ten bowiem opierając się na spostrzeżeniach Luchsingera, że w czasie duszności *(dyspnoe)* pobudliwość gruczołów ślinowych do wydzielania znacznie się wzmaga, usiłuje objaw ten tak wytłómaczyć, że jest on tylko skutkiem większego nagromadzenia się bezwodnika kwasu węglowego we krwi i zatrucia nim.

Ponadto wspomnieć jeszcze muszę, że badałem wpływ wprowadzenia do ustroju kofeiny na wydzielinę gruczołów przyusznych.

Próby z wprowadzaniem tych substancyj do obiegu krwi wplatałem częściowo między różne sposoby drażnienia, w czasie jednego i tego samego doświadczenia; niektórym zaś środkom, jak limfopędnym, poświęcałem osobne doświadczenia kontrolne. (C. d. n.)

III. O KLIMACIE.

Ustęp z wykładów o balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem r. szk. 1899/1900.

Podał

Dr Ludomił Korczyński

Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

Posługując się wyrażeniem „klimat“, nie określamy niem pojedyńczego pojęcia; w myśli przesuwa się nam cały szereg pojęć, które, kojarząc się i dopełniając nawzajem, tworzą obraz całkowity, dają wyobrażenie o tem, co zbiorowo zowiemy mianem klimatu lub podniebia. Nazwa podniebie bardziej jest zrozumiała. Staje w niem na myśli pojęcie powietrza, ziemi i wody ze wszystkiemi wspólnemi i odrębnemi cechami, właściwościami i zjawiskami, które pewnym okolicom, lub pewnym miejscowościom nadają fizyograficzne piętno, a które, biorąc rzecz ze stanowiska lekarskiego na sprawy życiowe, przedewszystkiem ustroju ludzkiego, mniejszy lub większy, ogólny lub bardziej ograniczony, wpływ wywierać mogą.

Poznaniem wszystkich tych szczegółów zajmuje się klimatologia, wyzyskuje je w celach leczniczych klimatoterapia.

Bezpośrednio ze słów powyższych wynika, że chcąc wyrobić sobie jasne pojęcie o klimacie, należy poznać nietylko wszystkie czynniki, które się nań składają, lecz i ogólne prawa, którym czynniki te podlegają; ocenić wzajemny ich stosunek do siebie i wzajemny wpływ na siebie, a wreszcie zaznajomić się z wpływem ich na ustrój.

Środowiskiem właściwem życia jest powietrznia — atmosfera — więc też i właściwościami powietrzni najwcześniej zajmować się zaczęto i najwięcej poświęcano im uwagi. A właściwości jej są: 1. skład powietrza, 2. ciepłota powietrza, 3. prężność czyli ciśnienie atmosferyczne, 4. zawartość pary wodnej w powietrzu czyli wilgotność, 5. przejrzystość powietrzni względnie jej zachmurzenie, 6. zawartość skroplonej pary wodnej i zależne od tego opady atmosferyczne, 7. prądy powietrzne czyli wiatry, 8 elektryczność powietrza.

Skład powietrza. Badanie składu powietrza — aerologia — jest przedmiotem ważnym, zajmującym i bardzo obszernym. W szczegóły tych badań nie może wchodzić klimatologia. Uwzględnia ona to tylko, co bezpośrednie dla niej ma znaczenie.

Ze stanowiska klimatycznego, na dalszym planie higienicznego, ważnym jest przy ocenianiu zdatności klimato-

[11]) Adolf Jaenicke: Untersuchungen über die Secretion der glandula parotis. (*Arch. f. d. gesammte Physiologie*, tom 17, str. 183).

terapeutycznej pewnego miejsca nie tyle sam stosunek gazów, tworzących mięszaninę powietrza, bo ten w przyrodzonych warunkach, które jedynie brać należy pod uwagę, nie jest o tyle zmienny, aby w lecznictwie ważniejszą mógł odgrywać rolę, ile ważnem jest poznanie domieszek, obcych właściwie powietrzu jako takiemu, a jednak znajdujących się w niem prawie z reguły.

Jako składniki istotne powietrza, pomijając niedawno odkryte o nieznanem znaczeniu, uważamy tlen, azot, kwas węglowy i parę wodną; z domieszek gazowych zawiera powietrze ozon, nadtlenek wodu, amoniak, kwas azotowy, wyjątkowo siarkowodór i rozmaite związki lotne węgla; jako domieszki stałe znajdują się w powietrzu drobniuchne cząstki pyłu, składającego się z ciał nieorganicznych, organicznych i uorganizowanych drobnoustrojów.

Ilość tlenu, zawartego w powietrzu, waha się w granicach bardzo tylko nieznacznych; jako średnią przyjąć można w 100 częściach objętości 20·96%, biorąc naturalnie pod uwagę powietrze z miejsc otwartych i przewiewnych. W przestrzeni zamkniętej, w źle odwietrzanych mieszkaniach, w przepełnionych salach, w sąsiedztwie kanałów i wszelkich zbiorników nieczystości, ilość tlenu spadać może poniżej 20%. Wśród niezamieszkałych i bardzo korzystnie położonych obszarów podnosi się ta ilość bardzo tylko nieznacznie, dochodząc do 21%.

Znaczenie tlenu dla życia tak ogólnie jest znane, że zbytecznemby było podnosić je tutaj. Ilość jego jest we wszystkich zwykłych warunkach zawsze wystarczająca. W powietrzu, które nazywamy nieczystem, względnie zepsutem, zależy wpływ szkodliwy, wywierany na ustrój, nie od ubytku tlenu, ale od obecności trujących gazów. Wyjątek stanowi powietrze bardzo rozrzedzone, a więc zawierające w tej samej objętości mniej drobin tlenu. Do pewnych granic znosi ustrój prawie obojętnie ten niedobór, zastosowuje się łatwo do niego; gdy wszakże ubytek stanie się znaczny, lub gdy zmiana w zawartości tlenu zbyt szybko nastaje, zjawiają się objawy chorobliwe, które trafnie nazwaćby można objawami głodu tlenowego.

Znaczenie azotu, który znajduje się w średniej ilości 79%, jest dla życia zupełnie prawie nieznane; i dziś jeszcze, jak dawniej, sądzimy, że służy on poniekąd do rozcieńczenia tlenu.

Zawartość kwasu węglowego w powietrzu jest wogóle nieznaczna, wynosi średnio około 0·04% w 100 częściach objętości i waha się w granicach setnych części liczb. Ilości większe znajdują się w tych wszystkich warunkach, w których, jak wyżej poznaliśmy, spada ilość tlenu, a więc w dusznych i przepełnionych mieszkaniach, w źle odwietrzanych salach i t. p. Uwzględniając warunki przyrodzone wiemy na pewno, że ilość CO_2 wzrasta w powietrzu chłodniejszem i o nizkiem parciu, oraz przy mgle, że jest większa w lecie, aniżeli w zimie, w nocy, aniżeli we dnie. Dawniejsze rozbiory wskazywały większą zawartość kwasu węglowego w powietrzu górskim, aniżeli w powietrzu równin, czemu przeczą nowsze oznaczenia. Powietrze morskie uboższe jest w bezwodnik kwasu węglowego. Ilość CO_2 w powietrzu leśnem nie różni się według dotychczasowych nielicznych badań od ilości, znajdowanej w otwartem polu.

Granice wahań są, jak to już nadmieniliśmy, wcale nieznaczne; jako ilości najniższe otrzymywano w przestrzeni otwartej 0·0225%, jako najwyższe 0·072%; w dusznych mieszkaniach lub przepełnionych salach dochodzić może wyjątkowo ilość CO_2 do 0·2%. Ale nawet i tak znaczne nagromadzenie kwasu węglowego w powietrzu nie wywiera samo przez się wpływu szkodliwego na ustrój ludzki. Świadczą o tem wdechiwania rozpylonych wód gazowych w salach inhalacyjnych, w których znajduje się 1 do 3 % CO_2. Tem mniej więc można mówić o wpływie kwasu węglowego, zawartego w powietrzu stacyi klimatycznych.

Bardzo przesadne są zdania o ozonie, odkrytym przez Schönbeina, a określonym jako związek trójatomowy tlenu O_3. Gaz ten posiada niewątpliwie w wyższym stopniu niżeli tlen zdolność utleniania, ale żadną miarą przypuścić nie można, aby te ilości ozonu, które znajdują się w powietrzu mogły znaczniejszy, a uchwytny wpływ wywierać. Ilości te są w ogóle zmienne, ale zawsze sięgają na wagę zaledwo miligramów w 1 mtr^3. Ozon tworzy się wśród burz elektrycznych, przy parowaniu wody i ztąd powietrze jest w weń zamożniejsze po nawałnicach i po obfitszych deszczach. Zresztą większe ilości ozonu okazuje powietrze morskie, górskie i leśne. Małą natomiast ilością odznacza się powietrze szczupłych mieszkań, gęściej zaludnionych dzielnic miejskich, miejsc ustępowych, kanałów i t. d.

O wiele skąpsze są wiadomości nasze o nadtlenku wodu H_2O_2 i to tak, że o znaczeniu jego, jako czynnika klimatycznego, wprost mówić jeszcze nie można.

Inne związki lotne powietrza, jak amoniak, kwas azotowy, znajdują się w niem z zasady w tak małej ilości, że żadnego znaczenia przypisywać im nie można.

Zazwyczaj zupełnem milczeniem pomijamy zawartość wonnych lotnych substancyj, w które obfituje powietrze lasów szpilkowych i łąk. Napojone niemi powietrze działa, bądź co bądź, ożywczo i sprowadza miłe podniecenie. Określić naukowo sposób i skutek działania na razie nie podobna.

Pył, zawieszony w powietrzu, zasługuje na bardzo pilną uwagę już z tego względu, że mechanicznie, a nawet chemicznie, drażnić może błony śluzowe dróg oddechowych. Szkodliwość jego o tyle stawać się może większa, o ile zawiera drobnoustroje, zdolne zakazić ustrój ludzki.

Ilościowe i jakościowe badania pyłu wykazują, że znajdują się w nim drobinki nieorganiczne, pochodzące z ziemi rodzajnej, ze zwietrzałych skał, a dalej organiczne, jak pyłek kwiatowy, drobniuchne cząsteczki przyskórka i włosów, prątki i t. d. Ilość pyłu w powietrzu zależeć więc musi wprost od gromadzenia się na powierzchni ziemi leciuchnych cząsteczek, które za lada podmuchem wiatru wznoszą się w górę. Przy zupełnej ciszy część przynajmniej kurzu opada na ziemię; porywają go opady atmosferyczne, jak deszcz i śnieg. Zresztą zależy ilość pyłu od budowy geologicznej i od uprawy ziemi, od większego lub mniejszego ruchu na drogach, od kierunku wiatru. Jest więc mniejsza na górach i nad morzem, mniejsza na wsi, aniżeli w mieście; zależy do pewnego stopnia od kierunków i siły wiatrów, maleje po deszczu lub po śniegu, jest mniejsza w zimie, aniżeli w lecie. Wszystkie te względy mieć trzeba w pamięci przy wyborze i przy ocenianiu miejscowości, przeznaczonych na stacye lecznicze.

Ciepłota. Źródłem ciepła na ziemi, które ze stanowiska praktycznego jedynie obchodzić nas może, jest słońce i wysyłane przez nie promienie. Bezpośrednio zostawiają promienie słoneczne mało tylko ciepła w powietrzu; rozgrzewa się ono daleko więcej promieniami, odbitymi od ziemi i przez promieniowanie ciepła, pochłoniętego przez ziemię. Ilość ciepła, przyjęta bezpośrednio przez powietrze, zależy prawie wyłącznie tylko od zawartości pary wodnej, jest skutkiem tego większa w warstwach niższych, wilgotniejszych, mniejsza w wyższych, suchszych. Promienie słoneczne, które padają na ziemię, zostają w części odbite, w części pochłonięte. Dzieje się to w pewnym stopniu i stosunku i zależy od budowy geologicznej wierzchniej warstwy, od roślinności, a w niemałym stopniu także od wilgoci ziemi i od rozlanych na niej wód. Część ciepła, pochłoniętego oddaje powierzchnia ziemi, względnie wody — powietrzu, część przenosi się do warstw głębszych i ogrzewa je stopniowo.

Skoro więc słońce jest właściwem źródłem ciepła, to zupełnie naturalnym wydaje się wniosek, że ciepłota któregokolwiek punktu na ziemi zależeć powinna od położenia jego względem słońca i od kierunku zsyłanych promieni. Takby też było w istocie, gdyby ziemia była kulą o zupełnie gładkiej, jednolitej powierzchni. Wtedy możnaby było podzielić ją na pasy równoległe do równika i z całą matematyczną

ścisłością oznaczyć ciepłotę tych pasów. Tak jednak nie jest. Ziemia nie jest ani kulą, ani gładką, ani nie posiada jednolitej powierzchni. Dlatego też linie, łączące punkta na ziemi o równej średniej rocznej ciepłocie, zwane liniami izotermicznemi, nie biegną w kształcie kół o wspólnem ognisku, ale w postaci w wielu miejscach bądź ku równikowi, bądź też ku biegunom powyginanych, nieregularnych pierścieni. Podobną nieregularność dostrzegamy także, łącząc miejsca na ziemi, posiadające te samą zimową i tę samą letnią ciepłotę — izochimeny i izotery.

Dla klimatologii i klimatoterapii nie wystarcza bynajmniej poznanie średniej ciepłoty rocznej, zimowej i letniej danego miejsca. Znać należy ciepłotę miesięcy średnią, najwyższe i najniższe wzniesienia, znać wreszcie jej przebieg dobowy, względnie dobowe wahania, zwane „dzienną amplitudą“ danej miejscowości i to „amplitudą peryodyczną“, gdy porównujemy ciepłotę najniższą i najwyższą z ciepłotą średnią lub „amplitudą nieperyodyczną“, gdy porównujemy ze sobą średnie najwyższe i najniższe miesiąca.

Na średnią roczną ciepłotę pewnej miejscowości i na przebieg ciepłoty wogóle wpływa bardzo wiele czynników. Do najważniejszych należą: oddalenie od równika, położenie morskie lub lądowe, a tu sąsiedztwo wód lądowych, wzniesienie nad poziom morza, kierunek pasm górskich, przeważny kierunek wiatrów.

Miejscowości, leżące bliżej równika, posiadają ciepłotę wyższą, tak zw. podzwrotnikową; w miarę, im leżą dalej, maleje średnia roczna ciepłota. Okolice nadmorskie, względnie wyspy, mają średnią roczną ciepłotę wyższą, aniżeli miejscowości, leżące wśród lądu stałego, pod tym samym stopniem szerokości geograficznej. Na ciepłotę zachodniego pobrzeża Europy i wysp przyległych wpływa nadto i prąd ciepłej wody morskiej, dążący od okolic podzwrotnikowych ku północy. Równolegle z wznoszeniem się terenu nad poziom morza spada średnia roczna ciepłota, jak u nas o 1° C na dwieście kilkadziesiąt metrów wzniesienia n. p. m. Wielka obfitość wód lądowych, wielkich jezior lub stawów, obniża roczną ciepłotę. Góry, pokryte przez znaczną część roku śniegiem lub lodowcami, obniżają średnią roczną ciepłotę przyległych miejsc; oziębia powietrze prąd zimnego wiatru, wiejącego od szczytów górskich. Wpływ ten jest tem wybitniejszy, im mniej ogrzane są góry, a więc daje się uczuwać najbardziej miejscowościom, leżącym po stronie północnej pasm, zaledwo małe ma znaczenie dla strony południowej. Kierunek pasm o tyle jest ważny, że stawać może w drodze wiatrom zimnym lub ciepłym. W pierwszym razie wstrzymują góry zimny prąd powietrza i podnoszą średnią ciepłotę, w drugim wstrzymują ciepłe powiewy i sprowadzają obniżenie ciepłoty. Tak samo zaznacza się i wpływ wiatrów wogóle. Gdy w danej miejscowości przeważają wiatry, przynoszące ciepłe prądy, ciepłota staje się wyższą, gdy przeważają zimne, ciepłota się obniża.

Wszystkie powyższe czynniki wpływają wszakże nietylko na ciepłotę roczną; działają one także na przebieg jej miesięczny i dzienny. I tak bezpośrednie sąsiedztwo morza obniża ciepłotę w porze gorętszej roku i dnia, podnosi ją w porze zimniejszej. W górach niższa jest ciepłota wogóle, ale różnice między ciepłotą zimową i letnią bywają mniejsze, aniżeli w równinach, leżących pod tym samym stopniem szerokości geograficznej. Szeroko rozlane wody lądowe obniżają ciepłotę dzienną i letnią, w lecie podnoszą za to ciepłotę nocną; w zimie, gdy zamarzają, obniżają ciepłotę, gdy nie zamarzają, podnoszą ją.

Określanie wpływu ciepłoty na ustrój, jako czynnika odrębnego, nie jest uzasadnione ze stanowiska klimatoterapeutycznego. Z ciepłotą idą w parze wilgotność powietrza, wiatry, ich kierunek i siła i bardzo wiele innych zjawisk meteorologicznych. Ogólnie więc tylko powiedzieć można, że powietrze zimne działa jako bodziec podniecający w podobny sposób jak zimna woda, skrzepia i orzeźwia, podnosząc równocześnie czynność wszystkich niemal narządów. Tłómaczyć sobie w ten sposób można zwiększone wydzielanie kwasu węglowego w powietrzu zimnem, stwierdzone doświadczalnie najpierw przez Voita. Powietrze gorące sprowadza zwiotczenie tkanin, powoduje mniejszą energię w czynności narządów, a przytem większą wrażliwość zmysłową. Przy nadmiernie wysokiej ciepłocie i przy utrudnionem wydzielaniu ciepła przez ciało podnosić się może ciepłota ciała, a wtedy, jak to wykazały badania ks. Karola Teodora, zwiększa się proces spalania i rośnie ilość wydzielonego kwasu węglowego. Wpływ wysokiej ciepłoty o tyle jeszcze może być szkodliwy, że w danych warunkach łatwo i szybko psują się i rozkładają środki spożywcze, że korzystne powstawać mogą warunki dla rozwoju i rozmnażania się chorobotwórczych drobnoustrojów. Ciepłota umiarkowana działa na ustrój zdrowy w ten sposób, że nieznacznie tylko zmniejsza jego czynność. Objawia się to zmniejszeniem ilości przyjmowanych pokarmów, zwolnieniem przemiany pierwiastków i t. d. Osoby wątłe i chore czują się w ciepłocie umiarkowanej lepiej, aniżeli w powietrzu zimnem, nabierają łaknienia, większych sił i większej żywotności.

Ciepło powietrza nie jest jedynym skutkiem działania promieni słonecznych: przynoszą one światło i padając wprost na istoty żyjące, ludzi, zwierzęta czy rośliny, wybitny wywierają wpływ na ich życie, rozwój i czynności.

Białe światło słoneczne powstaje, jak to ogólnie wiadomo, ze zlania się barwnych promieni. Starano się więc rozdzielić te promienie i wpływ ich określać oddzielnie. Sądzono pierwotnie, że najwięcej światła przynoszą promienie pomarańczowe, żółte i zielone, najwięcej ciepła promienie czerwone, że najsilniejszy wpływ chemiczny wywierają promienie błękitne i fioletowe. Nowsze badania zdają się wskazywać błędność powyższych zapatrywań, doprowadzają do wniosku, że największą ilość zarówno ciepła, jak i światła, przynoszą promienie żółte.

W szczegóły doświadczeń, zajmujących się badaniem światła, wchodzić nie sposób. Z codziennego spostrzeżenia wiemy, że rośliny zwracają swe gałązki i listki ku światłu, że żywszą jest ich zieloność w świetle, bo więcej zawierają barwika, zieleni, że w ciemności żółkną, marnieją i giną. Podobnie zachowują się i ludzie. Światło słoneczne działa bardzo korzystnie na umysł i cały układ nerwowy, podnieca i podnosi sprawność; brak światła sprowadza przytępienie i gnuśność. W ciemności wytwarza się łatwo niedokrewność, zmniejsza się łaknienie, przychodzi do ogólnego osłabienia i zniechęcenia. Nie brak także i ścisłych doświadczeń na zwierzętach, wykonywanych przez Moleschotta, Pflügera, Quinckego i w. i., które wykazały dowodnie, że pod wpływem światła przyspiesza się u zwierząt przemiana pierwiastków, zwiększa ilość wydzielanego bezwodnika kwasu węglowego i azotu. Czerwone i fioletowe promienie wywierają niewątpliwie wpływ chemiczny; one to głównie sprowadzają zmiany zapalne na skórze, występujące pod wpływem promieni słonecznych, zwiększają gromadzenie się barwika w skórze.

Wielkie znaczenie ma światło słoneczne także dla życia bakteryj. Większość z nich źle się rozwija, a po pewnym, krótszym lub dłuższym czasie, nawet ginie i to nie tylko pod bezpośredniem działaniem promieni, ale także pod wpływem światła rozproszonego. Niema w tem więc żadnej przesady, jeśli światło słoneczne i promienie słoneczne uważamy za jeden z dzielnych środków odkażających i przeciwpasożytniczych.

Natężenie promieni słonecznych mierzymy za pomocą aktinometru Arago-Davyego. Jest to termometr poczerniony i zamknięty w próżni. Pomiary, wykonywane tym przyrządem, wykazują znaczne różnice w ciepłocie powietrza w cieniu, a w nasileniu bezpośredniem promieni słonecznych. Różnica ta rośnie w miarę zwiększania się wzniesienia nad poziom morza; w górach wysokich dochodzić może do kilkudziesięciu nawet stopni. Według pomiarów Prof. Ponikły, czynionych w Zakopanem, wynosiła różnica ciepłoty w cie-

niu a w słońcu 28° C (w cieniu 14° C, w słońcu 42° C). Różnice te większe są znacznie w zimie, gdy ciepłota w cieniu spada poniżej 0° C, w słońcu zaś wynosi 40° C i wyżej.

Mierzyć i w liczbach oznaczyć wpływ promieni słonecznych na istoty żyjące nie jest tak łatwo. To wszakże na podstawie bardzo pouczających doświadczeń Rubnera i Cramera, ogłoszonych w r. 1894, powiedzieć można, że dostarczają one ustrojowi bardzo znacznej ilości ciepła, że bardzo korzystnie wpływać muszą na sprawy życiowe w tych przypadkach, w których ustrój sam przez się nie ma dość sił, aby ciepło to w wystarczającej ilości wytwarzać. Pojąć w ten sposób można, dlaczego w wysoko położonych miejscowościach, zalanych potokami promieni słonecznych, mimo nizkiej ciepłoty powietrza w zimie, tak dobrze znosić można tę niską ciepłotę. (c. d. n.)

IV. Wyciągi.

Dr. F. Honigmann. **O niedrożności przewodu pokarmowego, wywołanej kamykiem żółciowym.** *(Ctrlb. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. III, Z. 1, 2 i 3). Postać ta niedrożności przewodu pokarmowego, rzadka sama przez się, występuje najczęściej u kobiet między 50 a 60 r. ż. i wywołaną zostaje skutkiem uwięźnięcia jednego większego kamyka, odpowiadającego rozmiarami swymi jaju gołębiemu lub kurzemu, albo skutkiem kilku mniejszych. Stężyny te w regule przedostają się z dróg żółciowych do pokarmowych przez wytworzenie się sztucznej przetoki między tymi systemami. Courvoisier notuje trzy bardzo wyjątkowe zdarzenia, w których anatomicznie stwierdzić można było, że kamyk przedostał się przez przewód żółciowy wspólny. Najczęściej połączenie wytwarza się pomiędzy pęcherzykiem żółciowym, a dwunastnicą, rzadziej przebicie następuje do poprzecznicy, jeszcze rzadziej do żołądka, najrzadziej do którejkolwiek pętli jelita cienkiego. Również rzadkiemi, ale nie tak jak mniemano, bywają przetoki między przewodem żółciowym wspólnym, a dwunastnicą. Uwięźnięcie kamyka następuje najczęściej w dolnym odcinku jelita biodrowego i w okolicy zastawki Bauhiniego. Następnie, co do częstości, następują po sobie: dwunastnica, jelito czcze, środek jelita biodrowego, jelito grube i wreszcie w odpowiednim przypadku, odźwiernik. Uwięźnienie następuje skutkiem szczególniejszych czynników tak ze strony samego kamienia (rozmiary i kształt), jakoteż ze strony jelit, mianowicie: zwężenie światła kiszki, spowodowane nowotworem, blizną w ścianie, lub też ostre odgięcie czy załamanie osi jelita, spowodowane zrostami przemieszczeniem pętli do przepuklin i t. p. Nie bez wpływu jest też leniwy ruch robaczkowy i przewlekłe zaparcie żywota. Przyczem bynajmniej nie należy sobie przedstawiać, że ostatni czynnik wpływa na powiększenie się rozmiarów kamienia skutkiem odkładania się na powierzchni jego stężyn kałowych; dzieje się bowiem zwyczajnie przeciwnie. Kamień żółciowy wedle badań Quinckego i Hoppe-Seylera w jelicie rozpada się. W poszczególnych przypadkach trzeba sobie uwięźnięcie inaczej tłómaczyć. Np. König opisuje przypadek, w którym światło jelita uległo zamknięciu skutkiem tego, że kamień, który silnie opierał się o błonę śluzową, zstępując ku dołowi pociągał za sobą samą tylko błonę śluzową, powodując jej wgłobienie i w dalszym ciągu przez naciąganie, zwężenie (względne) światła jelita.

Odmiennie nieco tłómaczy rzecz Castner. Wyobraża on sobie, że w każdym przypadku powyżej kamienia zalega treść jelitowa, rozkłada się, przychodzi do nadmiernego tworzenia się gazów, co powoduje zbytnie rozdęcie ścian jelitowych powyżej tej przeszkody, a to zaś w dalszym ciągu sprawia, że część jelita, poniżej kamienia położona, zwęża się i, drożna przedtem, staje się nieprzezwyciężoną przeszkodą dla posuwającego się złogu. Leichtenstern, Helferich, Rehn mówią znów i piszą o ograniczonem zapaleniu otrzewnej, w miejscu, w którem kamień dłużej zalegał, to zaś ze swej strony wywołuje zapalenie, tzw. „ileus funkcyonalny". Inny znów szereg autorów. jak Koerte, Israel, Naunyn, Kirmisson, Rochard, Schüle objaśniają tę postać niedrożności silnem obkurczeniem się jelita około kamienia. Za takiem tłómaczeniem przemawiają wrzody, spotykane na błonie śluzowej, w miejscu, w którem kamień uwiązł, a nawet uchyłki ścian jelitowych.

Objawy kliniczne są mało cechujące, ztąd i rozpoznanie pewne jest trudne. Z wywiadów dowiadujemy się niekiedy o przebytych jakoby objawach kolki żółciowej, lecz równie często napad niedrożności występuje niczem nie poprzedzony. Podobnież i wytwarzanie się przetoki między woreczkiem żółciowym, a którąś częścią przewodu pokarmowego, dziać się może zupełnie skrycie. Dość często jednak procesowi temu towarzyszą objawy, właściwe zapaleniu woreczka żółciowego, względnie miejscowe zapalenie otrzewnej. Najbardziej typowe są te przypadki, w których bezpośrednio po wspomnianych objawach zapalnych wystąpi „ileus". Ten zaś różnie przedstawiać się może, odpowiednio do miejsca, w którem kamień się zatrzymał. Gdy uwięźnięcie nastąpiło w odźwierniku, na pierwszy plan wysuwają się wymioty, kiśnienie treści żołądkowej, bóle gwałtowne, zapadnięcie brzucha, zaparcie stolca, skąpe moczenie i t. p. Czasami w okolicy odźwiernika wyczuwać się udawało guz. Nie dziw tedy, że w rozpoznawaniu mylono się często i przed operacyą mniemano, że idzie o przypadek raka odźwiernika lub blizny po wrzodzie. Gdy się kamień zatrzymał w dwunastnicy, do powyższych objawów dołącza się bardzo cechujące wymiotowanie żółcią. W przeostrych przypadkach, prócz powyższych objawów, występuje zapad, w innych śpiączka, jak w moczówce cukrowej. Gdy kamień zatrzyma się niżej, bez względu na to, czy w jelicie cienkiem, czy też grubem, wystąpią objawy, cechujące niedrożność przewodu pokarmowego. A tylko w bardzo korzystnych warunkach i przy dokładnem postrzeganiu uda się z pewnem prawdopodobieństwem, a wyjątkowo z całą stanowczością, rozpoznać prawdziwą przyrodę cierpienia. Charakterystycznem ma być to, że obok innych objawów, znamionujących „ileus", nawet w obec wymiotów kałowych, wiatry dość swobodnie odchodzą i ztąd wzdęcie bywa umiarkowane. Potem, w tej właśnie postaci niedrożności, dość często zdarza się, że objawy przemijają na jakiś czas, poczem znów wracają. Zależeć to może albo od wędrowania kamienia w jelicie, albo też od zastawkowego jego działania. W innych znów, również wyjątkowych przypadkach, wymacać się udaje opór guzowaty, ruchomy, przesuwać się dający, który przy odpowiednich wywiadach przyjąć można za kamyk żółciowy. A na ogól rzecz się tak ma, że nigdy z całą pewnością nie możemy rozpoznawać niedrożności jelit z zatkania ich światła przez kamień żółciowy.

Rokowanie nie najlepsze. Courvoisier liczy 56%. Usprawiedliwionem jest zatem w zupełności leczenie operacyjne. To jednakowoż przed r. 1891 (Schüller) dawało tylko 6·6% wyleczeń — obecnie stosunki polepszyły się nieco. Po r. 1891 na 34 operowanych umarło 16, co daje 52·9% wyleczeń. Tak małe liczby otrzymujemy tylko dzięki temu, że chirurgowi dostają się najgorsze przypadki, w których poprzednio przez dłuższy czas bez skutku stosowano leczenie wewnętrzne. Powinniśmy zatem przyjąć zasadę, że gdy po dwóch dobach (w przypadkach łagodnych!) leczenie, polegające na podawaniu wewnętrznie makowca, przepłókiwaniu żołądka i wysokich lewatywach nie sprowadzi wyleczenia, przystąpić należy do laparotomii, odszukania przeszkody w jelicie, podłużnego nacięcia jelita wydobycia kamienia i zaszycia ścianek jelita poprzecznie (Koerte). Wobec rozwijającej się chirurgii dróg żółciowych, możemy mówić nawet o zapobieganiu tej postaci niedrożności (Rehn) t. j. wydobywać kamyki żółciowe, póki one są jeszcze w pęcherzyku żółciowym. *Herman.*

Dr. St. Braun: **Przyczynek do nauki o ciąży zamacicznej.** *(Pamiętnik, wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Praca dr. Brauna jest obszerną monografią o ciąży zamacicznej, opracowaną pod względem anatomicznym i fizyologicznym. Autor opisuje przez siebie rozpoznane 4 przypadki i jako ciąża zamaciczna operowane. Na tej podstawie przychodzi do wniosku, iż w przypadkach oporów elastycznych, znajdowanych w sklepieniach obok macicy powiększonej więcej w kierunku długości niż głębokości, zasiniałej, przy innych objawach domyślnych ciąży i braku od kilku tygodni regularności można przypuścić istnienie ciąży zamacicznej, jeśli wykluczyć możemy nowotwór i sprawy zapalne. Jeśli wśród tych objawów wystąpią w 5—16 tygodniu od ostatniej regularności bóle, podobne do porodowych, a obok tego objawy zapadu, należy, po wykluczeniu poronienia śródmacicznego, rozpoznać przerwę ciąży zamacicznej. Z istnienia krwotoku zewnętrznego, a szczególnie z odchodzenia strzępów błony doczesnej, można czasami wnioskować o zniszczeniu jaja płodowego, a w każdym razie o ciąży zamacicznej. Autor jednak nie radzi sondować, ani skrobać macicy dla rozpoznania, albowiem przy pociąganiu macicy ku dołowi dla sondowania, wobec istniejącej ciąży zamacicznej, można sprowadzić pęknięcie jej i krwotok wewnętrzny. Ciąża zamaciczna częściej się zdarzała w przypadkach tych po stronie lewej, i zwykle ulega ona przerwaniu w pierwszych tygodniach drugiego miesiąca. Co do leczenia, to ciążę zamaciczną nie przerwaną należy usunąć operacyjnie; gdy zaś jest przerwaną, postępowanie jest różne, czasem nawet przy wczesnych okresach, gdy objawy krwotoku wewnętrznego nie powtarzają się, należy wyczekiwać, gdyż jajo takie może uledz wessaniu. W przypadkach silnych krwotoków powtarzających się, gdy krwistek ulega zropieniu, leczenie operacyjne jest konieczne. *Dr. Latkowski*

Dr. W. Dziewoński: **O wieloogniskowem występowaniu raków.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Wedle podziału Waltera autor zebrał przypadki z piśmiennictwa i materyału prof. Trzebitzkyego i opisuje je, dzieląc na: a) przypadki raków wieloogniskowych, powstałych przez przeszczepienie komórek rakowych; b) przypadki raków parzystych w równoimiennych narządach; c) przypadki raków wieloogniskowych pierwotnych 1) w tych samych i 2) w różnych narządach. *Dr. Latkowski.*

Dr. W. Dziewoński: **Przyczynek do techniki szwu nerwowego.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Z powodu ubytku nerwu, po wycięciu mięsaka nerwu strzałkowego lewego, wszyto odcinek obwodowy i dośrodkowy do głównego pnia nerwu kulszowego; w drugim zaś przypadku dośrodkowy koniec przeciętego nad obojczykiem splotu barkowego wszyto w pień nerwu łokciowego. W pierwszym przypadku w 10 miesięcy po operacyi chora okazuje objawy, które pozwalają twierdzić, iż odrodzenie nerwu nie nastąpiło, lecz chora chodzi sama wcale dobrze, a upośledzenie odżywienia kończyny uczuwa dopiero po dłuższem chodzeniu, jako osłabienie; upośledzenie zaś czucia na kończynie nie ma dla chorej znaczenia. Wynik więc operacyi trzeba nazwać pomyślnym. W drugim przypadku w 2 miesiące po operacyi znajdujemy kończynę lewą górną znacznie chudszą i bledszą, siłę jej znacznie słabszą, ruchy czynne i bierne w stawie karkowym upośledzone, w stawie łokciowym mniej, upośledzenie czucia dotyku i ciepłoty mierne w zakresie palca wielkiego i wskazującego, odczynu zwyrodnienia niema. Wobec upływu krótkiego czasu po operacyi i w tym przypadku uważa D. wynik za pomyślny. *Dr. Latkowski.*

Dr. A. Becker. **O niezwykłem zejściu ostrego zapalenia kości** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 55 Z. 5 i 6). Ostre zapalenie kości przebiega czasami odmieńczo (antytypowo). Z tych rzadkich zejść najbardziej znane są postacie naśladujące aż do złudzenia mięsaki, wyrastające ze szpiku kości. Autor opisuje obecnie nierównie rzadszą postać. W obwodzie oddzielonego odsłoja korowego bujać zaczyna tkanka łączna, bliznowata, która w końcu wytwarza guz twardy, nieznacznie po kości przesuwalny; w centrum guza spotyka się odsłój, wokoło niego ziarnina rozpadła i wypocina. Jamka ta zwyczajnie za pośrednictwem wązkiego przewodu pozostaje w związku z kością, z której odsłój pochodzi. Autor opisuje trzy odpowiednie przypadki. W żadnym z nich rozpoznania dobrego przed operacyą nie postawiono. *Herman.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2. maja 1900 r.

Przewodniczy w zastępstwie kol. prof. Wachholz.

1) Odczytano i przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Uchwalono odbywać w miesiącu maju posiedzenia Towarzystwa w każdą środę.

3) Kol. prof. Browicz wykłada o budowie naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych i ich stosunku do komórek wątrobnych.

Prelegent zdaje sprawę z dalszego ciągu swoich mikroskopowych badań wątroby i podaje w kwestyi budowy sieci naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych i ich stosunku do komórek wątrobnych następujące szczegóły:

1) Sieć naczyń włoskowatych krwionośnych wśród zrazików wątroby jest bardzo silnie rozwinięta, bardziej, aniżeli się to na pozór wydaje, mianowicie połączenia gałązki poprzeczne są bardzo liczne.

2) W preparatach, w których naczynia włoskowate krwionośne są, jak to w stanach chorobowych się spotyka, rozszerzone i z krwi wypróżnione, w preparatach barwionych metodą van Giesona, w których tkanka łączna, ściany naczyń krwionośnych włoskowatych i tak zwane linie graniczne między komórkami wątrobnemi barwią się fuksyną, widać smugi czerwone pomiędzy komórkami wątrobnemi, łączące poprzecznie po obu stronach jednoszeregowych pasm komórek wątrobnych leżące naczynia włoskowate krwionośne, w których smugach niekiedy widać jądra podłużne komórek. Niekiedy widać lejkowate zagłębienia naczyń krwionośnych, wsuwające się pomiędzy komórki wątrobne. Są to właśnie połączenia poprzeczne naczyń włoskowatych, które, gdy naczynia są próżne a ściany ich przylegają do siebie (nie wszystkie bowiem naczynia włoskowate tak w preparatach z udatnie sztucznie lub fizyologicznie nastrzykanych wątrób napełnione są masą injekcyjną lub krwią, tak iż część naczyń włoskowatych uchodzi uwaga), gdy cięcie nie przypada w wysokości jądra komórek ściennych naczyń włoskowatych, przedstawiają się wtedy jako smugi, podobnie jak przewody żółciowe międzykomórkowe. Nie wszystkie więc smugi, fuksyną barwiące się, pochodzą od przewodów żółciowych międzykomórkowych część ich są to próżne, zapadłe naczynia krwionośne włoskowate.

3) Ściany naczyń włoskowatych krwionośnych złożone są tylko z jednej warstwy, a zbudowane są z komórek oddzielnych, nie posiadają budowy syncytyalnej; pozornie zewnętrzna warstwa ścian naczyń włoskowatych, gdzieniegdzie widoczna, nie należy do naczynia — są to smugi różnej grubości włókien i pasm tkanki łącznej, które od tkanki łącznej międzyzrazikowej w głąb zrazików się wsuwają.

4) Komórki ścienne (które Kupffer nazwał gwiazdkowatemi) a prelegent śródnaczyniowemi, a które najwłaściwiej nazywać należy komórkami ściennemi) przedstawiają się częścią jako komórki płaskie, częścią jako grubsze, jakby napęczniałe, i sterczą wtedy do wnętrza naczynia, a brzeg ich wewnętrzny, zwrócony ku światłu naczynia, okazuje niekiedy cienkie, do światła naczynia sterczące wypustki. Ten zmienny, różny obraz zależy od tego, czy komórki w chwili, gdy tkanka do badania wziętą była, były czynne, czy też spoczywały. Wejrzenie, jakie komórki przedstawiają, zależy w ogólności od fazy, czynności lub spoczynku.

5) Komórki ścienne pochłaniają, wciągają krwinki czerwone lub także białe (patrz: »O śródnaczyniowych komórkach i t. d.«), a obecność krwinek czerwonych nader często w komórkach ściennych grubych, sterczących do światła naczynia, a których wejrzenie, zdaniem prelegenta, odpowiada fazie czynności komórki, świadczy o wciąganiu przez komórkę części składowych krwi.

6) W przypadkach żółtaczki różnego stopnia i trwania, tak u człowieka powstałej z różnych przyczyn, jakoteż wywołanej u psa wstrzykiwaniem poskórnem toluylendiaminu, w komórkach ściennych tak przylegających do komórek wątrobnych, jakoteż oddzielonych, w świetle naczynia leżących, co w stronach chorobowych wątroby w ogóle bardzo często się spotyka, a takie oddzielanie się całkowitych komórek przemawia przeciwko budowie syncytyalnej ściany naczynia włoskowatego (patrz: »O śródnaczyniowych komórkach w naczyniach włoskowatych krwionośnych w zrazikach wątroby«. *Rozprawy wyd. przyr. mat. Akad. Umiej.* t. 37, *Archiv. f. mikrosk. anatomie* t. 55 i *Gazeta lekarska* 1900) spotyka się złogi żółci zielone (materyał w formalinie stwardniany) w kształcie kul, pasm, smug rozgałęziających się i tworzących rodzaj siatki o ostrych obrysach.

7) Obrazy takie powstać mogą w dwojaki sposób. Komórki ścienne, które, jak to z obecności krwinek czerwonych wnosić trzeba, wsysają części składowe krwi, albo wciągają osocze krwi, do której, jak wiemy teraz na pewno (patrz: »O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń włoskowatych krwionośnych«, protokół z posiedzenia Tow. lek. z dnia 7 lutego 1900) dostaje się żółć w razie wytwarzania się nadmiaru żółci (*polycholia pigmentaris*) i przepełnienia przewodów żółciowych międzykomórkowych osocze, zawierające barwnik żółciowy, albo też w razie ścisłego związku między komórkami wątrobnemi, a komórkami ściennemi — żółć — wtłaczaną być by mogła w toku wydalania jej z komórki wątrobnej nieprawidłową drogą.

8) Obrazy te, zdaniem prelegenta, świadczą o istnieniu podobnej, jak w komórkach wątrobnych, sieci kanalików wśród komórek ściennych naczyń krwionośnych, a więc komórek innego gatunku, aniżeli komórki wątrobne (patrz także: »W sprawie pochodzenia melaniny w mięsakach barwnikowych,« *Rozprawy wyd. mat. przyr. Akad. Umiej.* t. 37).

9) Szczegół, iż na niektórych, w świetle naczyń leżących, odzielonych komórkach ściennych widać wysuwający się z komórki ściennej, jako dalszy ciąg złogu żółci pasmowatego śród komórki tkwiącego, wolno sterczący jakby odlew żółciowy kanalika, przemawiałby za tem, iż żółć wtłoczoną została od strony pasm komórek wątrobnych. Związek zaś pasm żółciowych w komórkach ściennych ze złogami żółci w przewodach żółciowych międzykomórkowych, jak też ze złogami żółci w komórkach wątrobnych, potwierdzałby to tłomaczenie — a w takim razie

10) przypuszczenie wypowiedziane przez prelegenta w r. 1896 („Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę“ *Rozprawy wyd. mat. przyr. Akad. Umiej.* t. 34), iż pomiędzy komórkami wątrobnemi, a naczyniami włoskowatemi krwionośnemi istnieje ścisły związek, zyskałoby nowy potwierdzający je szczegół, a tem samem

11) zyskuje poparcie zdania prelegenta, wypowiedziane w pracy o drogach odżywczych w komórce wątrobnej (protokół posiedzenia Tow. lek. z dnia 18 października 1899), iż w razie przepełnienia kanalików żółciowych śródkomórkowych może się żółć wśród komórki wątrobnej dostać do dróg dowozowych śródkomórkowych, a stamtąd do naczyń krwionośnych, do krwi.

12) Żółć dostawać się może do krwi, do naczyń krwionośnych włoskowatych, a stąd w obieg ogólny w dwojaki sposób: albo z przepełnionych przewodów żółciowych międzykomórkowych, które stykają się bezpośrednio, przynajmniej w pewnych miejscach, z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, na co prelegent zwrócił uwagę w pracy o budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych, albo też z komórek wątrobnych, w których kanaliki śródkomórkowe żółcią są przepełnione, przez komórki ścienne naczyń włoskowatych krwionośnych.

13) Komórki ścienne naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych (a może odnieść to można do naczyń włosowatych krwionośnych w ogólności) biorą czynny udział w przeprowadzaniu części składowych krwi w obręb komórek wątrobnych, mogą regulować fizyologiczną transudacyę ze krwi tak części postaciowych, jakoteż płynaych Drogi, któremi substancye ze krwi przez komórkę ścienną naczynia się dostają, muszą więc z drogami dowozowemi, w komórce wątrobnej istniejącemi, być w pewnym, dotąd bliżej oznaczyć się nie dającym związku.

14) Kwestya naczyń limfatycznych wśród zrazików wątroby musi być na nowo zbadaną, gdyż w tej formie, jak je dotąd przyjmujemy, naczynia limfatyczne nie istnieją.

(Praca ogłoszona w całości w publikacyach Akademii Umiej. w Krakowie).

W dyskusyi zabierają głos: Kol. prof. Kostanecki podnosi, że gdyby przewody żółciowe międzykomórkowe komunikowały z naczyniami krwionośnemi, to prąd krwi porywałby zawsze żółć z przewodów i mielibyśmy stale żółtaczkę; następnie prosi o wyjaśnienie kol. prelegenta, jaką ścianę przyjmuje w przewodach żółciowych międzykomórkowych, a szczególnie w przewodach, biegnących, jak to na jednym z preparatów demonstrował, wzdłuż naczynia krwionośnego i wreszcie jak tłómaczy komórki o dwóch jądrach, jakie w świetle naczyń krwionośnych w demonstrowanych preparatach widział, czy nie są to komórki olbrzymie, powstałe z leukocytów, podobnie, jak się to spotyka w preparatach z tkanek płodowych.

Kol. prof. Cybulski zabiera głos co do pierwszego punktu przemówienia kol. prof. Kostaneckiego, podnosząc, że ponieważ ciśnienie w naczyniach krwionośnych jest wyższe, niż w przewodach śródwątrobnych, przeto przedostawałaby się raczej krew do przewodów żółciowych, a nie żółć do krwi.

Kol. Herman Hirsch omawia wyniki badań kol. prelegenta z punktu widzenia klinicznego, wylicza obecne teorye powstawania żółtaczki i podnosi, że żadna z nich nie tłómaczy powstawania żółtaczki w sprawach patologicznych wątroby, ogniskowo występujących; wyniki badań prelegenta tłomaczą je bardzo dobrze

Kol. prof. Browicz w odpowiedzi zaznacza, że nigdy nie twierdził i dziś nie twierdzi, aby przewody żółciowe komunikowały z naczyniami krwionośnemi w stanach normalnych. Komunikacya ta wytwarza się dopiero w stanach patologicznych przez rozrywanie się ścianek naczyń włosowatych. Jakiego pochodzenia są ścianki przewodów żółciowych, odpowiedzieć nie umie, powiedzieć może tyle, co widzi, mianowicie, że ścianki przewodów barwią się tak samo, jak ścianki naczyń krwionośnych. Co do pochodzenia komórek olbrzymich również nic pewnego jeszcze nie wie. Spotyka się je bardzo często i najprawdopodobniej są one bardzo rozmaitego pochodzenia.

Zgromadzeni podziękowali kol. Prelegentowi za wykład rzęsistymi oklaskami. Na tem zakończono obrady, odraczając II punkt posiedzenia z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Droba sekretarz.

VI. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Towarzystwo samopomocy lekarzy.

Zaledwie w zeszłym tygodniu ogłoszonem zostało w dziennikach zatwierdzenie przez władze Statutu Towarzystwa, a już codziennie z różnych stron kraju nadchodzą liczne zgłoszenia. Wszyscy koledzy wyrażają przytem swe zadowolenie, że tak potrzebna organizacya w życie wprowadzoną zostanie. Od dnia 30 czerwca do 2 lipca nadeszły zgłoszenia od kilku pp. profesorów Uniwersytetu w Krakowie, dalej od lekarzy z powiatów: Bobreckiego, Chrzanowskiego, Dobromilskiego, Niskiego, Kamioneckiego, Kołomyjskiego, Tarnobrzeskiego i Wadowickiego. Dla uniknięcia nieporozumień i w celu ułożenia dokładnej listy zgłaszających się członków, uprasza niniejszem Komisya organizacyjna nawet tych pp. Kolegów, w Krakowie zamieszkałych, którzy w pracach przygotowawczych brali udział, aby raczyli mimo tego zgłaszać się do sekretarzy: dr. Langiego lub dr. Słapy, najlepiej zapomocą karty korespondencyjnej. Statut Towarzystwa jest obecnie w druku i jeszcze w tym tygodniu wszystkim pp. lekarzom rozesłany zostanie. *Komisya organizacyjna.*

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W poprzednim wykazie wykładów zaszła pomyłka, mianowicie nie w sekcyi XI, ale

W sekcyi XII (patologicznej) zgłoszono wykład: 14) Doc. Dr. M. Siedlecki i Dr. Ks. Lewkowicz: O rozwoju pasorzytów zimniczych w ustroju i poza ustrojem ludzkim (z przedstawieniem preparatów i rysunków).

Dalej zgłoszono:

W sekcyi IX. 3) P. St. Hoffmann (Kraków): Historya farmacyi. (406)

— W sekcyi XI. 38) Dr. St. Eljasz-Radzikowski (Lwów): Ustęp z dziejów rozwoju krwi (z przedstawieniem preparatów drobnowidowych) [ewentualnie na posiedzenie wspólne z sekcyą XII] (407)

— W sekcyi XIII. 29) Dr. Marischler (Lwów): Wpływ chlorku sodowego na wydzielanie nerki chorej. (408)

30) Dr. Rencki (Lwów): Czynność żołądka (mechanizm i chemizm) w wrzodzie okrągłym po zabiegach operacyjnych *(gastroenterostomia, resectio pylori)* (409)

31—32) Dr. St. Eljasz-Radzikowski (Lwów): a) Z dziedziny niedokrewności. b) Wskazania do leczenia klimatem zakopiańskim. (410—411)

— W sekcyi XI. 39) Dr. A. Wróblewski (Kraków): Kilka uwag o pewnych składnikach mleka. (412)

40) P. M. A. Przesmycki (Monachium): O barwieniu za życia jądra i protoplazmy (z demonstracyą). (413)

— W sekcyi XII. 15) Prof. dr. Hlava (Praga): [tytuł podany będzie później]. (414)

— W sekcyi XIII. 33) Prof. dr. Maixner (Praga): [tytuł podany będzie później]. (415)

— W sekcyi XVII. 27) Doc. dr. Heveroch (Praga): O neuromech michy. (416)

— W sekcyi XXI. 23) Dr. E. Vlasák (Král. Vinohrady): Hygienicko-socialni zarízení v Král. Vinohradach. (417)

— Sprawozdanie na temat: „Zapobieganie gruźlicy u bydła“ objął prof. Dr. Grabowski (Lwów).

Zalegających z nadesłaniem streszczeń ze zgłoszonych wykładów uprasza Komitet gospodarczy o niezwłoczne ich nadesłanie. Tosamo odnosi do streszczeń z referatów o ogólnych tematach obrad, postawionych na porządku dziennym.

Panie, towarzyszące uczestnikom zjazdu korzystają (za złożeniem połowy wkładki, to jest 10 koron, 4 ruble, 9 marek, 10 franków) **ze wszystkich rozrywek i ułatwień, przysługujących uczestnikom.**

Adres zamówionego mieszkania otrzymają uczestnicy zjazdu zaraz po przyjeździe do Krakowa w biurze Komitetu kwaterunkowego na dworcu kolejowym.

Biuro informacyjne Komitetu urzędować będzie w czasie zjazdu (niezależnie od biura kwaterunkowego, pomieszczonego na dworcu) **w „Collegium novum“** (ul. Jagiellońska, wejście od plantacyj).

Obecnie zaś, począwszy od 5 lipca, przyjmuje Komitet gospodarczy interesentów w sprawach zjazdu, załatwia wpisy na uczestników, sprawy sekcyj i t. d. codziennie prócz niedziel od $5^1/_2$ do $6^1/_2$ popoł. w mieszkaniu sekretarza głównego, prof. Ciechanowskiego (Wielopole 4, parter).

Miejsce zebrania się w piątek 20 lipca wieczorem ogłoszone będzie naprzód w prasie polskiej fachowej i codziennej, oraz na dworcu kolei w Krakowie w przeddzień zjazdu.

Ciechanowski
(Wielopole 4) sekr. Kom. gosp.

XIII. międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Komitet wykonawczy zawiadamia: na wyraźne życzenie prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej, ażeby zamknięcie Kongresu nastąpiło uroczystością, przez niego urządzoną w pałacu Elyzejskim, program przyjęć uroczystych został zmieniony w następujący sposób:

2 sierpnia: Przyjęcie w imieniu rządu przez prezydenta ministrów.

3—VIII: Przyjęcie (za osobnemi zaproszeniami) przez prezydenta Kongresu.

5—VIII: Przyjęcie przez Komitet organizacyjny Kongresu w pałacu i ogrodzie Luksemburgskim.

7—VIII: Przyjęcie przez Radę miasta Paryża w „Hôtel de Ville“.

9—VIII: Przyjęcie przez prezydenta Rzeczypospolitej w pałacu Elyzejskim.

Przypominamy raz jeszcze adres lokalnego Komitetu polskiego w Paryżu: *Mr. dr. Boleslas Motz. Paris. Clinique du prof. Guyon, Hôpital Necker.*

Dr. Kwaśnicki, sekretarz. *Prof. Wicherkiewicz,* prezes.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 5 lipca.

* Rada warszawskiego Towarzystwa higienicznego zawiadamia, że miesięcznik »Zdrowie« przeszedł z d. 1 lipca b. r. na własność Towarzystwa, a redakcyę obejmie dr. Władysław Janowski.

Pomyślny rozwój warszawskiego Towarzystwa higienicznego, obszerny, a tak gorliwie spełniany zakres jego działania, napawa wielką otuchą, że ludność nasza nie zapóźno się dowie, na czem polega utrzymanie zdrowia; cieszymy się więc szczerze, że Towarzystwo posiędzie organ własny, bez czego działalność jego nie mogłaby się nigdy rozwinąć.

„Zdrowie« jest dziś jedynem czasopismem higienicznem, wydawanem w polskim języku. Dotychczasowy zakres działania Towarzystwa higienicznego pozwala przewidzieć kierunek nowej redakcyi, a tem samem stwierdzić, że »Zdrowie“ może i powinno mieć najszersze rozpowszechnienie w naszych granicach etnograficznych i stać się organem sanitarnych zarządów gminnych, powiatowych i okręgowych.

Założycielowi i dotychczasowemu kierownikowi »Zdrowia“, dr. Józefowi Polakowi, należy się od lekarzy i ogółu polskiego wszelka wdzięczność za długie lata trudu dla zdrowia społeczeństwa naszego.

* Stopień doktora medycyny w Uniwersytecie lwowskim otrzymał Alfred Emanuel Burzyński, asystent przy katedrze anatomii.

* W m. lipcu, prócz IX. Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich w Krakowie, odbędą się następujące kongresy międzynarodowe: Kongres dla etyki lekarskiej w Paryżu; kongres prasy lekar. w Paryżu i kongres dla elektrologii i radyologii także w Paryżu.

* W Berlinie ustanowioną będzie w przyszłym roku szkolnym katedra wodolecznictwa, którą ma zająć prof. Brieger.

* Że zdobycie niepodległości politycznej nie jest jednoznaczącem z zajęciem stanowiska w rozwoju oświaty powszechnej świadczy Bułgarya, która w ostatnich latach poniekąd cofa się, a nie postępuje: niedawno zamknięto tam 10 szpitali; ufundowany w roku zeszłym Instytut do badania środków spożywczych w Warnie został obecnie zniesiony, a także pracownia w Sofii zmniejszyła swój personal.

* Prof. Karol Noorden rozpoczął od m. maja t. r. wydawać czasopismo p. t. *Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungs-Krankheiten.* Roczna prenumerata wynosi 20 mk.

* W Niemczech istnieje Stowarzyszenie »Szkolnego nadzoru lekarskiego“. Jako próba jego działalności służyć mogą następujące liczby, na 547 dzieci, zbadanych przez lekarzy w dwóch szkołach lipskich, znaleziono: 2 przypadki gruźlicy płucnej, 11 — choroby sercowej, 63 zmian w gruczołach; 75 z zboczeniami w narządzie wzrokowym, 10 — słuchowym, 10 z zboczeniem kręgosłupa. W Frankfurcie każdemu lekarzowi, należącemu do Stowarzyszenia, przydzielono 1700 uczniów, których on co 2 tygodnie bada i wynik zapisuje.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Kockel mian. został kierownikiem świeżo powstałego Instytutu dla sądowej medycyny w Lipsku. Dr. Calmette mian. został profesorem higieny i bakteryologii w Lille. Dr. Bosc mian. został profesorem anatomii patologicznej. Dr. Dandon mian. został profesorem farmakologii w Queens College w Corku (Irlandya). Dr. Roncoroni został nadzw. profesorem psychiatryi w Cagliari (Sardynia). D-rowie: Litten i Grunmach mianowani zostali profesorami nadzw. w Berlinie

Nekrologia. Dr. Witold Kluczycki, członek Rady powiatowej dąbrowskiej, wójt gminy Mędrzechowa, zmarł w Karlsbadzie, Dr. Otis, prof. chorób dróg moczowych, zmarł w New-Yorku.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 26: Białokura Fr.: Przypadek przymiotu mózgowo- rdzeniowego, przebiegający z podwyższeniem ciepłoty. Kraushara Maks.: Tężyczka jawna i utajona u dzieci. W *Nowinach Lekarskich* Z. 12: Dr. Gantkowskiego: O rozdarciach urazowych pęcherza moczowego. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 26: Brudzińskiego I.: Przypadek zapalenia płuc ogniskowego zstępującego, wywołanego przez *pneumobacillus Friedländeri* u niemowlęcia kilkudniowego Dr. Nusbauma H.: O wahaniach okresowych w energii czynności fizyologicznych (c. d.). Neugebauera Fr.: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków (dok.).

Redakcya otrzymała: Dr. Kurkiewicz Stan.: Eukazyna wobec zgagi (Odbitka z *Gaz. Lek.* L. 14). Tenże: Baczność kąpielowcy! letnicy! (Odbitka z *Przewod. Zdrowia*). Tenże: Uznanie dla lekarzy chorób wewnętrznych. Prof. dr. H. Kadyi: O barwieniu ośrodków nerwowych przy pomocy zaprawy (bajcowania) solami metali ciężkich.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

L. 1271. Celem obsadzenia posady lekarza okręgowego z siedzibą w **Chorostkowie**, rozpisuje niniejszem Wydział powiatowy w Husiatynie konkurs.

Okręg sanitarny w Chorostkowie obejmować będzie następujące miejscowości:

Chorostków, Chłopówka, Horodnica, Howiłów mały, Howiłów wielki, Karaszyńce, Kluwińce, Mszaniec, Peremiłów, Postołówka, Raków kąt, Uwisła i Wierzchowce.

Zaludnienie okręgu wynosi około 26.000 mieszkańców.

Płaca roczna lekarza okręgowego wynosi 1000 koron, ryczałt na objazdy 800 koron.

Ubiegający się o posadę powyższą wykazać się mają:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego.

2) Dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelnym charakterem.

4) Znajomością języków krajowych.

5) Praktyką najmniej 2-letnią w zawodzie lekarskim.

6) Dostateczną zdatnością fizyczną do pełnienia służby lekarza okręgowego.

Między kandydatami pierwszeństwo będą mieli ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, lub egzaminem fizykackim. Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31 grudnia 1891 Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Posada ta nadaną zostanie z dniem 1-go stycznia 1901 na rok jeden prowizorycznie, poczem dopiero nastąpić może stabilizacya.

Podania należycie ostemplowane (1 kor.) należy wnosić do Wydziału powiatowego w Husiatynie do dnia 31 lipca 1900 r.

L. 934

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Tucholce, z płacą roczną z funduszu powiatowego w kwocie 1000 koron i ryczałtem na koszta podróży, ustanowionym przez Wydział krajowy w rocznej kwocie 800 koron.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Annaberg, Felizienthal ze Smorżem górnem, Grabowiec Skolski, Hołowiecko, Hutar, Kalne, Karlsdorf, Kliniec, Orawa, Orawczyk, Pławie, Pohar, Ryków, Smorze dolne, Smorze miasto, Tucholka, Tysowiec, Wyżłów i Zupanie, razem 19 gmin z ludnością 11,030 na obszarze 330 kilometrów kwadratowych.

Ubiegający się o tę posadę mają oprócz dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej świadectwem c. k. lekarza powiatowego wykazać się:

prawem obywatelstwa austryackiego;

dyplomem doktora medycyny, uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;

świadectwem moralności;

znajomością języków krajowych i przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Tucholce będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31 grudnia 1891 dz. u. kr. Nr. 82 i 83 (część XXII Dz. u. kr. z r. 1891).

Posada zostanie nadaną na 1 rok prowizorycznie, poczem dopiero może nastąpić stabilizacya.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 koronę, należy wnosić do Wydziału powiatowego do dnia 10 lipca 1900 roku.

Z Wydziału powiatowego.

L. 1427.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 17-go kwietnia 1900 L. 25,405 rozpisuje niniejszem Wydział powiatowy konkurs na posadę *lekarza okręgowego* z siedzibą w Osieku.

Do okręgu w Osieku należy 11 gmin z liczbą mieszkańców 10.570 Lekarz okręgowy obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Płaca z posadą tą połączona wynosi rocznie 1000 koron, zaś ryczałt na koszta podróży rocznie 600 koron.

Podania o nadanie tej posady należy wnosić do Wydziału powiatowego w Biały najdalej do dnia 31 lipca 1900 i załączyć do podania:

1. Dyplom doktora medycyny;
2. Dowód obywatelstwa austryackiego;
3. Dowód, iż petent nie przekroczył 40-go roku życia;
4. Świadectwo odbytej conajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim;
5. Świadectwo lekarskie, potwierdzone przez odnośnego c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdolnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału powiatowego

Biała, dnia 8 czerwca 1900.

LWkr. 42012/900.

W myśl § 12 ustawy z dnia 28 lipca 1897 (Nr. 47 dz. u. kr.) Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w **Białe** z płacą 1200 koron rocznie.

Na razie posada ta nadaną będzie prowizorycznie, po roku jednak użytecznej dla szpitala służby kandydat będzie miał prawo prosić o stabilizacyę.

Ubiegający się o powyższą posadę winni najpóźniej do 20 lipca 1900 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że kompetujący nie przekroczył 40 roku życia;

b) dowodu obywatelstwa monarchii Austro-węgierskiej;

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich, uzyskanego lub potwierdzonego na jednym z uniwersytetu państwa Austro-węgierskiego.

Z Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 30 czerwca 1900. *Grott.*

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą roczną 1400 koron. Podania należycie ostemplowane wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do 1 października 1900.

Wydział Rady powiatowej w Przemyślu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Niżankowicach z płacą roczną 1400 koron i ryczałtem na koszta podróży 600 koron. Podania wnosić do Wydziału Rady powiatowej w Przemyślu do dnia 31 lipca b. r.

Rok XXXIX. Kraków, 14 Lipca 1900. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego.

Podał

Dr. Mieczysław Nartowski.

Rzut oka na historyę medycyny wykazuje, jak szybko zmieniały się metody lecznicze, w miarę zmieniających się zapatrywań na istotę i główną przyczynę różnych spraw patologicznych.

Wszak jeszcze niedawno anatomia patologiczna stanowiła główną i jedyną podstawę leczenia; następnie przyszła kolej na chemię lekarską, która jakkolwiek ziściła wiele pokładanej w niej nadziei, to przecież nie zdołała ustalić wszechstronnej terapii chemicznej. Dopiero zdobycze lat ostatnich na polu fizyologii otworzyły przed terapią szersze widoki, obejmując nie jedną część ustroju, lecz wszystkie sprawy żywego ciała. Terapia fizyologiczna nie szuka środków swoistych dla danej choroby, lecz posługując się do celów leczniczych i czynnikami fizycznymi, wyszukuje warunki do zwrócenia zakłóconych spraw życiowych na prawidłowe tory. W ten sposób, jak powiada Smoleński,[1]) wyrobił się w terapii kierunek hygieniczno-dyetetyczny, któremu zawdzięczają swą nowożytną uprawę fizyczne sposoby leczenia, które, wywierając wpływ na odżywienie i czynność narządów, bądź wzmagają ich sprawność, bądź też je ochraniają i uśmierzają ich czynność.

Jakkolwiek jednak terapia fizyologiczna jest bezwarunkowo terapią czynnościową, to mimo tego, zmieniając stosunki odżywcze i czynności narządów, wpływa na przebieg zboczeń organicznych, a tem samem jest pożyteczną nie tylko w cierpieniach, zawisłych od spraw czynnościowych, ale i tam, gdzie zachodzą zmiany anatomiczne. Działając pośrednim wpływem swoim na ustrój, wywiera w nim dodatnie zmiany, których wartość nie zmniejszy się nawet wtenczas, kiedy coraz to szybszym krokiem postępująca nauka i badania wykażą, że niema zmian czynnościowych tam, gdzie niema zmiany organicznej.

Do tej to terapii fizyologicznej, stanowiącej całą gromadę fizycznych sposobów leczenia, należy hidro- i termoterapia, obejmująca wszelkie sposoby użycia ciepła do celów leczniczych, a nie mająca równego znaczenia z hidroterapią, w której, prócz ciepła, ma wielkie znaczenie mechaniczne i chemiczne działanie wody; dalej pneumatoterapia, klimatoterapia, elektroterapia, gimnastyka lecznicza, mięsienie i od najdawniejszych czasów znana i używana helioterapia, w której głównym czynnikiem jest działanie ciepła i światła słonecznego na ustrój zdrowy i chory, a która, w miarę rozszerzenia się naszych wiadomości o wpływie światła słonecznego na wszelkie twory żyjące, zwierzęta i rośliny, z dniem każdym zdobywa sobie poważniejsze miejsce w szeregu licznych środków fizycznych. Do tych to środków fizycznych przybyło w najnowszych czasach stósowanie światła do celów leczniczych, w którem główną rolę odgrywa nie ciepło, ale światło słoneczne.

Liczne doświadczenia, wykonane w tym kierunku w pracowniach higienicznych i bakteryologicznych, wykazały, że światło jest warunkiem ważniejszym od ciepła nietylko dla istnienia wszelkich tworów uorganizowanych (roślin, zwierząt i ludzi), ale jest główną podstawą ich życia i rozwijania się z istot pojedynczych w coraz więcej złożone.

W miejsce najdawniej używanych kąpieli słonecznych zaczęto coraz więcej używać kąpieli świetlnych, których działanie różni się w wysokim stopniu od pierwszych. Podczas gdy w kąpielach słonecznych głównym czynnikiem leczniczym jest ciepło, w świetlnych najważniejszą rolę odgrywa — światło.

Niepewność atoli pogody, ustawiczna zmiana w stopniu oświetlenia i niemożność stósowania światła słonecznego do celów leczniczych w każdym czasie, ograniczyły użycie kąpieli świetlnych; zaczęto się więc zastanawiać, czyby światło słoneczne nie dało się zastąpić innym rodzajem światła, a w pierwszym rzędzie światłem elektrycznem, zwłaszcza łukowem.

Wykonane w tym kierunku doświadczenia zachęciły do dalszych badań, których wynikiem było wykazanie, że światło elektryczne jest w stanie wpływać na wytwarzanie się zieleni roślinnej, wywołać heliotropizm u roślin, wpływać na sprawę przyswajania, rozkład dwutlenku węgla i wody, że rośliny, poddane po zachodzie słońca jeszcze sześciogodzinnemu działaniu światła elektrycznego, przewyższają inne rośliny nie tylko silniejszem ciemno-zielonem zabarwieniem, ale piękniejszem wejrzeniem, melony zaś i banany, pod wpływem działania światła elektrycznego stają się bezwarunkowo znacznie smaczniejsze od tych, na które działa jedynie światło słoneczne.

Gdy dalsze doświadczenia wykazały, że światło elektryczne może zastąpić działanie światła słonecznego i być użytem tam, gdzie chodzi o podniesienie czynności tkanek, że jest w stanie działać skrzepiająco na rośliny tak, że te mogą wytrzymać nawet niekorzystne dla swego istnienia warunki, a liczne spostrzeżenia udowodniły bezpośredni wpływ światła elektrycznego na czynności życiowe ciała ludzkiego, — odtąd światło elektryczne zdobywa z dniem każdym coraz większe znaczenie, jako środek leczniczy w tych wszystkich sprawach patologicznych, gdzie chodzi o powstrzymanie rozwoju i znisz-

[1]) *Smoleński*: Hydroterapia, Kraków 1889.

czenie drobnostrojów, podniecenie przemiany materyi, poprawę krwi, termiczną podnietę tkanek głębiej położonych w ustroju, zadziałanie na większą ilość włókien nerwów obwodowych, a tem samem na ośrodki nerwowe, lub też, gdzie chodzi o wydalenie szkodliwych dla ustroju produktów przemiany materyi.

I. Kąpiele w świetle elektrycznem.

W celu zastósowania światła elektrycznego w celach leczniczych zalecili najpierw Kellogg w Ameryce, a następnie Gebhardt w Berlinie — przez siebie obmyślany przyrząd. Przyrząd ten składa się z ośmiokątnej szafki drewnianej *(Fig. 1, 2 i 3)*, wysokością dochodzącej do 140 ctm.,



Fig. 1.

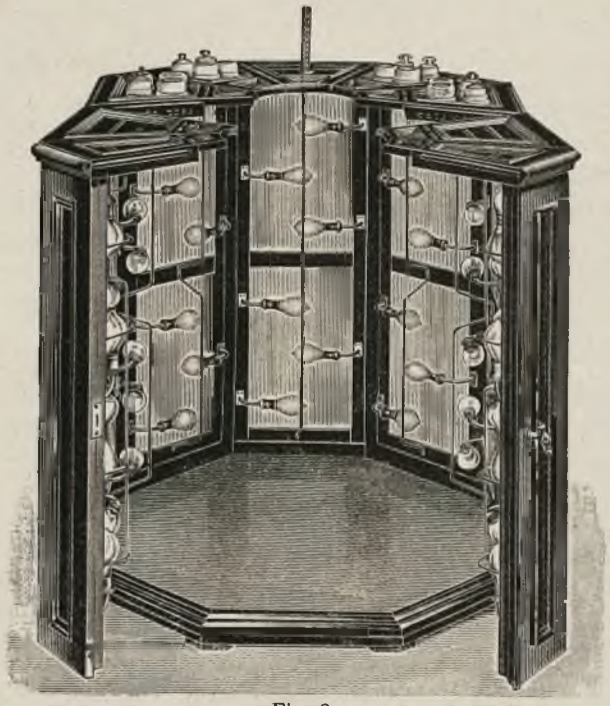


Fig. 2.

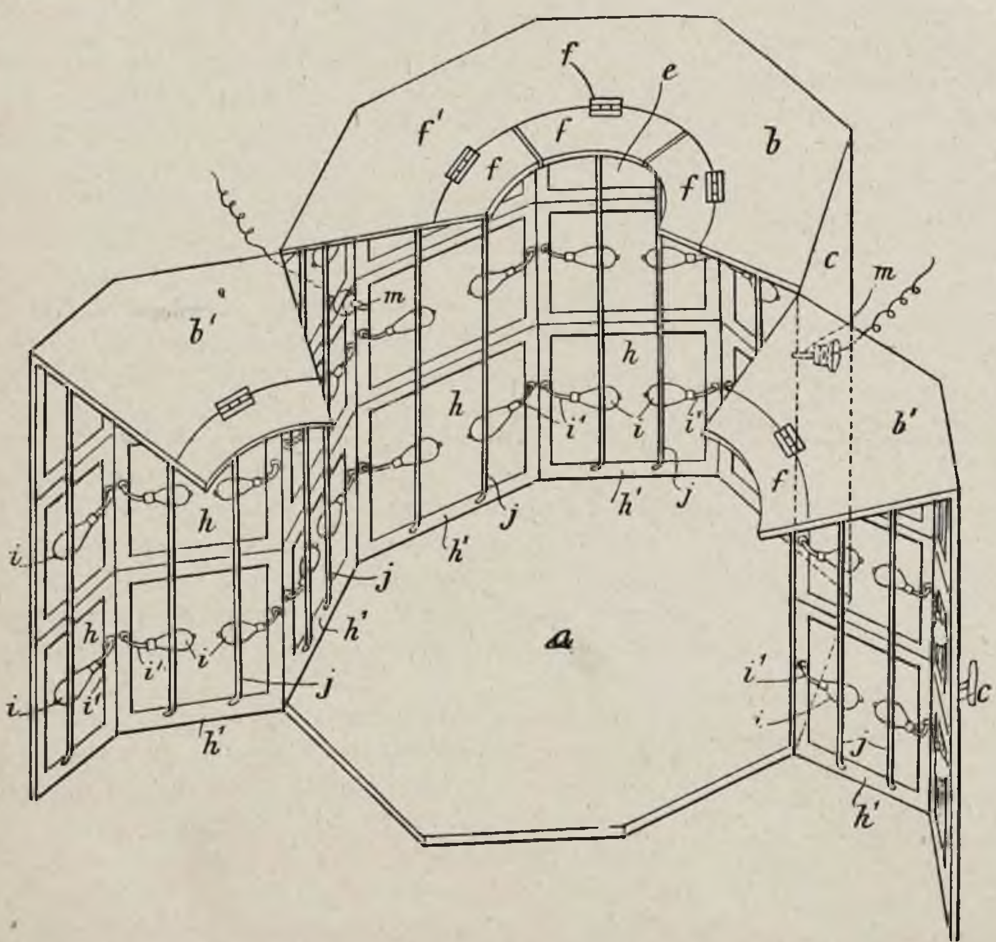


Fig. 3.

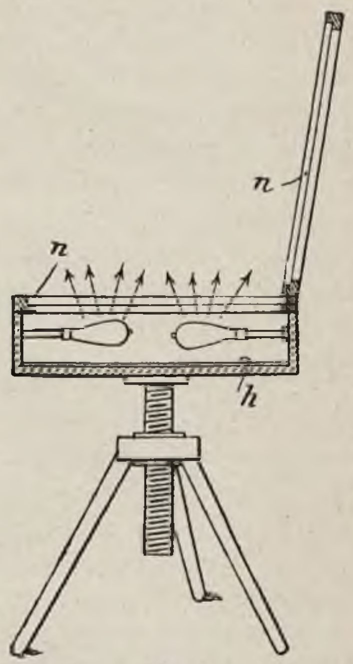


Fig. 4.

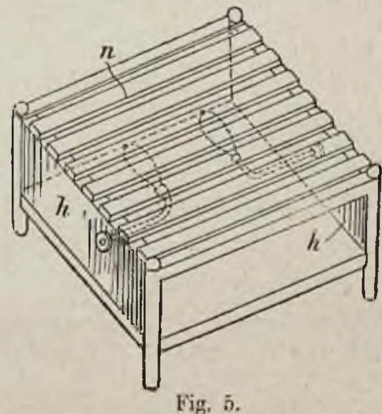


Fig. 5.

o średnicy 120 ctm., wyłożonej wewnątrz płytami lustrzanemi i zaopatrzonej w drzwiczki, otwierające się od zewnątrz i od wewnątrz. W przykrywie znajduje się otwór i odpowiednie urządzenie, które, przylegając szczelnie do szyi, dozwala na zupełne zabezpieczenie głowy od wpływu światła i ciepła, powstającego wewnątrz szafki, w której umieszczonym jest nadto ruchomy stołek żelazny *(Fig. 4)* ze szklaną płytą i maleńki szklany stołeczek *(Fig. 5)* pod nogi. Wewnątrz szafki jest zazwyczaj 48 lampek żarowych, osłonionych prętami niklowanymi, chroniącymi przed możliwem dotknięciem się lampek, ułożonych w cztery grupy, z których atoli każdą, przy pomocy odpowiedniego urządzenia, możemy w miarę potrzeby włączyć lub wyłączyć. Na przykrywie znajduje się nadto ciepłomierz, wpuszczony do wewnątrz, dozwalający jaknajdokładniej oznaczyć ciepłotę, powstającą pod wpływem lampek żarowych wewnątrz szafki.

Promienie świetlne z lampek, odbijają zwierciadła na wszystkie części ciała, a tem samem umożliwiają nie tylko wywieranie na ciało wpływu wszystkim bez wyjątku lampkom, ale co ważniejsze, wzmacniają jeszcze ich działanie.

W kąpieli takiej już po upływie jednej minuty chory doznaje nadzwyczaj przyjemnego uczucia, wywołanego działaniem promieni świetlnych. Po kilku minutach, pod wpływem rozwijającego się ciepła od lampek, chory zaczyna się pocić. Ciepło, zwłaszcza po włączeniu wszystkich grup lampek, wzmaga się szybko, a po upływie 10—20 minut dochodzi do 50°R. Przez wyłączenie jednej z czterech grup lampek żarowych możemy każdej chwili ciepłotę tę zmniejszyć, a tem samem uregulować odpowiednio do stanu chorobowego.

Oprócz powyższego rodzaju przyrządu do kąpieli dla światła elektrycznego, Reiniger, Gebbert i Schall w Erlangen wyrabiają „wanny" dla stósowania światła w pozycyi leżącej chorego, które przedstawiają rysunki *(Fig. 6 i Fig. 7)*.

Kąpiele te są już nieco rzadziej używane z powodu powstających w nich uderzeń do głowy, trudniejszego utrzymania w czystości i t. p. Są atoli nadzwyczaj wygodne i niezastąpione tam, gdzie sprawa patologiczna nie dozwala choremu na swobodne, a dłużej trwające siedzenie. Wtenczas stają się nieocenione.

Również Reiniger, Gebbert i Schall w Erlangen wyrabiają przyrządy dla stósowania światła na pojedyncze części ciała, które są nadzwyczaj pięknie i dobrze wykonane. Tak np. *Fig. 8 Fig. 9* przedstawia przyrząd do kąpieli w świetle elektrycznem dla grzbietu i siedzenia; *Fig. 10* i *11* dla rąk, *Fig. 12* dla nóg, wreszcie *Fig. 13* przedstawia stołek do siedzenia również z lampkami elektrycznemi.

Kąpiele w świetle elektrycznem są nietylko idealnemi kąpielami potnemi dla ludzi zdrowych, ale daleko większe mają znaczenie, jako kąpiele lecznicze dla chorych. Głównemi ich zaletami, które je wyróżniają, są:

1) Łatwość, z jaką ciepło i światło przenika ciało do pewnej głębokości, a tem samem możność zadziałania światłem na głębiej położone tkanki.

2) Ciepło powstaje tutaj, jako bezpośrednia siła promieniująca, a nie jako powolne rozszerzanie się i przewodzenie. Pot, występujący już przy 27° (Below), nie jest następstwem silnego podrażnienia narządów krążenia, gdyż tętno nie przekracza prawie nigdy stu uderzeń na minutę.

3) Ciepło, doprowadzone tą drogą do ustroju, wywołuje obok pocenia i inne czynności pojedynczych tkanek, w których głąb bezpośrednio wnika, podrażnia większą ilość nerwów obwodowych, a tem samem działa odruchowo silniej na ośrodki nerwowe i w następstwie podnosi odżywienie i wzmaga przemianę materyi.

4) Świetlna kąpiel elektryczna działa zarówno wzmacniająco, jak i osłabiająco. Tak n. p. krótka kąpiel elektryczna świetlna o pełnej sile światła jest jednym z najlepszych środków, sprowadzających podrażnienie obwodowe. Działanie jej pokrzepiające możemy wzmocnić jeszcze przez dodanie zimnego natrysku, a tem samem osięgnąć jeden z najskuteczniejszych odczynów w ustroju. Siła ogrzania skóry przygotowuje drogę następnemu działaniu zimna bez ogrzania i znużenia naczyń krwionośnych do tego stopnia, by „restitutio ad integrum" tkanek skóry postępowało zbyt powoli i mogło sprowadzić zaziębienie, jego następstwa, lub być nieprzyjemnem i przykrem dla chorego.

5) Pod względem dogodności w stósowaniu świetlne kąpiele elektryczne przewyższają znacznie t. zw. „kąpiele ruskie i rzymskie", gdyż ciepłotę w nich możemy dowolnie zwiększać lub zmniejszać przez włączenie lub wyłączenie poszczególnych grup lampek żarowych, a tem samem w każdej chwili kontrolować, gdyż pojedyncza lampka żarowa przedstawia jedynie źródło ciepła, a nie ogrzane powietrze, wydzielane zaś przez nią ciepło znika natychmiast z chwilą jej wyłączenia.

6) Ciepło w świetlnej kąpieli elektrycznej możemy stósować nie tylko na dowolne miejsca ciała, ale i na głębiej położone tkanki.

7) Chorzy nie są zamknięci w ograniczonej przestrzeni, w której znajdowali się już inni i nie oddechają przegrzanem, nie wolnem od szkodliwych dla ustroju składników powietrzem, gdyż głowa przez cały czas kąpieli znajduje się ponad wanną. Ponieważ chory może swobodnie oddechać świeżem powietrzem, nie przychodzi tutaj nigdy do ciśnienia i zajęcia głowy, ani do szkodliwego wpływu gorąca na płuca.

8) Podczas gdy przy dłuższem stósowaniu kąpieli rzymskich lub ruskich chorzy odczuwają pewnego rodzaju osłabienie, to po świetlnych kąpielach elektrycznych następuje wzmocnienie całego układu nerwowego, a wiele osób może ich używać wprost jako środka orzeźwiającego i wzmacniającego.

9) Czynność serca, w stosunku do ciepłoty ciała, podniesionej zaledwie o kilka dziesiętnych stopnia, jest tak nieznacznie wzmożoną, że nawet chorzy z wadami serca mogą ich używać nie tylko dla utrzymania czystości ciała, ale jako wskazanie lecznicze, zwłaszcza wtenczas, jeżeli je zastosujemy z równoczesnem opromienianiem okolicy serca.

10) Wreszcie, co do kosztów, to i tutaj zajmują one pierwsze miejsce. Urządzenie świetl. kąpieli elektr. jest daleko tańszem, aniżeli łaźni rzymskiej lub innej. Przygotowanie świetlnej kąpieli elektrycznej nie wymaga straty czasu, służby i kosztownych urządzeń do ogrzewania. Świetlną kąpiel elektryczną, stosuje się odpowiednio do stanu patologicznego od 10 do 30 minut, w którym to czasie ciepłota przechodzi zazwyczaj 50°R. U chorych więcej osłabionych, z wadami sercowemi lub też zanadto wrażliwych, stósujemy świetlne kąpiele elektryczne począwszy od 2 minut, a nawet krócej. Na serce i głowę przykłada się przyrządy ochładzające Leitera,

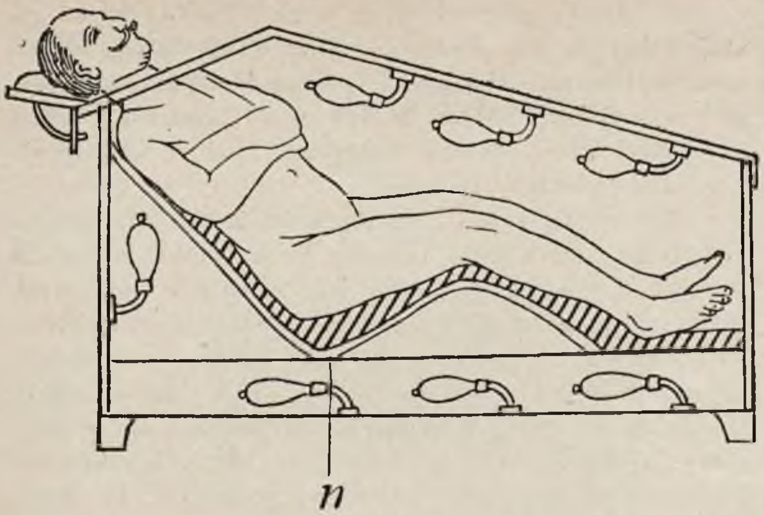


Fig. 6.

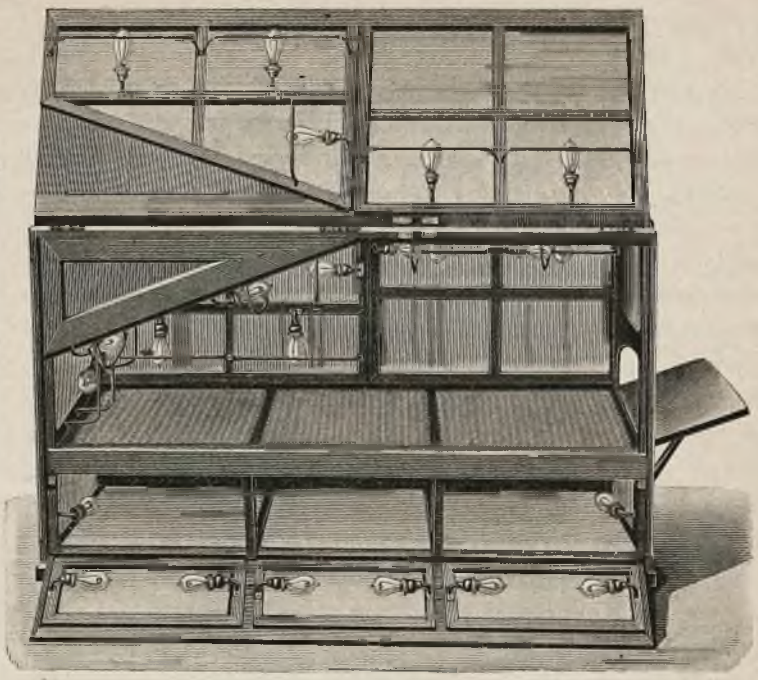


Fig. 7.

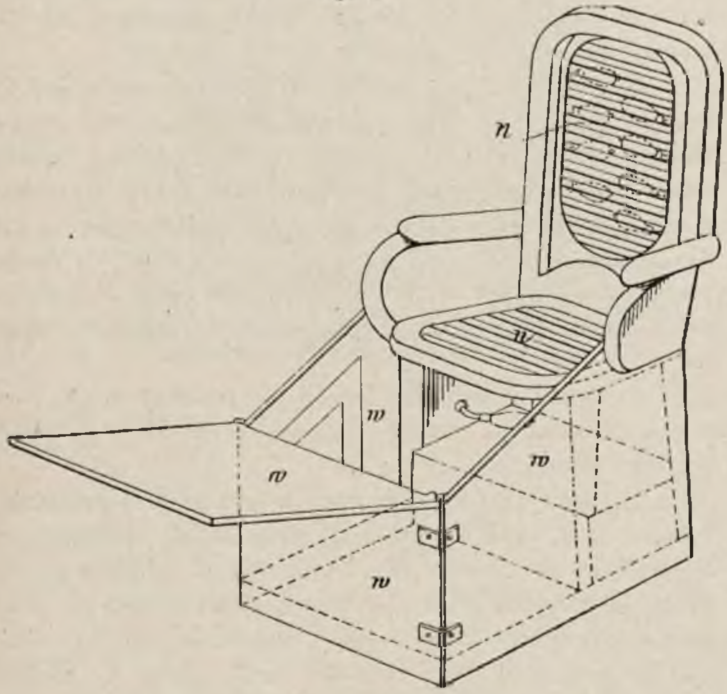


Fig. 8.

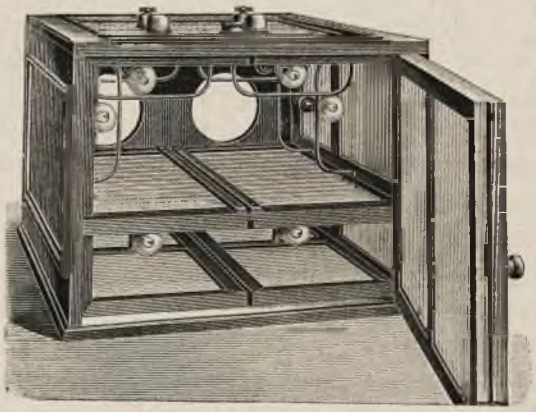


Fig. 10.

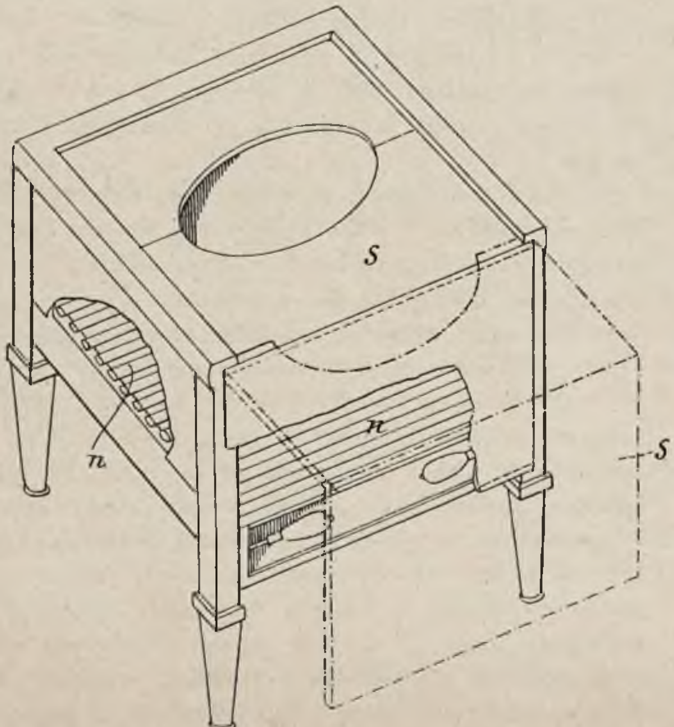


Fig. 9.

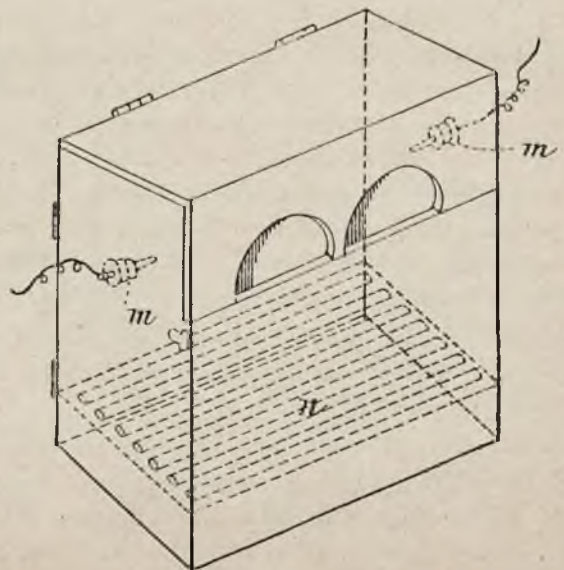


Fig. 11.

połączone rurkami gumowemi ze zbiornikiem zimnej wody, lub co najlepiej, bezpośrednio z wodociągiem. Po kąpieli należy chorego ostudzić w zwykłej wodzie o ciepłocie do 28° R.,

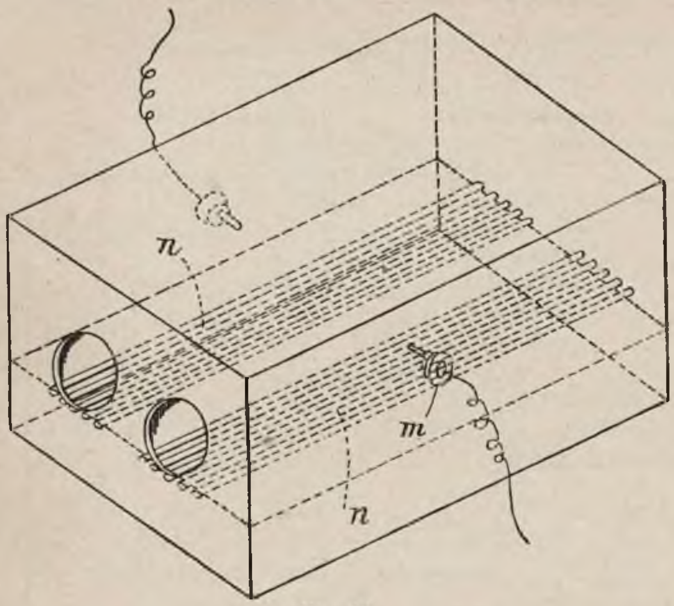


Fig. 12.

ochładzając ją przytem powoli, lub puszczając, gdy jest ku temu wskazanie, zimny natrysk na głowę, poczem chory, owinięty kocem, powinien odpoczywać na kanapce, dopóki nie powróci prawidłowa ciepłota ciała.

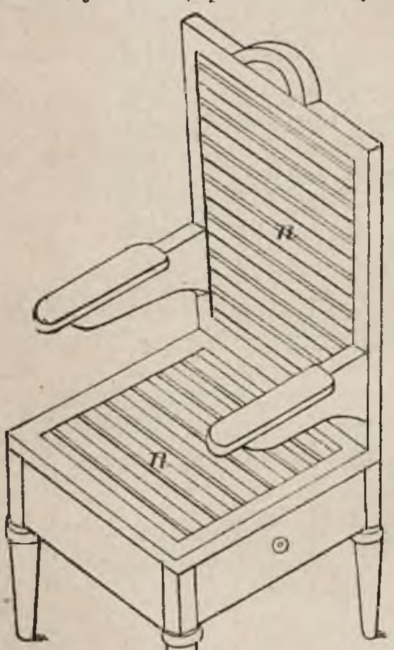


Fig. 13.

Kellogg[2]) w celu wykazania naukowej podstawy dla stósowania kąpieli w świetle elektrycznem i różnicy, jaka zachodzi między kąpielą rzymską, a świetlną elektryczną i o ile ta ostatnia wpływa na wydzielanie kwasu węglowego i potu, wykonał odpowiednie doświadczenia, które wykazały, że podczas gdy ilość wydzielonego kwasu węglowego w świetlnej kąpieli elektrycznej w czasie 30 minut wynosi 4·29 litrów, to w kąpieli rzymskiej w tym samym czasie tylko 3·96 l. Badania, wykonane z wszelką dokładnością naukową na 3 młodych a silnych mężczyznach, wykazały przeciętnie, że w świetlnej kąpieli elektrycznej po

5 min. wydziela się 4·10 litra kwasu węglowego
10 „ „ 4·10 „ „ „
20 „ „ 4·20 „ „ „
30 „ „ 5·13 „ „ „

podczas gdy w kąpieli rzymskiej po

5 m. wydziela się 4·03 l. „
10 „ „ „ 4·07 „ „
30 „ „ „ 4·01 „ „

²) Kellog: Anwendung von Wärme nach einer neuen Methode. Festschrift zum vierzigjährigen Doktorjubileum des Prof. dr. Winternitz. Wien u. Leipzig 1897.

i to przy ciepłocie powietrza 28° C w świetlnej kąpieli elektrycznej, przy 38° C w kąpieli ruskiej, a 55—60° C w kąpieli rzymskiej.

Co do czasu, potrzebnego do wywołania pocenia, to Kellogg podaje, że podczas gdy przy ciepłem powietrzu w kąpieli rzymskiej występuje pot po 5 minutach i 35 sekundach, to przy zimnem powietrzu, u tych samych osób i w tym samem czasie, potrzeba do wystąpienia potu w kąpieli rzymskiej cztery razy dłuższego czasu niż w świetlnej kąpieli elektrycznej, w kąpieli zaś ruskiej nawet jeszcze dłuższego.

Jakkolwiek jednak liczby te nie odnoszą się bezwarunkowo do wszystkich przypadków, gdyż u wielu osób istnieje większa skłonność do potu, aniżeli u innych, to pomimo tego wydzielanie potu w świetlnej kąpieli elektrycznej jest daleko szybsze i dokładniejsze (Gärtner[1]), dla chorych zaś kąpiele te są daleko przyjemniejsze, aniżeli parowe lub rzymskie. (c. d. n.)

II. Z zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie

O wydzielaniu i składzie śliny gruczołu przyusznego (parotis) pod wpływem rozmaitych czynników.

Podał
Dr. A. Gońka.

(Dokończenie).

Przystąpmy obecnie do sprawy głównej, najwięcej nas obchodzącej, tj. do odpowiedzi na pytanie, jak zachowuje się wydzielanie śliny przez gruczoł przyuszny wobec przeróżnych sposobów drażnienia błony śluzowej pyska, względnie, jak zachowuje się gruczoł przyuszny i podszczękowy w czasie tychże samych drażnień? Najwłaściwszem byłoby może, opisawszy każde doświadczenie z osobna, otrzymane wyniki uzmysłowić odpowiednią tablicą; miałoby się w ten sposób najłatwiejszy przegląd. Od tego sposobu przedstawienia rzeczy, odstąpić muszę ze względów techniczno-drukarskich. Opis doświadczeń daję zatem najpierw, dołączając uwagi, nieobjęte tablicą. Z całego szeregu doświadczeń przytaczam tylko pewną ich część bez szczególnego wyboru.

Doświadczenie Nr. I (*ad* **403**)*). Pies wagi 15 kilogr. 90 grm. — Kurara, tracheotomia, sztuczne oddechanie. Odpreparowano oba przewody Stenona i wprowadzono kaniule. Ślina z początku wydziela się pomimo drażnienia parą eteru, w bardzo małych ilościach. Wstrzyknięto pilokarpinę; ślinienie znacznie obfitsze. O godzinie 6·52 zaczęto zbierać ślinę. Przez cały czas doświadczenia, drażniono: nozdrza mechanicznie, eterem, nerw kulszowy prądem, nadto w ten sam sposób lewy nerw językowy. Wybitniejsze działanie tylko przy eterze i mechanicznem drażnieniu nozdrzy. Drażnienie języka eterem — bez skutku. Drażnienie prądem n. językowego widoczniejsze w skutku na gruczole prawym; tož samo przy drażnieniu n. kulszowego. Tu atoli widoczniejszym jest skutek przy stósowaniu prądu słabszego po silniejszym. Z gruczołów podszczękowych ślinienie bardzo obfite. O godzinie 7·31 dano znowu pilokarpinę; o godzinie 7·51 przestano zbierać ślinę, której było z prawego gruczołu 2·87 grm., z lewego 3·56 grm.

Doświadczenie Nr. II. (*ad* **406**). Pies wagi 18 090. — Kurara, tracheotomia Bez pilokarpiny ślina nie wydziela się, mimo drażnienia

¹) Zeitschrift f. diätetische u. physik. Therapie. Tom I. Zeszyt 4.

*) Liczba ta oznacza zawsze Nr. doświadczenia w księdze protokółów doświadczeń Zakładu fizyologicznego.

nozdrzy eterem. Ślinę zbierano od godz. 5·45 do 7·48 w cztery tygle. Z prawego gruczołu było 7·60 grm. z lewego 8·17 grm. Doświadczenie interesujące o tyle, że kilkakrotne drażnienie n. kulszowego zostało bez skutku. Jedynie działanie eteru przyspieszało wydzielinę.

Doświadczenie III. (*ad* **415**). Pies wagi 13·590. — Kurara, tracheotomia. Wydzielanie dopiero po pilokarpinie. Doświadczenie to, o tyle znamienne, że bodźce, stosowane na błonę śluzową pyska lub na język, nie dały zupełnie żadnego skutku. Ilość zebranej śliny po obu stronach jednakowa prawie, bo z prawego 8·33 grm., z lewego 7·98 grm.

Doświadczenie IV. (*ad* **417**). Pies wagi 9 kilogramów. Ślinę zbierano od godziny 5·40 do 7·25. Wydzielanie bardzo skąpe, prawdopodobnie dlatego, bo pies wymiotował, zatem był znaczny ubytek płynów z żołądka. Wprowadzono fizyol. rozczynu soli kuchennej 250 sz. ctm. bez skutku na przyspieszenie wydzielania. Oddziaływanie na drażnienie eterem lub prądem n. kulszowego — żadne. Ilość śliny z prawego gruczołu ledwo 2·02 grm, z lewego 0·64.

Doświadczenie V. (*ad* **418**). Pies wagi 9 kg. 100 grm. — Tracheotomia, kurara. Ślinienie tylko dopiero po pilokarpinie. Doświadczenie, przeznaczone wyłącznie dla zbadania, czy cukier wpływa na przyspieszenie wydzielania. Wynik był ujemny. Ilość śliny z gruczołu prawego 7·19 grm, z lewego 11·73 grm. Zbieranie trwało przeszło $1^1/_2$ godziny.

Doświadczenie VI. (*ad* **420**). Pies wagi 17 690 kg. — Kurara, tracheotomia. Bez pilokarpiny — niema ślinienia — po wstrzyknięciu jej ślinotok z obu gruczołów znaczny, bo zebrano z prawego (w dwóch tyglach) 12·104 gr, z lewego (również z dwóch tyglów) 14·845 grm. — Drażnienie błony śluzowej raz po jednej, to znowu po drugiej stronie, niewywołuje ani tu ani tam wybitnego efektu; silniejszy prąd na n. kulszowy — daje skutek niewielki, ale widoczny.

Doświadczenie VII. (*ad* **423**). Pies wagi 18 890 kg. — Tracheotomia. kurara. Odpreparowano prawy n. kulszowy i potem oba przewody gruczołów przyusznych. O godzinie 6·30 wstawiono kaniulę w lewy przewód, — w pół godziny później — w prawy. Bez pilokarpiny nie wydziela się nic. O godzinie 7·10 wstrzyknięto 4 miligr. pilokarpiny. Zbierano ślinę najpierw bez drażnienia, aż do g. 7·27. Poczem od g. 7·30 zadrażniono wyłącznie lewą stronę, następnie użyto innego rodzaju bodźców. O g. 8·45 przestano zbierać. Ilość śliny z prawego 7·80 grm., lewego 5·36 grm. Prawy gruczoł funkcyonował raźniej i obficiej. I tu również niema widocznego działania na gruczoł po stronie drażnionej. Niektóre momenta doświadczenia zdawałyby się nawet wskazywać, że działanie uwydatnia się raczej po stronie przeciwnej. Mimo bowiem, że z lewego zaczęto zbierać wcześniej i że lewa strona przeważnie była drażniona, przecież ilość śliny była znacznie mniejsza po stronie lewej.

Doświadczenie VIII. (*ad* **424**). Pies wagi 8·400 kg. — Kurara, tracheotomia, pilokarpina. Doświadczenie to jest powtórzeniem niemal poprzedniego i skontrolowaniem jego wyników, bo z początku drażniono również tylko stronę lewą. Drażnienie jednostronne nieprzyspieszyło również zwiększonej wydzieliny po tejsamej stronie. Obustronne wydzielanie przyspiesza tylko eter i to w tej chwili. Drażnienie n. kulszowego silnym prądem daje jakby zahamowanie, bo kropla, która miała spadać, jakby się zahrzymała. Prawy przewód wydzielił 3·26, lewy 6·09 grm. Wogólności, w całem doświadczeniu widać znowu odporność obu gruczołów na bodźce, stosowane na błonę śluzową.

Protokółom tym odpowiadają tablice, w dalszym ciągu umieszczone; wynik doświadczenia jest w nich ujęty w liczby. Dodać jednak muszę, że i z tych tablic nie nabiera się dokładnego obrazu, jak działa drażnienie pewnym danym środkiem. Zestawienie liczb wskazuje tylko stosunek, zachodzący między ilością wypływających kropel, a czasem ich wypływu, nieuwydatnia atoli dokładnie, czy krople te spadły zaraz w pierwszej chwili po podrażnieniu, czy też spadanie to odbyło się w całym notowanym czasie wypływu. Odpowiedź na to daje tylko dokładna obserwacya graficznego rysunku, przedstawionego na walcu kymografionu. Zanim przystąpię do poszczególnego omawiania uwag, nasuwających się z każdego doświadczenia osobno i wszystkich razem wziętych — przedstawić muszę jeszcze tablice, odpowiadające powyżej przytoczonym protokółom.

Nr. 1 (*ad* **403**).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia: strona prawa	Rodzaj drażnienia: strona lewa	Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel: strona prawa	Ilość kropel: strona lewa	Uwagi
	bez drażnienia		48	2	1	
35	nozdrze - mech.		40	1	3	
63		nozdrze - mech.	72	1	3	
65	nozdrze - mech.		65	1	3	
31	eter do nosa		66	2	3	spadły w pierwszej chwili
27	n. kulszowy (20)*		—	—	—	
29	dtto (18)		—	—	—	
18	dtto (15)		—	—	—	
32	dtto (25)		—	—	—	
30		n. językowy (20)	—	—	—	
23	dtto (15)		—	—	—	
11	dtto (10)		—	—	—	
10	nozdrze - prądem (12)		—	—	—	
10	dtto (10)		—	—	—	
15		nozdrze - prądem (10)	—	—	—	
14	język - prądem (10)		—	—	—	
38	nozdrze - mech.		—	—	—	
15	eter do nosa		—	—	—	
32	dtto		—	—	—	
	pilokarpina		161	11	3	widoczny wpływ pilokarpiny
20	eter do nosa		54	7	5	
36		n. językowy - prądem	67	6	5	
21		dtto (14)	46	4	2	
33		dtto (20)	33	2	1	
46	n. kulszowy (20)		—	—	—	
31	dtto (16)		42	3	2	
26		n. językowy (11)	32	—	2	
17	eter do nosa		—	—	—	
15	eter do nosa		—	—	—	

* Liczby tu umieszczone w nawiasie oznaczają odległość cewek aparatu indukcyjnego.

Nr. 2 (*ad* **406**).

	Pilokarpina		276	23	30	
39		nozdrze - mech.	81	7	8	
53	nozdrze - mech.		53	6	6	
—		policzek kwas	39	2	3	
—	język od spodu kwasem		20	2	3	
—	drażnienie języka pincetą od spodu		25	1	1	
—	kwas na grzbiet języka		80	2	2	
31	sondą	nozdrze - mech.	31	1	2	
17	język od spodu - prądem		17	1	1	
	język środek - prądem		15	—	—	
16	nasada języka - prądem		18	1	1	
19	góra języka - prądem		19	1	1	
63	ruchy żuchwy		73	2	2	
	eterem - język w górze		42	2	1	
50		nozdrze - mech.	50	2	1	
	bez drażnienia		208	3	5	
23	eter do nosa		22	3	2	
	bez drażnienia		150	1	3	
23	n. kulszowy (15)		23	—	—	
32	dtto (20)		32	1	1	
26	dtto (22)		29	1	—	
19	eter do nosa		37	4	3	
	bez drażnienia		149	—	—	
170	duszenie niekompletne		170	2	2	
24	drażnienie mechaniczne podniebienia		24	—	1	
	eterem podniebienie miękie		33	1	2	

Nr. 3 (*ad* 415).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia		Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel		Uwagi
	strona prawa	strona lewa		strona prawa	strona lewa	
—	Pilokarpina		561	19	20	
31		nozdrze - mech.	42	1	1	
28	nozdrze - mech.		28	1	1	
53	eter do nosa		55	2	2	
45	nozdrze - mech.		45	1	—	
22		nozdrze - mech	31	1	1	
	język mechanicz. pincetą		34	2	—	

Nr. 4 (*ad* 417).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia		Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel		Uwagi
	strona prawa	strona lewa		strona prawa	strona lewa	
	Pilokarpina					
74	eter do nosa		74	1	2	Wpływ pilokarpiny uwydatnił się znaczniej dopiero po chwili tak, że gdy z początku jedna kropla spadała w 70 sekund, później spadała już jedna kropla co 20 sekund.
33	n. kulszowy (14)		33	—	—	
25	dtto (10)		25	—	—	
27	dtto (6)		27	—	—	
10	eter do nosa		—	—	—	
11	eter do nosa		—	—	—	
9	eter do pyska		—	—	—	
27	eter do nosa		27	1	1	
19	dtto do pyska		—	—	—	
25		nozdrza - mech.	—	—	—	
	sól kuchenna fizyol. (bez skutku)		470	3	—	

Nr. 5 (*ad* 420).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia		Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel		Uwagi
	strona prawa	strona lewa		strona prawa	strona lewa	
	pilokarpina		366	12	27	
38		nozdrze - mech.	48	—	—	
16	nozdrze - mech.		16	—		
60	n. kulszowy (11)		60	1	1	
24	dtto (8)		24	1	2	
12	dtto (14)		12	—	—	
15	dtto (8)		85	1	1	
	pilokarpina		674	81	65	
40		nozdrze - mech.	50	3	2	odtąd zaczęto drażnić po ustaniu działania pilokarpiny
15	nozdrze - mech.		15	1	1	
	nozdrze - mech		27	1	—	
13	ruchy żuchwy		30	1	—	
30	język - mechanicz.		36	—	—	
36	eter do nosa		37	2	2	
37	n. siedzeniowy (10)		60	5	3	
40	dtto (14)		59	3	2	
59	bez drażnienia		390	7	1	
—	n. kulszowy (10)		70	5	3	
60	bez drażnienia		170	1	—	
—	eter do nosa		80	1	2	
60	pilokarpina		160	14	20	

Nr. 6 (*ad* 423).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia		Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel		Uwagi
	strona prawa	strona lewa		strona prawa	strona lewa	
74		nozdrze - mech.	74	3	2	
50		dtto	52	2	3	
40		kwas na język	45	1	1	
90		język - mechan.	15	2	2	
24	kwas - spód języka		25	—	1	
60		język - cukrem	75	—	2	
54	eter na język		90	2	1	
—	bez drażnienia		278	4	2	
12		język - prądem (10)	10	—	1	
12		dtto (10)	10	1	—	
14		dtto (10)	—	—	—	
43	nozdrze - mech.		43	1	—	
—	eter na język		50	—	—	
—	pilokarpina		240	31	22	
37	eter do nosa		37	—	—	
46	dtto		—	—	—	
45	n. kulszowy (9)		45	1	—	
60	dtto (12)		60	—	—	
56	dtto (7)		56	1	—	
40	ruchy żuchwy		—	—	—	
83	n. kulszowy (19)		—	—	—	

Nr. 7 (*ad* 424).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia		Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel		Uwagi
	strona prawa	strona lewa		strona prawa	strona lewa	
60		język - kwasem	—	—	—	
54		prąd indukc.(16)	—	—	—	
42		dtto (10)	—	—	—	
19		język - eterem	—	—	—	
21	dtto		—	—	—	
	pilokarpina		500	27	35	
26	n. kulszowy (13)		26	1	1	
16	dtto (10)		18	1	1	
26	dtto (10)		26	1	1	
	bez drażnienia		400	5	7	ustaje wpływ pilokarpiny
53	eter do nosa		60	3	4	
28	n. kulszowy (10)		40	1	1	
30	dtto (18)		—	—	—	
	pilokarpina		500	7	11	
32	eter do nosa		45	—	1	
25	dtto		35	1	1	

Ostatnie dwa doświadczenia, których protokóły i zapiski chcę tu przedstawić, były prowadzone w ten sposób, że zbierano ślinę nie z obu gruczołów przyusznych, ale z jednego przyusznego i z jednego podszczękowego. Chciałem bowiem widzieć, jak takie dwa gruczoły przy równoczesnem drażnieniu oddziaływują.

Doświadczenie IX. (*ad* 435). Pies wagi 11 500 kg. — Kurara, tracheotomia. Odpreparowano przewód lewego gruczołu przyusznego i lewy gruczołu podszczękowego. Bez wstrzykiwania pilokarpiny widać już ogromną różnicę w wydzielaniu się śliny. Z podszczękowego wydzielanie nader obfite (pod wpływem eteru); odpreparowano n. udowy. Zaczęto ślinę zbierać o godzinie 5 45. Przy drażnieniu n. udowego przyspieszenie tylko z grucz. podszczękowego. Przy użyciu silniejszego prądu niema większego przyspieszenia, ale jakby zahamowanie. Przyspieszenie widoczne przedewszystkiem przy pierwszem

podrażnieniu prądem. Przy drażnieniu eterem przyspieszenie wydzielania z obu gruczołów; z podszczękowego więcej mucyny (ślina ciągnąca się)· Przy drażnieniu mechanicznem nozdrzy wydzielanie z obu gruczołów (patrz tablica). Wstrzyknięto wyciąg z nadnercza kota $^1/_2$ strzykawki, widoczne zwolnienie akcyi serca (nie notowano ciśnienia). wydzielanie z obu przewodów zahamowane. Drażnienie mech. nozdrzy, bezpośrednio potem zastosowane, natychmiast przyspiesza wydzielanie

Nr. 8 (*ad* 435).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia		Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel		Uwagi
	strona prawa	strona lewa		gruczoł przyuszny	gruczoł podszczęk.	
	pilokarpina		242	4	20	
21	n. udowy prądem (14)		32	—	7	
20	dtto (14)		22	—	2	
9	dtto (14)		14	—	2	
12	dtto (16)		16	-	1	
23	eter do nosa		30	7	6	
13	dtto		20	3	4	
21		nozdrze - mech.	25	3	4	
25	nozdrze - mech.		32	5	5	
	nadnerczyna		120	—	4	
35	oba nozdrza - mech. sondą		44	6	7	
16	n. udowy - prądem (10)		20	1	5	
12	dtto (10)		16	—	3	
17	dtto (14)		18	—	2	
10	eter do nosa		17	5	4	
—	bez drażnienia		260	7	14	
—	cukier		288	—	9	
—	pepton		125	8	25	
—	dtto		100	1	2	
30	eter do nosa		30	5	6	
20	nozdrze - mech.		20	—	1	
14	dtto		18	—	—	
14	eter do nosa		15	—	1	
—	pilokarpina		52	8	14	
19	eter do nosa		50	4	6	
—	pilokarpina		800	65	21	

Nr. 9 (*ad* 440).

Czas drażnienia w sekundach	Rodzaj drażnienia		Czas wypływu w sekundach	Ilość kropel		Uwagi
	strona prawa	strona lewa		gruczoł przyuszny	gruczoł podszczęk.	
—	bez drażnienia (pilokarp.)		170	33	24	
—	preparowanie nerwu kulszow.		45	7	12	
9	eter do nosa		15	3	13	
—	dalsze preparowanie nerwu		112	10	16	
—	podwiązywanie n. kulszowego		270	23	41	
37	eter do nosa		40	3	12	
13	prądem - n. kulszowy (20)		13	1	1	
10	dtto (20)		10	1	1	
50	dtto (15)		10	5	1	
15	prądem n. językowy (15)		57	3	27	
14	dtto (13)		95	7	18	
15	dtto (13)		26	5	18	
20	dtto (15)		50	8	36	
16	n. kulszowy (15)		90	5	15	
—	bez drażnienia		102	—	2	
—	kofeiny 1 decygram		160	3	3	
—	dtto		165	5	8	
—	pepton 5 gr.		177	8	21	wpływ dopiero po chwili
—	dtto 3 gr.		131	1	3	
—	dtto 1 gr.		342	10	23	
—	cukier 5 gr.		36	—	1	
—	dtto		120	3	7	

z obu przewodów. Wprowadzono z 10% rozczynu cukru gronowego 45 sz. ctm. bez żadnego wpływu. Wprowadzono pepton z 0% rozczynu, 30 sz. ctm. Przyspieszenie wydzielania znaczne i to widoczne jeszcze, zanim wprowadzono wszystkie 30 sz. ctm. Przestano zbierać ślinę o godzinie 8·12. Z przewodu gruczołu przyusznego zebrano 8·10, z podszczękowego 12·23 grm.

Doświadrzenie X. (*ad* 440). Pies wagi 26 590. — Kurara, tracheotomia. Odpreparowano prawy przewód gruczołu przyusznego i z przeciwnej strony przewód gr. podszczękowego. Mimo że pies był duży, — odpreparowane przewody okazują się bardzo nikłe. Pod wpływem drażnienia nozdrzy eterem wydzielanie z przewodu gr. podszczękowego bardzo obfite — z przyusznego nie wydziela się nic; więc znowu musiano zastrzyknąć pilokarpinę. Wprowadzono pepton w żyłę w ilości 50 sz. ctm., a w kilka minut znowu 40 sz. ctm., w jakiś czas potem rozczyn cukru gronowego 10% w ilości 100 ctm. Z przew. gr. przyusznego zebrano 15·63, z podszczękowego 32·98 grm. Prócz cukru, który dla wydzielania jest obojętny, wszystkie bodźce przyspieszają wydzielinę — w daleko wyższym stopniu; objawia się to przy każdem drażnieniu na gruczole podszczękowym.

W tablicach tych zamknięte jest wszystko, na co w ciągu moich doświadczeń chciałem sobie odpowiedzieć. Innych tablic nieprzedkładam wobec tego, że zjawiska w dalszym ciągu spostrzegane powtarzały się *mutatis mutandis* i że nie widziałem nic takiego, coby kazało przypuszczać, że ten lub ów szczegół nasuwa pewne wątpliwości.

Zanim atoli rozpatrzę się, do jakich wniosków te doświadczenia mię upoważniają, muszę potrącić koniecznie o jedną ważną rzecz Studyując pracę prof. Becka, który, obok innych spraw, badał zachowanie się gruczołów podszczękowych wobec przeróżnych, obwodowo działających podniet, i porównując później wyniki przez siebie na gruczołach przyusznych otrzymane, już po kilku niemal doświadczeniach przyszedłem do przekonania, że między jego, a moimi wynikami są znaczne i powiedzieć można zasadnicze różnice. Wyniki doświadczeń Becka dałyby się streścić tak: oddziaływanie gruczołów podszczękowych na podniety jest szybkie i łatwe. Na dziewięć doświadczeń przytoczonych, ani w jednym przypadku nieużywano pilokarpiny, gruczoły same funkcyonowały. Zatrucie kurarą przyspiesza ślinienie. Przy drażnieniu nerwów dalszych, jak n. kulszowy, wydzielanie obustronne jednakowo — przyspieszone. Przy drażnieniach błony śluzowej pyska, języka, nozdrzy mechanicznie, n. językowego prądem etc. przyspieszenie wydzielania śliny było zawsze po stronie drażnionej. Zjawisko to występuje przez przeciąg wszystkich doświadczeń z niezmierną dokładnością.

Raz jeden tylko dopatrzeć się mogłem odstępstwa od tej reguły, gdy przy drażnieniu mechanicznem lewej strony nozdrzy (doświadczenie 9) otrzymano większą ilość kropel po stronie przeciwnej.

Toż samo spostrzeżenie zrobić można już kilkakrotnie przy drażnieniu prądem lewego lub prawego n. kulszowego. Lecz to nie dowodzi właściwie niczego, podrażnienie to idzie bowiem wyżej wspólnym pniem.

Spróbuję obecnie zanalizować doświadczenia moje: o tem, że kurara na gruczoły podszczękowe zupełnie nie działa, już powyżej nadmieniłem. Ten brak wpływu widoczny był we wszystkich moich doświadczeniach. Ale co więcej powiedzieć muszę, że w całości gruczoły przyuszne są niesłychanie mniej pobudliwe, niż podszczękowe. Podczas gdy Beck ani w jednem doświadczeniu nie był zmuszony posługiwać się pilokarpiną, u mnie użycie tego przetworu stawało się regułą, koniecznością, bez której doświadczać nie mogłem. Widać to

najwyraźniej, gdy się porównuje ilość śliny, zebranej w ciągu każdego doświadczenia z osobna. Doświadczenia tu i tam trwały mniej więcej tak samo długo, co więcej, ja używałem pilokarpiny, — która tak silnie wzmaga czynność wydzielniczą, — a jednak u mnie *maximum* śliny, z jednego gruczołu wydobytej, nie przekraczało nigdy 14 gramów, *minimum* zaś spadało nawet do 0·64 grm. W doświadczeniach Becka ani razu niema takiego *minimum*, a jeżeli się zesumuje ilości, w ciągu znaczonych odstępów czasu zebrane, odpowiadające całemu czasowi trwania doświadczenia, to ilość śliny dochodzi z jednego gruczołu do 30 grm., a nie jest nigdy mniejsza od 8 gramów. Ta mniejsza pobudliwość uwydatnia się jeszcze w inny sposób. Gruczoły podszczękowe (mam ciągle na myśli pracę Becka) oddziaływują na każdą podnietę,—każdemu podrażnieniu odpowiada wypływ śliny, — ja w moich doświadczeniach miałem takie, w których dopiero pod sam koniec udawało się zmusić niejako gruczoły do wydzielania; nierzadkie bywały i takie, wśród których gruczoł po chwilowej czynności przechodził w stan dłuższej bezczynności, mimo drażnienia nerwów dośrodkowych. W tej więc tak znacznie zmniejszonej pobudliwości gruczołów przyusznych leży pierwsza i zasadnicza różnica, jaka je odróżnia od gruczołów podszczękowych.

Tem też chyba można wytłómaczyć, dlaczego niektóre podniety nie miały u mnie żadnego wpływu, lub też tylko niekiedy, podczas gdy przy gruczołach podszczękowych prawie nigdy tego nie było. Tem mniej też spodziewać się było można, by u mnie uwydatniała się owa „regularność mechanizmu zegarowego“, z którąby drażnieniu po jednej danej stronie odpowiadało wyciekanie śliny z gruczołu, leżącego po tejsamej stronie. Ani jedna z moich tablic nie może się tem poszczycić. Wyciekanie śliny, pod wpływem danych bodźców, nie daje żadnej reguły, żadnego typu.

Drażnienie, które w jednem doświadczeniu wywołało przyspieszenie w gruczole, leżącym po tej samej stronie, w drugiem po stronie przeciwnej, — bodziec w jednym przypadku stale oddziaływujący, w drugim chwilami zawodził. Jak niestałem i niepochwytnem było to oddziaływanie grucz. przyusznego na drażnienie, dość powiedzieć, że nawet tak niezawodne pobudzenie, jak drażnienie prądem nerwu kulszowego, dawało w tem samem doświadczeniu skutki różne. Pobudzenia błony śluzowej mechaniczne lub chemiczne, zachowywały się tak samo; zawodziły atoli częściej w skutkach, jako z natury mniej silne. A przecież mimo woli szukamy i spodziewamy się odruchowego wydzielania śliny, jako zależnego w pierwszem rzędzie od podrażnień błony śluzowej ust. Buff[12]), wyrażając życzenie, by prawa tej zależności wyjaśnić, przewiduje w tej sprawie trudności w tem, że ruchy żucia, ruchy połykowe, jako również do ślinienia pobudzające, będą utrudniać badanie, a nie dadzą się kurara usunąć, gdyż kurara, jako taka, ślinienie zwiększa. W moich doświadczeniach trudności te odpadły, bo jak wykazałem, kurara z jednej strony całkiem zdaje się na grucz. przyuszny nie działać, z drugiej strony, ruchy żucia i połykowe całkiem wyeliminowała, mimo to jakiejś ścisłej zależności wydzielniczej od wzmiankowanych podrażnień wyprowadzić się nie dało.

[12]) l. c. str. 14.

Jakże więc wytłómaczyć fakt przez Kaufmana[13]) i Colina[14]) obserwowany, że np. u koni — po tej stronie, po której żucie się odbywa, — wydziela się z gruczołu przyusznego nadmierna ilość śliny? Mnie się zdaje, że sprawa ta ma się w ten sposób: żucie jest bądź cobądź aktem dłuższym, w czasie którego drażnienie błony śluzowej ust odbywa się *in continuo*. W grę wprawiane tu bywają równocześnie nerwy czuciowe, smakowe, węchowe i to w sposób mechaniczny, chemiczny i to na bardzo znacznej przestrzeni. Widzieliśmy przy każdem niemal doświadczeniu, że oddziaływanie gruczołów przyusznych z reguły bywało nader leniwe, trzeba było pilokarpiną storsować, że tak powiem, gruczoł przyuszny, a wtedy oddziaływanie na podniety odbywało się już łatwiej i bez przerwy. W doświadczeniach naszych podrażnienia którekolwiek bądź trwały zwykle krótko, — przy niem drażnienie jest bez przerwy, jest więcej natężone. Jeśli przy jakimkolwiek charakterze bodźca udało się wywołać chwilowe przyspieszenie, występowało ono tuż po chwili podrażnienia, ale też i stale trwało krótko. Powiedziećby więc można tak: krótkotrwałe choćby nawet silne podrażnienia błony śluzowej pyska — jeśli przyspieszają po stronie drażnionej wydzielinę ślinną, to przyspieszenie to jest nieznaczne, krótkotrwałe; po stronie przeciwnej z reguły przyspieszenia takiego niema. Dopiero podrażnienia dłuższe, bez przerwy trwające, są w stanie wydzielność wzmódz. Ponadto wielką wagę we wytłómaczeniu tego zjawiska przypisać trzeba i wpływom psychicznym.

Co innego bowiem jest drażnienie mechaniczne, czy chemiczne a inna rzecz podnieta naturalna, jaką stanowią pokarmy. Wszakżeż wiemy dobrze, że już na widok lub nawet myśl smacznych pokarmów wydziela się większa obfitość śliny. Pawłow[15]) wykazał w odniesieniu do soku żołądkowego, że ilość tej wydzieliny zwiększa się już pod wpływem pokarmów smacznych i ze smakiem spożytych, już wtedy, gdy dostają się one do jamy ust (pyska), a nie do żołądka, (bo wydostawały się przez przecięty przełyk wpierw na zewnątrz), podczas gdy drażnienie błony śluzowej ust, lub nerwów, jest bezskuteczne. Analogicznie do tego wydzielanie się śliny niewątpliwie jest także odruchem zawikłanym, w którym biorą udział wyobrażenia psychiczne i dlatego podniety, jakie stosujemy w doświadczeniach, nie mogą się równać co do efektu z tem podrażnieniem, jakie tworzy kęs, w chwili, gdy się go żuje.

Z tem wszystkiem jednak, z doświadczeń moich dadzą się wyciągnąć dla celów praktycznych, jeśli już nie zasady, to przynajmniej wskazówki, jakich podrażnień unikać trzeba, by ślinotoku z gruczołu przyusznego nie przyspieszać, naturalnie z zastrzeżeniem, że u ludzi zachodzą analogiczne stosunki. Niewliczając podrażnień prądem, które w takich razach odpadają, z graficznych tablic kymografionu widać, że podrażnienia mechaniczne błony śluzowej policzków zachowują się obojętnie dla wydzieliny omawianego gruczołu, niemniej obojętnie zachowuje się na takie bodźce język, podniebienie twarde i miękie. Podrażnienia chemiczne sprzyjają

[13]) Według Becka: Grundzüge der vergleichenden Physiologie. 1885, str. 142.

[14]) tamże: Application de la methode graphique à l'etude de la secretion parotidienne chez le cheval (*Compt. rend. de la Soc. biol. 1888*).

[15]) Pawłow: Die Arbeit der Verdauungsdrüsen. Wiesbaden 1898

wydzielinie, ale jak to już wspomniałem, skutek nie ogranicza się tylko do strony drażnionej, ale objawia się po tej samej, przeciwnej, lub po obu wreszcie.

Zastanówmy się obecnie, jakie wyniki dały nam doświadczenia z przetworami limfopędnymi i to mianowicie tymi, które przez odkrywcę Heidenheina zaliczone zostały do drugiej gromady, tj. obejmującej cukier gronowy, mocznik, roztwór soli, pepton.

Właściwością tych wymienionych substancyj jest to, że potęgują one wydzielanie limfy. We wszystkich zatem przypadkach, gdzie chodzi o rozstrzygnięcie pytania, jakiego charakteru jest dana wydzielina, np. ciecz wodna *(humor aqueus)*[16]), mianowicie czy ona jest gruczołowa, czy też jest limfą, rozumowano nie bez pewnej słuszności, że stosowanie przetworów limfopędnych pytanie to rozstrzygnąć potrafi. W doświadczeniach moich cukier gronowy, roztwór fizyol. soli kuchennej, wprowadzony w krew, zupełnie nie wpływały na wydzielinę gruczołów przyusznych, co do jej ilości; natomiast pepton w każdem doświadczeniu ślinienie przyspieszał.

Ponieważ dziś już chyba nie może być wątpliwem, że ślina jest najczystszą wydzieliną gruczołową, a mimo to pepton wydzielanie jej przyspiesza, więc proste rozumowanie wskazuje, że działanie przetworów limfopędnych wątpliwości wcale jeszcze nie rozstrzyga, a przynajmniej, że owo *post hoc ergo propter hoc* trzeba przyjmować z ogromną ostrożnością. Co najmniej bowiem nie jest wykluczona możebność, że np. pepton jest rzeczywiście i limfopędnym, ale przyśpiesza również i wydzielinę gruczołową. To był cel dla którego stosowałem niektóre przetwory limfopędne.

Co do nadnerczyny, to wiadomo, że wprowadzona do obiegu krwi, podwyższa niezmiernie jej ciśnienie w tętnicach [17]). Korzystając z tej jej własności, stosowałem ją w celu sprawdzenia twierdzenia Owsianikowa i Czyriewa[18]). Autorowie ci bowiem utrzymują, że tak zwane odruchowe wydzielanie śliny, wywołane przez drażnienie nerwów dośrodkowych (kulszowy), jest tylko następstwem podwyższenia ciśnienia krwi, wywołanego przez to drażnienie. Ponieważ pokazało się, że nadnerczyna, która podnosi bardzo to ciśnienie krwi, niema najmniejszego wpływu na wydzielanie śliny, przeto twierdzenie wzmiankowanych autorów trzeba uważać jako niesłuszne, a wydzielanie śliny, wywołane drażnieniem nerwów dośrodkowych, jako czynność czysto odruchową.

Nad sprawdzeniem teoryi Jaenickego, dotyczącej przyspieszania ślinienia wskutek zatrucia bezwodnikiem kwasu węglowego, nie będę się długo rozwodził. Duszenie zwierzęcia przeprowadzano w ten sposób, że podczas 2—3 minut zatrzymywano przyrząd do oddechania, co wystarczało, aby wywołać już zatrucie bezwodnikiem kwasu węglowego, ale przyspieszenia wydzielania niezaznaczono. Na dowód tego przytoczę kilka liczb. W doświadczeniu Nr. 2 (*ad* 406), przy drażnieniu przez wdmuchiwanie eteru do nozdrzy, w 37 sekundach spada z prawego przewodu 4, — z lewego 3 krople. W czasie następnych 149 sekund drażnienia nie wydzieliła się ani jedna kropla. Duszono następnie zwierzę przez 170 sekund i w tym czasie wypłynęło zaledwo po dwie krople z każdego przewodu. Jest to efekt tak słaby, że tego na karb duszenia absolutnie chyba policzyć nie można. W innych doświadczeniach stosunek był mniej więcej ten sam — i to wskazuje, że Jaenickego twierdzenia są błędne.

Z kolei rzeczy omówić mi teraz wypada, jaką była ślina z gruczołu przyusznego pod względem ilości i jakości, mianowicie pod względem zawartości części stałych, szczególnie zaś, jakim wahaniom ulegała ilość części organicznych; w konsekwencyi zaś znalazłaby się może odpowiedź na pytanie, jaką wartość przedstawiała ślina, jako pożywka dla bakteryi. To ostatnie pytanie rozwiązać chciałem tylko pośrednio, o tyle tylko mianowicie, o ile Miller twierdzi, że ślina dla rozwoju bakteryj jest pożywką obojętną, bo zawiera ledwo 0·15% części organicznych. Nim atoli do tego przystąpię, zrobić muszę przegląd, jakie już w tym kierunku badania podjęto i co one przyniosły. O ile mnie literatura dotycząca jest znaną, badań tych w ogólności jest niewiele tak, że je niemal w całości przytoczyć można.

Nadmieniwszy o pracach Vignala[19]), Nettera[20]), Biondiego[21]), przechodzę wprost do badań Triolo G.[22]). Autor ten streszcza swe poszukiwania w ten sposób:

Przesączona (przefiltrowana) ślina niema własności bakteryobójczych (nawiasem dodać muszę, że autor ten przed zebraniem śliny dezinfekcyonował dokładnie usta, ale nie zbierał jej wprost z przewodów). Świeżo wydzielona ślina zabija *Staphylococcus aureus* i *albus*, *Sarcina*, *baccilus Eberthi*, w 5-dniowej hodowli. Jeśli hodowla miała 18 godzin, to świeżo wydzielona ślina zmniejsza tylko liczbę bakteryj. Działanie śliny z grucz. przyusznego ma te same właściwości, co wydzielona z grucz. podszczękowego. Właściwe działanie od wydzieliny gruczołów śluzowych, ale i inne dwa gruczoły działają także zabójczo na bakterye.

Jak więc widzimy, wynik jego badań nie jest zbyt ścisły i — że tak powiem — liczbowo oznaczony.

Ściślej określa już swoje spostrzeżenia Sanarelli[23]); autor ten mówi: ślina ma bakteryobójczą własność, jak surowica krwi, ciecz wodna oka *(humor aqueus)*, ale nie jest ona nieograniczoną, lecz zawisłą od pewnych warunków, które ją zmieniają, albo nawet płyn ten mogą zrobić dobrą pożywką. Warunki te stoją w stosunku do ilości bakteryj, na które ślina działa. Jeśli mnogość ich nie przekracza pewnej liczby, giną wszystkie; jeśli przeciwnie, liczba ich przewyższa zabójczą zdolność śliny, to z początku widać zmniejszenie liczby bakteryj, a potem ich wzmożenie.

I tu atoli spotykamy się z pewną nieścisłością, bo niewyjaśnionem jest, co stwarza te korzystne lub niekorzystne

[16]) Szulisławski: Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Kraków, 1900.

[17]) Szymonowicz: O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego. Kraków, 1895.

[18]) Mélanges biologiques du bullétin de l'Academie imperial de sciences de St. Petersbourg, VIII, str. 651, 1872 (przytoczone według Becka).

[19]) Recherches sur les microorganismes de la bouche (*Archives de physiol. normal et pathol.* 1886, nr. 6).

[20]) Microbes pathogenes contenus dans la bouche de sujets sans maladies qu'ils provoquent, indications pour l'hygienist et le medicin (*Revue d'hyg et de polic. sanit.* Vol. XI, nr. 6, str 501).

[21]) Die pathogenen Mikroorganismen des Speichels (*Zeitschrift für Hyg.* Vol. II, p. 192).

[22]) Azione della saliva sui batteri. (*Centralblatt für Bacteriologie.* 1898, str. 596).

[23]) Der menschliche Speichel und die pathogenen Mikroorganismen der Mundhöhle (*Centralblatt für Bacteriologie.* 1891, str. 817).

warunki. Zależność bakteryobójczej własności śliny w stosunku do ilości bakteryj nie jest liczbowo wyrażoną.

Miller pierwszy zaznacza wyraźnie, że wartość śliny, jako pożywki dla bakteryj, jest obojętna, bo ślina nie zawiera więcej nad 0·15 części organicznych.

Badania innych autorów, jak Nenckiego[24]), Siebera i Wyznikiewicza obchodzą nas tylko pośrednio, gdyż jako pożywki używali oni nie śliny, jako takiej, ale mucyny, którą otrzymywali z gruczołów podszczękowych wołu, w ten sposób, że ich masę wyciągali pięciokrotną ilością wody, przesączali przez bibułę i świece Chamberlanda. W ten sposób przygotowana pożywka była nader dobrą dla rozwoju drobnoustrojów.

Podobne badania przeprowadził Georg Mayer[25]), z podobnym jak Nencki wynikiem. Ponieważ i Millera chemiczno pasożytnicza teorya powstawania próchnicy zębów powszechnie przyjętą została i autor ten rozwój chorobotwórczych bakteryj jamy ust najściślej jeszcze badał, przeto powyższe jego zdanie w tym przypadku uważać muszę za jedynie dla mnie miarodajne; i na podstawie moich badań chcę się przekonać, o ile ono jest słuszne. Wpierw atoli przytoczyć muszę znowu w tablicach wynik chemicznego badania śliny w moich doświadczeniach.

	Gruczoł przyuszny				Gruczoł przyuszny				Uwagi
	Ilość śliny	Części stałe %	Części organ. %	Popiół %	Ilość śliny	Części stałe %	Części organ. %	Popiół %	
Doświadczenie I. (*ad* 415)	2·21 6·12	1·190 1·094	0·534 0 483	0·652 0·612	2 83 5·15	1·236 1·120	0·542 0·495	0·692 0·625	I para } tygle II para }
Doświadczenie II. (*ad* 417)	2·02	1·302	0·519	0·782	0·64	2·093	2·062	0·031	jedna para
Doświadczenie III. (*ad* 418)	7·19	0·944	0·343	0·600	11·73	1·121	0·385	0·735	jedna para
Doświadczenie IV. (*ad* 423)	3·49 4·31	1·307 3·733	1·068 3·264	0·240 0 468	2·75 2·61	1·251 4·091	1·005 3·731	0·245 0·360	I para II para
Doświadczenie V. (*ad* 424)	0·37 2·89	3·108 1·408	2·108 0·896	1·00 0·512	1·12 4·97	1·741 1·171	1·107 0·573	0·634 0·597	dtto
	Gruczoł przyuszny				Gruczoł podszczękowy				
Doświadczenie VI. (*ad* 435)	3 19 4·91	1·275 2·179	0·927 1·700	0·348 0·479	8·74 3·49	1·215 1·965	0·750 1·128	0·454 0·836	I para II para
Doświadczenie VII. (*ad* 440)	7·28 8·35	1 288 1 938	0 832 1·317	0·456 0·621	18·23 14·75	1·674 1·532	0·892 0·750	0·782 0·781	I para II para

Nie chcąc rzeczy rozwlekać, nie przytaczamy w wyżej przedstawionej tablicy badań ze wszystkich doświadczeń; wyjąłem tylko te, które najlepiej uwydatniają znaczne wahania tak co do ilości śliny, jako też jej zawartości. Z doświadczeń, w których porównywałem gruczoł przyuszny z podszczękowym, przedstawione tylko dwa. Z całego tego szeregu liczb widzimy przedewszystkiem, że tam, gdzie badano wyłącznie tylko gruczoły przyuszne, przy drażnieniu naprzemian to jednej, to drugiej strony, wydzielina rzadko była w jednej ilości po obu stronach; trzeba to widocznie kłaść na karb, że tak powiem, indywidualnych własności danego gruczołu. Myślałem pierwotnie, zastanawiając się nad temi liczbami, czy nie zachodzi jakiś w przybliżeniu bodaj stosunek między ilością śliny, a czasem drażnienia po tejże samej stronie. W tym celu zsumowywałem momenty poszczególnych drażnień, wyrażonych w sekundach — z takiemiż liczbami po drugiej stronie; z tego atoli niemożna było żadnej zasady wyciągnąć.

Z ostatnich dwóch rozbiorów widać tylko tyle, że ilość śliny przeważa zawsze stale i to w znacznym stopniu z gruczołu podszczękowego. Również wielkim wahaniom ulegała zawartość części stałych, zwłaszcza części organicznych. Co do tego jednak, w zestawieniu widoczną jest jedna rzecz. Im gruczoł badany wydziela mniej śliny, tem zawartość części organicznych jest w nim większa i naodwrót. Prawidło to nieuwydatnia się całkiem w ilości popiołu, przedstawiającego odsetkowo ilość części nieorganicznych. Pewnem dalej jest i to, że nie było ani jednego doświadczenia, w któremby ilość części organicznych wynosiła tylko, jak chce Miller, 0·15%.

Prawda, że Miller liczbę tę 0·15% odnosi do ludzkiej śliny; próchnica atoli występuje także i u zwierząt. Zresztą pewne stany chorobowe z góry niemal każą przypuszczać, że to zagęszczenie śliny w substancye organiczne musi być znacznie większe, a co za tem idzie, bakterye przy lepszej pożywce szybciej próchnicę wywołują. To przypuszczenie odnosi się do tych chorób, w których ma miejsce stale niemal podrażnienie nerwu spółczulnego, jak to bywa przy chorobie Basedowa, w niektórych postaciach histeryi i niedomogi nerwowej. Wykazanem zostało doświadczalnie, że przy drażnieniu n. spółczulnego ślina zawiera więcej składników organicznych, więc też i lepszą jest pożywką.

Rzeczywistość zdaje się najoczywiściej za tym wywodem przemawiać. Z kilkunastoletniej praktyki mam zanotowane przypadki nierzadko u nas występującej choroby Basedowa, w której stale olbrzymie spustoszenia zębów spotykałem. Wywiady nie mogły ich wytłómaczyć ani dziedzicznością, ani przebytemi przedtem chorobami *sui generis*, ani rodzajem zajęcia, któremu się pacyent oddawał. Co więcej, pacyent sam nieraz umiał zaznaczyć, że to szybkie psucie się zębów datowało się od wystąpienia choroby i szło z jej rozwojem równomiernie. Na ten związek przyczynowy, o ile wiem, nikt dotąd w piśmiennictwie uwagi nie zwrócił, a przecież nasuwa on się z całą siłą. Ma to wielkie znaczenie ze względów profilaktycznych. Za słusznością tego przypuszczenia przemawiają jeszcze inne okoliczności. O ile np.

[24]) Untersuchung über die Rinderpest. (*Centralblatt für Bacteriologie*, t. XXIII, str. 529).

[25]) Georg Mayer: Über den Wachsthum von Mikroorganismen auf Speicheldrüsen und Mucin-Nährboden. (*Centralblatt für Bacteriologie*, t. XXV, str. 747).

choroba Basedowa występuje u kobiet często w młodym wieku, u mężczyzn występuje najczęściej w wieku dojrzalszym, a więc w tym okresie, gdy zęby, należycie już wykształcone i uwapnione, na mocy swej budowy nie tak łatwo ulegają próchnicy i to nagłej, wywołującej wielkie spustoszenia.

Że więc odsetkowo wyższa zawartość substancyj organicznych w ślinie gra w tem niepoślednią rolę zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości.

Z badań moich wynika, że nawet wtedy, gdy ślina wprost z przewodów jest zbieraną ów odsetek jest znacznie większy, niż to Miller podaje. Waha on się między 0·75 a 3%. Przepatrując analogiczne badania Becka, dokonywane na gruczole podszczękowym, znalazłem również większy odsetek, niż to Miller podaje. Tę wielką różnicę umiałbym sobie chyba tem wytłómaczyć, że tam badane być musiały większe ilości śliny, naraz wydobytej, a jak to w innem miejscu wspomniałem, to wysycenie częściami organicznemi zmniejsza się w miarę tego, im więcej gruczoł ten bez przerwy niemal funkcyonował. W każdym razie, ponieważ ilość substancyj organicznych jest większa w wydzielinie z grucz. przyusznego, pożywka ta lepsza jest, niż z gr. podszczękowego. I kto wie właśnie, czy próchnica, spotykana stosunkowo tak często na pierwszym trzonowym zębie górnym i to w jego szyjce po stronie zewnętrznej, czyli policzkowej, nie zawdzięcza swego powstania właśnie temu topograficznemu położeniu, że ujście przewodu Stenona jest tuż obok wzmiankowanego zęba. W przypadkowej szczelinie bakterye raz umieściwszy się, niespłókiwane nadmierną ilością śliny, a zasilane dostateczną jej ilością, mogą w tem miejscu szczególnie bujnie się rozwijać. Za przypuszczeniem tem przemawia jeden, bądź cobądź ciekawy fakt następujący. Miller[26]), badając czaszki psów domowych i poszukując na ich zębach pruchnicy, znalazł ją w 18-tu przypadkach i, rzecz dziwna zawsze na pierwszym górnym zębie trzonowym. Znachodził tę próchnicę co prawda nie w szyjce, ale na koronie; ale ta okoliczność, że zawsze tylko na pierwszym zębie trzonowym górnym, wyklucza poniekąd przypadek, a zdaje się przecież wskazywać, że topograficzne położenie przewodu Stenona musi w tej zbieżności faktów odgrywać pewną rolę przyczynową.

Wracając jeszcze raz do wartości śliny, jako pożywki, muszę napomknąć na tem miejscu o najnowszych badaniach Rösego[27]). Autor ten dopatruje głównego czynnika w rozwoju bakteryj jamy ustnej w tem, czy błona śluzowa jest dobrze lub źle utrzymana, raczej o ile ona jest mniej lub więcej odporna. Odporność ta ma być zawisłą od stanu biernego przekrwienia tejże błony śluzowej. Twierdzenie swoje zbyt atoli uogólnia i sam mówi, że byłoby rzeczą wielce wdzięczną zbadać, jak się te bakterye na chorej lub zdrowej błonie śluzowej rozwijają.

Streszczając spostrzeżenia w czasie moich doświadczeń zebrane, przedstawić je muszę w szeregu następujących konkretnych wniosków:

1) Gruczoły przyuszne pod wpływem podrażnień czuciowych lub wpływów ogólnych zachowują się w funkcyach swoich pod wielu względami zasadniczo odmiennie od gruczołów podszczękowych, drażnionych w taki sam sposób, mianowicie:

a) Kurara, wprowadzona w obieg krwi, całkiem na nie nie działa; *b)* na podniety, na które gruczoły podszczękowe odziaływują przyspieszeniem wydzielania, oddziaływanie to w gruczołach przyusznych w ogólności jest znacznie tępsze; *c)* drażnienie nerwów obwodowych pyska, dokonywane po jednej stronie, nie daje tego typu, jak przy gruczołach podszczękowych, to znaczy, że nie przyspiesza wydzieliny tylko po stronie drażnionej, ale niekiedy i po stronie przeciwnej, lub też dla wydzieliny obustronnej zachowuje się obojętnie.

2) Wydzielina gruczołów przyusznych zawiera znacznie więcej części organicznych, niż zbierana z gruczołów podszczękowych, w szczególności zaś zawiera o wiele większy odsetek tych części, niż to Miller podaje i dlatego

3) ślina wogólności, z gruczołu przyusznego zaś w szczególności, z tego punktu widzenia może być dla bakteryi jamy ustnej bardzo dobrą, a nie, jak chce Miller, obojętną pożywką.

Na zakończenie niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć szczere podziękowanie prof. Beckowi za prawdziwie serdeczną zachętę do tej pracy, i szczere, a w przyjacielskiej formie podane do niej wskazówki; jego asystenci niechaj przyjmą również wyrazy uznania za pomoc, której mi udzielali przy wykonywaniu żmudnych, a wiele zachodów wymagających doświadczeń.

[26]) l. c. str. 158.

[27]) Die pflanzlichen Parasiten der Mundhöhle und ihre Bekämpfung. — Separatabdruck aus den Sitzungsberichten der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München. 1899. Heft 1.

III. O KLIMACIE.

Ustęp z wykładów o balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem r. szk. 1899/1900.

Podał

Dr Ludomił Korczyński

Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Ciśnienie powietrza Miara ciśnienia powietrza jest wysokość słupa rtęci, zawartej w próżni. Wysokość ta wynosi nad brzegiem morza 760 do 761 m/m. Nie jest ona wszakże wszędzie równą. Zależy od szerokości geograficznej, od wzniesienia nad poziom morza, od ciepłoty powietrza i od innych jeszcze mniej ważnych czynników.

Na równiku i w okolicach międzyzwrotnikowych ciśnienie powietrza przy równych innych warunkach jest najniższe; wynosi według Webera około 758 m/m rtęci. Obniżenie to odnieść należy do rozgrzania, a więc mniejszej wagi powietrza. W strefie umiarkowanej wzrasta ciśnienie stopniowo; najwyższe, 762 do 764 m/m, jest między 30° a 40° szerokości geograficznej. Odtąd maleje znowu, najniższe jest między 60° a 70° szerokości; wynosi około 752 m/m. Dalej ku biegunom wzrasta znowu i między 70° a 80° wynosi 756 m/m.

Malenie ciśnienia barometrycznego w miarę wznoszenia się coraz wyżej nad poziom morza łatwo jest zrozumiałe wobec malenia wysokości słupa powietrza, a więc i malenia jego ciężaru. Zależność ciśnienia jest nawet tak stała, że z prężności powietrza obliczyć można wprost, przy uwzględnieniu niektórych jeszcze szczegółów, wzniesienie pewnego miejsca nad poziom morza.

Ciśnienie powietrza nigdy nie jest stałe, waha się zawsze w pewnych granicach dziennych i rocznych. We dnie najwyższe jest ciśnienie w późniejszych godzinach rannych i wieczornych (według Webera między 9 a 11 rano i temi samemi godzinami — wieczór), najniższe we wczesnych godzinach rannych i we wczesnych godzinach popołudniowych (dla obu pór dnia według Webera między godziną 3 a 5). W zimie ciśnienie powietrza jest ogólnie biorąc, wyższe aniżeli w lecie, czego wszakże nie można utrzymywać o naszych miejscowościach. U nas ciśnienie najwyższe spostrzegać się daje w jesieni, niekiedy w lecie, niższe w zimie, najniższe na wiosnę. Granice wahań nie zawsze i nie wszędzie są równe, w górach są wogóle mniejsze, aniżeli w równinach.

Ciśnienie powietrza ulega także wahaniom nieperyodycznym, niezależnym ani od pory dnia, ani od pory roku. Wahania te są mniejsze w okolicach ciepłych, aniżeli zimnych, mniejsze w porze ciepłej, aniżeli w porze zimnej, mniejsze w górach, aniżeli w równinach.

Tak peryodyczne jak nieperyodyczne wahania zależą wyłącznie tylko od ciepłoty i wilgotności powietrza; pośrednio działać tu mogą także wiatry, o ile przynoszą powietrze zimne lub ciepłe, suche lub wilgotne. Powietrze wilgotne i zimne jest cięższe, a więc powoduje wzrost ciśnienia barometrycznego, powietrze ciepłe i suche jest lżejsze, a więc wywiera ciśnienie mniejsze. Skraplaniem się pary wodnej, zmniejszaniem się skutkiem tego wilgotności powietrza, tłómaczymy sobie spadek ciśnienia barometrycznego przed deszczem i wśród deszczu.

Ważną bardzo dla fizyologii i dla klimatologii własnością powietrza rozrzedzonego jest mniejsza zawartość drobin tlenu w danej objętości, spadająca w stałym stosunku ze spadkiem ciśnienia, podnosząca się z jego wzrostem.

Badanie wpływu, jaki wzrost, względnie zmalenie, ciśnienia powietrza w naturze wywiera na ustrój ludzki, nie jest łatwe, tak samo, jak niełatwo ocenić wpływ ciepłoty bez równoczesnego uwzględnienia innych czynników. Niejakich wskazówek dostarczyć mogą doświadczenia, wykonywane z ludźmi w gabinetach pneumatycznych, względnie ze zwierzętami, umieszczonemi pod kloszem, oraz spostrzeżenia, czynione w górach.

Przed dwoma niespełna laty ogłosił Dr. G. v. Liebig dość obszerną pracę, w której ze stanowiska lekarskiego przedstawił wpływ zgęszczonego i rozrzedzonego powietrza. Z zebranych w tej pracy własnych i cudzych doświadczeń wynika, że oddechanie w powietrzu zgęszczonem wpływa na powiększenie pojemności życiowej płuc, że zwalnia ono tor oddechowy, zwiększa rozszerzalność klatki piersiowej, że oddechy stają się dłuższe i głębsze, głównie skutkiem wydłużenia fazy wydechu. Pod wpływem wysokiego parcia spada także i liczba tętna, a przelotnie podnosi się parcie krwi. Dla klimatoterapii ważniejsze są spostrzeżenia czynione w powietrzu rozrzedzonem. Według zgodnych wyników, otrzymanych przez Berta, Loevyego, v. Liebiga, Vivenota i in. ze spadkiem ciśnienia atmosferyeznego oddechy stają się częstsze, pojemność życiowa płuc zmniejsza się, ilość powietrza wprowadzonego do płuc maleje. Wszystkie te zmiany zależą w części od ubytku tlenu — według niektórych autorów wyłącznie tylko od tego — w części od zmniejszonego parcia, jako takiego i od spowodowanych niem zmian w mechanizmie śddechania. Łatwo pojąć, że przy jednakiej elastyczności ocian pęcherzyków płucnych i najdrobniejszych oskrzeli praca ich będzie tem łatwiejsza i tem wydatniejsza, im mniejszy będzie opór, który mają do przezwyciężenia. Opór ten zmniejsza się proporcyonalnie ze zmaleniem prężności powietrza. A więc zmniejsza się praca pęcherzyków, wydech staje się łatwiejszy i trwa krócej. Wdech wobec tego wymaga większej pracy mięśni wdechowych, gdyż nie tylko rozszerzyć muszą klatkę piersiową, ale także pokonać opór, stawiany im przez zwężone bardziej pęcherzyki płucne i najdrobniejsze oskrzeliki.

Liczba tętna zwiększa się w powietrzu rozrzedzonem stale, podobnie jak liczba oddechów, parcie krwi podnosi się w spokoju zazwyczaj bardzo tylko nieznacznie lub wcale nie; większe wzniesienia spostrzegano wtedy tylko, gdy, czy to skutkiem znacznego bardzo rozrzedzenia powietrza w gabinecie pneumatycznym, czy też skutkiem silniejszego ruchu w górach, występowała duszność i nadmierne przyspieszenie tętna Wyraźne bardzo zmiany dają się dostrzegać w napełnieniu naczyń żylnych. Już przy miernym spadku ciśnienia zjawia się u osób, wstępujących na górę, znaczne rozszerzenie naczyń żylnych skórnych, a także przekrwienie żylne narządów miąższowych. Kończyny stają się chłodne, występuje ból głowy, bardzo znaczna niekiedy duszność, zjawiają się wreszcie krwotoki nosowe, a nawet niekiedy krwotoki z płuc. Utrata krwi jest zazwyczaj tylko nieznaczna, a przynosi za to sporą ulgę. Jako szczegół ważny podać dalej należy, że w rozrzedzonem powietrzu zwiększa się ilość wydzielanej pary wodnej i bezwodnika kwasu węglowego.

Na ogólną przemianę pierwiastków wpływa tak zgęszczone, jak rozrzedzone powietrze, o ile na podstawie dotychczasowych niezbyt licznych badań wnosić można, tylko tak długo, dopóki ustrój nie przyzwyczai się do nowych warunków. U osób, przebywających w powietrzu rozrzedzonem, stwierdzano w początkach większe ilości azotu w moczu i większe ilości wydzielanego kwasu węglowego.

Bardzo ciekawe są zmiany, spostrzegane w składzie krwi pod wpływem nizkiego parcia. Zwrócił na nie uwagę przed 10 laty Viault, znalazłszy, że w górach wzrasta bardzo znacznie ilość ciałek czerwonych. Późniejsze liczne badania potwierdziły w zupełności wyniki Viaulta, a jako dalsze szczegóły dodały do nich, że ciałka krwi uboższe są w barwik i że znajduje się wśród nich spora ilość ciałek małych, nie dochodzących w średnicy 7 μ. Na podstawie tych wyników rozpowszechniło się twierdzenie, że powietrze o nizkiem ciśnieniu jest bardzo energicznym bodźcem dla narządów krwiotwórczych, a więc znakomicie działa w niedokrewności.

Wkrótce jednak wystąpił z odmiennem zdaniem Grawitz. Nie zaprzeczając wyników obliczeń sądzi on, że wzrost ilości ciałek czerwonych jest tylko pozorny, zależy od zagęszczenia krwi, spowodowanego utratą znacznej ilości wody przez zwiększone parowanie; utratą zaś wody przez ciałka czerwone i skurczeniem się tychże tłómaczy Grawitz małe ich wymiary. Nieco odmiennie pojmuje Zuntz pozorny przybytek ciałek czerwonych. Sądzi on, że pod wpływem nizkiego ciśnienia zmieniają się warunki parcia osmotycznego w tkaninach, że z naczyń krwionośnych pewna ilość osocza wchodzi w tkaniny otaczające, a przez to zagęszcza się krew, albo też że skutkiem zmiennych warunków kurczliwości drobnych tętniczek i pewnego rodzaju zastoju w krążeniu włosowatem gromadzi się większa ilość ciałek czerwonych.

Oryginalne poglądy wypowiada Meissen w dość obszernej pracy, pomieszczonej w październikowym zeszycie *Therapeutische Monatshefte* z r. 1899. Autor ten twierdzi, że wzrost ilości ciałek czerwonych nie jest ani następstwem rzeczywistego ich przybytku, ani następstwem zagęszczenia krwi, ale że pochodzi od zmian, występujących w pojemności komory, a używanej do liczenia ciałek w przyrządzie Thoma-Zeissa.

Trzy tak zasadniczo różne od siebie zapatrywania, z których każde ma swych zwolenników i przeciwników, nie pozwalają na dokładne i należyte ocenienie wpływu powietrza o nizkiem parciu na mięszaninę krwi. Ze stanowiska czysto lekarskiego, na podstawie doświadczenia zebranego z licznych spostrzeżeń, nie można także sprawy tej rozstrzygać stanowczo. Wiele przypadków niedokrewności przebiega w górach bardzo korzystnie, poprawia się wyraźnie stan ogólny chorych i mięszanina krwi; inne pogarszają się. W żadnym więc razie, ani wpływu zmniejszonego ciśnienia uogólniać, ani też wyodrębniać nie można, a przyjmować raczej, że w górach działa klimat jako całość wieloma, a nie jednym czynnikiem.

Wilgotność powietrza. Para wodna jest stałym składnikiem powietrza, w którem aż do granicy wysycenia gromadzić się może w tem większej ilości, im powietrze jest cieplejsze. Zawartość pa y wodnej w trojaki oznaczyć możemy sposób: albo jako wilgotność względną, czyli odsetkową, przyjmując liczbę 100, jako tę ilość pary wodnej, którą powietrze o danej ciepłocie wogóle przyjąć może; albo jako ilość bezwzględną, mierzoną najczęściej za pomocą prężności pary wodnej; albo wreszcie jako niedobór nasycenia (po niemiecku *Sättigungsdefizit*), czyli różnicę między najwyższą prężnością pary wodnej przy danej ciepłocie, a prężnością znalezioną. Dla celów klimatoterapii najdogodniejszym jest sposób oznaczania względnej wilgotności.

Ilość zawartej w powietrzu pary wodnej, a więc wilgotność powietrza bezwzględna, lub prężność pary, zależąc w pierwszej linii od ciepłoty powietrza, podnosi się i spada z ciepłotą; jest więc najwyższa w lecie, najniższa w zimie. W Zakopanem n. p. wynosi w zimie 3·4 m/m. rtęci, w lecie 8·6 m/m.; w najcieplejszym miesiącu sierpniu; wynosi 9·4 m/m. w miesiącach najzimniejszych, w styczniu i w lutym, wynosi 3·7, względnie 3·4 mm. Podobnie dostrzedz można i stałe dzienne wahania. Zwłaszcza w porze chłodniejszej przypada największa prężność pary na godziny najcieplejsze, najmniejsza na godziny najzimniejsze. W lecie, skutkiem wznoszenia się niższych, silniej rozgrzanych i więcej parą wysyconych warstw powietrza, nie schodzą się dokładnie najwyższa ciepłota i największa prężność pary wodnej. Dostrzedz wtedy można dwa *maxima*: pierwsze w kilka godzin po wschodzie słońca, drugie między godziną 7 a 10 po południu i dwa *minima*: pierwsze między godziną 2 a 4 po południu, drugie przed wschodem słońca.

Wilgotność względna zachowuje się wprost przeciwnie. Najwyższa jest w zimie, w Zakopanem wynosi blizko 90%, najniższa w lecie, wynosi w tej samej miejscowości około 78%. W biegu dnia jest najwyższa w godzinach wczesnych przy wschodzie słońca, najniższa około południa lub nieco popołudniu.

Powietrze zawierające do 55% pary, nazywamy bardzo suchem, 56—70% miernie suchem, 71—85% miernie wilgotnem, powyżej 85 bardzo wilgotnem.

Oprócz ciepłoty wpływają na ilość pary wodnej, zawartej w powietrzu, także wzniesienie nad poziom morza danej miejscowości, sąsiedztwo wód, kierunek i rodzaj wiatrów. Ogólnie biorąc, powietrze okolic nadmorskich jest wilgotniejsze, powietrze okolic górskich suchsze, ciepłe wiatry wilgotne powodują większe wysycenie, zimne i suche mniejsze wysycenie powietrza parą wodną.

Znaczeniem pary wodnej dla życia fizyologicznego zajmował się w niedawnych latach bardzo szczegółowo Rubner. Otrzymane przez niego wyniki dają się zebrać w kilku punktach.

„1) Zwierzęta głodzone lub niedostatecznie tylko odżywiane wydzielają w powietrzu suchem znaczną ilość pary wodnej, w powietrzu wilgotnem tylko nieznaczną. 2) Zwierzęta żywione obficie mniej oddziałują na suche, względnie wilgotne powietrze; ale i u nich zmniejsza się ilość wydzielonej pary wodnej, gdy przebywają w powietrzu wilgotnem. 3) Ilość wydzielanej pary zależy także od ciepłoty powietrza. Im ta wyższa, tem większe w równych zresztą warunkach parowanie. 4) Przyjmowanie pożywienia przy ciepłocie niskiej nie zmienia stopnia parowania, przy ciepłocie wysokiej podnosi je. 5) Na przemianę pierwiastków nie wpływają zmiany wilgotności powietrza."

Wpływ wilgotności powietrza śledzono także i na ludziach i przekonano się, że w powietrzu wilgotnem skóra i płuca znacznie mniej wydzielają pary wodnej. W powietrzu wydechanem znajdywano tem mniej pary, im wyższa była jej ilość w powietrzu wdechanem i im powietrze było cieplejsze.

Glax i Tripold badali nadto wpływ wilgotności na wydzielanie moczu. Zgodne ich wyniki wykazują, że ilość moczu spada, gdy ustrój w powietrzu suchszem traci więcej wody przez płuca i skórę; podnosi się zaś w powietrzu wilgotnem, gdy wydzielanie płucne i skórne jest małe

Z innych jeszcze spostrzeżeń podnieść należy, że nadmierna ilość wilgoci w powietrzu zimnem zabiera ustrojowi bardzo wiele ciepła, że w powietrzu gorącem utrudnia wydzielanie ciepła i sprowadza nader obfite pocenie się skóry. W obu więc przypadkach działa wilgoć szkodliwie. Zwłaszcza niepomyślny wpływ wilgotnego zimna bardzo łatwo ocenić, porównując zestawienia statystyczne śmiertelności, które wykazują znaczny jej wzrost w chłodnej i wilgotnej porze a spadek w porze suchszej i ciepłej. (c. d. n.)

IV. Wyciągi.

Paul Klem. **W sprawie zapalenia szpiku kostnego, zwłaszcza o kiłowem zapaleniu szpiku centralnem w kościach długich.** (*Volkmanna: Klin. Vortr. N. F.* Nr. 273). W pierwszej części rozprawki, rozpatrując sprawy zapalne w kościach wogóle, występuje Kl. przeciw ogólnie używanemu podziałowi na: zapalenie okostnej (*periostitis*), — kości (*ostitis*), i szpiku kostnego (*osteomyelitis*), twierdząc i uzasadniając, że w każdym z tych trzech przypadków anatomicznie chodzi o zapalenie szpiku kostnego, rozmaicie tylko w stosunku do powierzchni kości usadowionego. W dalszym ciągu żąda, aby w każdym przypadku w rozpoznaniu rozróżniać dokładnie etyologię, anatomię patologiczną i przebieg kliniczny, Przyjmując taką klasyfikacyę, trzeba zatem w rozpoznaniu wyszczególnić: I. czy mamy do czynienia z zakażeniem 1) jednorodnem (n. p. *osteomyelitis: staphylomycotica, streptomycotica, pneumomycotica, typhosa, tuberculosa, syphilitica* etc.), czy też 2) wielorodnem, a tu znów może sprawa toczyć się homochronicznie lub heterochronicznie. Następnie II., co do anatomii patologicznej, wyszczególnić potrzebaby: 1) usadowienie ogniska chorobowego (*diaphysis, epiphysis*); 2) umiejscowienie w stosunku do powierzchni (szpik centralny, istota zbita, czy powierzchnia kości); 3) rozległość (ograniczone ognisko pojedyncze lub wielokrotne, sprawa rozlana); 4) rodzaj i jakość wytworów chorobowych (surowicze, ropne, ropiaste, posokowate, krwawe, twardzielowate, serowaciejące); 4) inne towarzyszące zjawiska (odsłoje, całkowite obumarcie kości, oddzielenie nasady, zropienie stawu, zaburzenia we wzroście etc.). A wreszcie co się tyczy III. przebiegu wyszczególnić należy, czy ten jest: ostry, przewlekły, czy też nawrotny. Wtłaczając w tak nakreślony szemat zapalenie kiłowe kości, charaktorystykę tej sprawy szkicuje autor, jak następuje: 1) kilakowe schorzenia układu kostnego w okresie późnym kiły nie są bynajmniej rzadkiemi; 2) tkanka kilakowa buja z tkanki łącznej, towarzyszącej naczyniom krwionośnym; 3) zależnie od siedziby nowotworu rozróżniamy: a) *osteomyelitis gummosa epiphyseos* i b) *ost. gum. diaphyseos;* 4) kiłę trzonu kości dzieli na a) *ost. gum. superficialis*, b) *corticalis*, c) *centralis*. 5) *osteomyelitis gummosa centralis* występuje w dwóch postaciach: a) jako sprawa ograniczona i b) rozlana. 6) W większości przypadków sprawa nie ogranicza się ściśle tak, jak to pod 4) wspomniano, lecz z warstwy korowej przechodzi na szpik lub odwrotnie. 7) Anatomicznie rozróżnić można dwie sprawy równocześnie się toczące, a mianowicie niszczenie i zanikanie tkanki kostnej w środku kilaka, a zagęszczanie się jej na obwodzie strefy pierwszej. 8) Jakkolwiek między kilakowem zapaleniem szpiku w trzonie kości, a niektóremi postaciami zapalenia ropnego lub gruźliczego istnieje wielkie podobieństwo, do prawdziwego rozpoznania dojść można na drodze dyagnostyki różniczkowej.

Wykład ilustrują trzy historye chorób środkowego zapalenia kiłowego w szpiku kości łokciowej, piszczelowej i udowej.

Herman.

F. Franke. **O chirurgicznem leczeniu wrzodów żołądka.** (*Volkmanna: Klin. Vortr.* N. F. Nr. 270). Chirurgia ciągle postępuje, a zwłaszcza chirurgia żołądka. Odsetek zejść niepomyślnych po operacyach na żołądku ciągle się obniża, a w miarę tego rozszerzają się wskazania dla zabiegów operacyjnych. Wskazania, wobec których należy chorych z wrzodem okrągłym żołądka nakłaniać do operacyi, dzieli autor na 1) *bezwzględne* i 2) *względne*. Do pierwszej gromady zalicza: a) ostre przebicie wrzodu; b) przebicie przewlekłe z wytworzeniem następowem ropni w jamie otrzewnowej; c) niedające się ukoić wymioty i nieznośne bóle, połączone ze stale postępującem chudnięciem chorego; d) częste, jakkolwiek drobne, krwotoki; e) zwężenie odźwiernika z rozszerzeniem żołądka i schudnięciem chorego; f) guz rozwijający się na tle wrzodu. Gro-

madę drugą, t. j. względnych wskazań stanowią: a) częste wymioty i dolegliwe bóle, jakkolwiek odżywienie chorego przy tem nie cierpi; b) jednorazowy lub kilkakrotny krwotok obfity; c) rozstrzeń żołądka; d) następstwa spowodowane t. z. zapaleniem okołożołądkowem *(perigastritis)*; e) objawy znacznej niestrawności (dyspepsyi), utrzymującej się mimo wyleczenia wrzodu i wreszcie f) te przypadki wrzodów, które często nawracają, zwłaszcza u tych chorych, którym względy majątkowe i społeczne nie pozwalają na długotrwałe leczenie środkami wewnętrznymi. Autor nie wątpi, że z czasem pewna liczba wskazań z gromady drugiej przejdzie do pierwszej. Co do techniki operacyjnej, autor nie wdaje się w szczegóły, gdyż w tym kierunku między chirurgami panuje mniej więcej zgoda. Sam jest zwolennikiem gastroenterostomii przedniej i przedpoprzecznicowej. *Herman.*

Prof. dr. Max. Gruber: **Sprzedaż lodu** (opinia c. k. Najwyższej Rady zdrowia) *(Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 23 1900), Badania bakteryologiczne stanowczo wykazały, że rozmaite prątki chorobotwórcze, jak ropne, durowe i cholery mogą żyć dnie, tygodnie, a nawet miesiące w lodzie; to też zamrożenie wody, zawierającej takie drobnoustroje chorobotwórcze, nie gubi ich. Tego niebezpieczeństwa dla życia ludzkiego nie trzeba przesadzać, gdyż znaczna ilość bakteryj słabszych, nieraz nawet do 99%, ginie skutkiem zamrożenia; tylko najsilniejsze utrzymują się. Uwzględnić atoli należy, że nader rzadko prątki chorobotwórcze znajdują się w większej ilości we wodzie i nie każdy zarazek, wprowadzony do ustroju, musi wywołać zakażenie. O ile nie skąpa jest liczba przypadków zakażeń, powstałych bezwarunkowo wskutek użycia wody, o tyle w piśmiennictwie niema opisanego przypadku absolutnie pewnego zakażenia, powstałego wskutek użycia lodu. Z tego powodu nie zachodzi potrzeba nakazu kontroli chemicznej i bakteryologicznej nad całym handlem lodu; natomiast branie i wyrabianie lodu winno być strzeżone przez organa sanitarne. Rozstrzygnięcie zanieczyszczenia wody, z której lód się bierze, jest przy troskliwem badaniu miejscowem w zasadzie łatwe i pewne tak, że chemiczne i bakteryologiczne badanie wody jest zbyteczne, a opinia odpowiedniego organu sanitarnego może dać zupełnie pewną podstawę do właściwego zarządzenia. Jeżeli woda jest zanieczyszczona odpadkami ludzkimi lub zwierzęcymi, lub ściekami domowymi i fabrycznymi, to wydobywanie lodu z takiej wody, choćby ten był nawet nie do użytku wewnętrznego, lecz tylko do zewnętrznego, a więc do chłodzenia, winno być bezwarunkowo wzbronione, gdyż lód taki styka się po największej części z środkami spożywczymi. Handel lodu, używanego do ludzkiego użytku, sztucznie wyrabianego *(Speiseeis)*, winien poddany być surowej kontroli, a woda ma być chemicznie i bakteryologicznie badana, czy jest pod każdym względem dobra; w razie przeciwnym winna być przed użyciem do zamrożenia wyjałowiona, a nad tem wyjaławianiem ma być rozciągnięta kontrola chemiczna i bakteryologiczna.

Nader ważną okolicznością w handlu lodem jest to, by następowo był chroniony od zanieczyszczeń; dlatego lodownie winny być każdorocznie przed nałożeniem do nich lodu należycie i gruntownie oczyszczone. Lód, sprzedawany do użytku wewnętrznego, winien być tak co do przechowania, jak i rozwożenia poddany surowym przepisom. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Prof. Enderlen. **Plastyka pęcherza w doświadczeniu.** (*Deutsche Ztschr: f. Chir.* T. 55 Z. 5 i 6). Wnioski, do jakich autor dochodzi na podstawie doświadczeń na zwierzętach, u których część ściany pęcherza zastępował wyciętem jelitem, są następujące: 1) Bez względu na to, czy uzupełnimy ściany pęcherza płatem, z pętli jelitowej wytworzonym, czy też powiększymy tylko jego pojemność przez wytworzenie bocznej anastomozy pęcherza z wykluczoną pętlą, oba rodzaje nabłonka zachowują się trwale i trwale spełniają czynność sobie właściwą. 2) Nabłonek pęcherzowy może na pewnej przestrzeni przebujać na przeszczepione jelito. 3) Ścianki przeszczepionej pętli jelitowej mogą do pewnego stopnia uledz zanikowi; 4) Operacya wytwórcza pęcharza ze ścian jelitowych ma bardzo ograniczone zastosowanie; 5) Nie jest wykluczoną możliwość zakażenia nerek. W końcu tak tej, jak i każdej innej operacyi, zalecanej dotychczas w przypadkach wynicowania pęcherza, można zrobić ten zarzut, że nie stwarza kontynencyi pęcherza. *Herman.*

Salzman (Warszawa). **O dioninie.** *(Wiener med. Presse* Nr. 24, 1900). Wyniki swego stosowania dioniny streszcza autor w następujących wnioskach: 1) dionina posiada w wysokim stopniu własności narkotyczne, wskutek czego bardzo dobrze działa u chorych piersiowych (suchotników), których sen bywa przerywany uciążliwym kaszlem; nawet w przypadkach, gdzie kodeina, peronina, heroina lub morfina bywały bez wpływu, wówczas małe dawki dioniny usuwały kaszel, a przez to i bezsenność; 2) znakomity skutek wywiera dionina, jako środek wykrztuśny i ból kojący *(analgeticum)*, w kamicy żółciowej i nerkowej lub kłóciach w boku; 3) dionina, wstrzymując do pewnego stopnia czynność mięśni oddechowych, usuwa pośrednio duszność w dychawicy oskrzelowej; w rozedmie płucnej lub przewlekłem zapaleniu oskrzeli żaden środek tak pewnie i szybko nie usuwa duszności, jak dionina. Forma podawania tego środka jest obojętna: niektórzy chorzy skarżą się wprawdzie na gorzki smak dioniny, znoszą ją jednak wogóle dobrze. Zwykła dawka jednorazowa wynosiła 0,02, dzienna 0,10 bez jakichkolwiek szkodliwych działań; autor używał formułki: *Rp. Dionin. 0,30 Aq. dest. 60,00 M. D. S. 3 łyżeczki dziennie, lub Rp. Dionin. 0,40 Aq. lauroc. Aq. dest. aa 10,00 M. D. S. dwa razy dziennie po 20 kropli;* — podskórnie autor nie stosował. Wreszcie dodać należy, że nie trzeba się zniechęcać do tego środka, skoro się nie widzi natychmiastowego pomyślnego skutku; działanie bowiem dioniny będzie zawsze pewnem, jeśli się ją stosuje najmniej w ciągu 5 dni. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. T. Bałłaban: **Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród błednicy.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Autor opisuje pierwszy przypadek zakrzepu środkowej żyły siatkówkowej, którego przyczyną była błednica. Rozpoznanie zakrzepu żyły środkowej siatkówki na podstawie obrazu dna oka nie ulegało wątpliwości, żyły bowiem były bardzo silnie napełnione krwią, tętnice wązkie, zaś słup krwi rozpadł się na cząstki. Przez podwyższenie ucisku śródocznego palcem nie można było wywołać ani tętnienia, ani ich wypróżnienia na tarczy. Tarcza nerwu wzrokowego była znacznie przekrwioną i zmętniałą, granice zewnętrzne prawie zatarte. Ponieważ w błednicy zdarzają się zakrzepy zatok żylnych w mózgu, a Elschnig uważa błednicę, jako prawdopodobny powód etyologiczny dla powstania zakrzepu żyły środkowej siatkówkowej, autor uważa swój przypadek zakrzepu jako spowodowany błednicą, którą stwierdziło badanie krwi, a innego powodu dla zakrzepu nie znalazł. Szkoda, że autor badania krwi nie podaje w całości. *Dr. Latkowski.*

Dr. Th. Cohn. **O podskórnem pęknięciu śledziony.** *(Mün. med. Wochschr.* Nr. 18, 1900). Nieliczną kazuistykę tych obrażeń wzbogaca C. dwoma spostrzeżeniami. W pierwszym przypadku nastąpiło pęknięcie śledziony u 23 let. mężczyzny po upadnięciu lewym bokiem na poręcz krzesła. Chory zgłosił się do spitala w kilka godzin po uszkodzeniu z objawami gwałtownego krwotoku do jamy brzusznej. Domyślano się pęknięcia wątroby, lub śledziony. Cięciem krzyżowem otworzono jamę brzuszną i znaleziono śledzionę kilkakrotnie pękniętą na powierzchni zwróconej do do żołądka, po części zaś zmiażdżoną i prawie zupełnie oderwaną od naczyń. Śledzionę wycięto: Chory zmarł w kilkanaście godzin po operacyi z ostrej niedokrewności. Prócz tego zanotowano w protokole sekcyjnym obrzęk płuc, nieżyt oskrzeli i ograniczone zapalenie włóknikowe otrzewnej. Pomyślnie skończył się drugi przypadek. Tam obrażenie w mowie będące powstało po upadnięciu lewym bokiem na ziemię. Wystąpił ból w lewym boku, rozpromieniający się ku ramieniowi i nodze, a równocześnie zwiększały się objawy niedokrewności, które dopiero po tygodniu doszły do tego stopnia, że przystąpiono do laparotomii. Wywiady, objawy podmiotowe i znaczne stłumienie w lewem podżebrzu, kazały rozpoznawać: *ruptura lienis.* To też otworzono brzuch cięciem, równoległem do lewego łuku żebrowego. Po wydobyciu skrzepów znaleziono śledzionę znacznie powiększoną, a na niej pęknięcie na powierzchni wypukłej ze znacznem odłuszczeniem torebki. Prócz tego kilka mniejszych pęknięć. Prawdopodobnie rzecz tak się miała, że tuż po urazie powstał krwiak podtorebkowy, który rósł powoli, aż wreszcie po tygodniu spowodował pęknięcie torebki i krwotok do jamy brzusznej. Śledzionę wycięto. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

S. Oppenheim (Warszawa). **Kilka uwag o szkodliwości przestrzykiwań ucha.** *(Gazeta Lekarska,* 6, 1900). Przestrzykiwania ucha mogą być szkodliwe przez niestosowne wykonanie i przez nieodpowiednie zastosowanie ich. Przy tym zabiegu trzeba przedewszystkiem baczyć na czystość strzykawki i płynu używanego. Wykonując rękoczyn ten, ujmuje się małżowinę uszną palcem wskazującym i wielkim lewej ręki, odciąga ją w tył, na zewnątrz i ku górze, by wyrównać zgięcia przewodu usznego, a strzykawkę ustawia się pod kątem rozwartym do jakiejkolwiek ściany tego przewodu, nie opierając się jednak o nią końcem. Stanowczo wystrzegać się należy ustawiania strzykawki równolegle do podłużnej osi przewodu słuchowego, gdyż wtenczas strumień, uderzając z całą siłą na błonę bęb., może sprawić nie tylko ból, ale nawet jej przerwanie. Aby uniknąć podrażnienia lub poranienia przewodu, poleca się umieścić na końcu strzykawki cienki drenik. Użycie nadmiernej siły może wywołać groźne objawy, zwłaszcza wobec przedziurawionej błony bębenkowej.

Wyłożywszy ujemne następstwa, wyniknąć mogące z przestrzykiwania nawet odpowiednio wykonanego, a niedostatecznie umotywowanego, przychodzi autor do wniosku, że we wszystkich ostrych cierpieniach usznych wszelkie przestrzykiwania, bądź w celach rozpoznawczych, bądź leczniczych, powinny być „bezwarunkowo zaniechane; w przewlekłych zaś chorobach ucha wskazanem jest jednokrotne przestrzyknięcie w celu wyłącznie rozpoznawczym, aby rzeczywisty obraz ucha uczynić dostępnym dla oka, nigdy zaś w celu terapeutycznym ten środek nie bywa skutecznym“.

(Z tem absolutnem brzmieniem tych wniosków zgodzić się bezwarunkowo nie możemy, choćby tylko z tego powodu, że dokładne oczyszczenie miejsca chorego i doszczętne usunięcie wydzielin chorobowych jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym, a takie oczyszczenie w ropnych sprawach usznych bywa dość często bez pomocy strzykawki niewykonalne). *Spira.*

Dr. C. Elsberg. **Nowy i prosty sposób wyjaławiania katgutu.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1900 Nr. 21). Nowy ten sposób polega na tem, że surowy katgut odtłuszczomy w mieszaninie 1 cz. chloroformu z 2 cz. eteru, nawija się na wałeczki szklane, w jednej tylko warstwie i gotuje się go następnie przez 10—30 min. w nasyconym wodnym rozczynie siarkanu amonowego. Gdy chodzi o katgut chromowy, w miejsce czystej wody bierze się 1 : 1000 rozczynu kwasu chromowego. Po wygotowaniu wymywa się katgut dokładnie w wodzie wyjałowionej, w rozczynach karbolu lub sublimatu. Przechowuje się w alkoholu. Czas gotowania określić można do 4—10 minut, gdy w miejsce wody użyje się jako rozczynnika dla siarkanu amonowego, 2% rozcz. karbolu. *Herman.*

Fasano (Neapol). **W sprawie leczenia gruźlicy krtani.** *(Klinisch-therapeut. Wochenschrift* Nr. 23, 1900). Na podstawie 14 przypadków gruźlicy krtani (nacieki i owrzodzenia), częścią pierwotnych, a częścią powikłanych z gruźlicą płuc, leczonych wdmuchiwaniem tiokolu według formułki: *Rp. Thiocoli 0,10—0,15 Cocain. mur. 0,40 Acid. borici 1·00,* twierdzi autor, że tiokol jest najlepszym z dotychczas znanych środków stosowanych w gruźlicy. Obok wdmuchiwań podawano chorym także tiokol wewnętrznie w małych dawkach, a czasami przed wdmuchiwaniem wyskrobywano okolice owrzodziałe. Postępowanie to dało wyniki wprost zdumiewające, bo już przeciętnie po jednomiesięcznem leczeniu chorzy albo zupełnie byli wyleczeni, albo też znaczne widać było polepszenie. Również podskórne wstrzykiwania tiokolu w gruźliczych zapaleniach stawu biodrowego dały dobre rezultaty. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. R. Trzebicky. **O znieczulaniu miejscowem sposobem Schleicha.** (*Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Na podstawie około 200 operacyj, wykonanych wśród miejscowego znieczulenia sposobem Schleicha, autor uważa ten sposób za zupełnie dobry. Chorzy nie czuli najmniejszego bólu. Czas trwania znieczulenia był wystarczającym nawet przy operacyach, trwających godzinę. Sposób Schleicha nie nadaje się tylko do operacyj na kończynach, w ropnych sprawach zapalnych, gdzie lepszy wynik otrzymuje się za pomocą zamrożenia, dalej, z powodu trudności odkażania pola, nie powinno go się używać na błonach śluzowych i przy operacyach raka, gdzie w skutek wstrzyknięcia płynu granice tkanek się zacierają. Przy laparotomiach z powodu niedrożności jelit sposób ten jest nieodpowiedni, gdyż potrzebnem tu jest zupełne zniesienie napięcia powłok brzusznych, w końcu przy operacyach połączonych ze wstrząśnięniem mechanicznem, n. przy trepanacyi i u chorych, których układ nerwowy nie pozwala na operacye wśród utrzymanej świadomości. *Dr. Latkowski.*

Dr. E. Borzęcki. **Przyczynek do wyjaśnienia długotrwającego okresu wylęgania rzeżączki.** (*Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Autor opisuje przypadek 15 dni trwającego wylęgania rzeżączki, gdzie ona właściwie wystąpiła po przecięciu ropnia w okolicy ujścia cewki, zawierającego czystą hodowlę gonokoków. Gonokoki więc zagnieździły się pierwotnie w zatoce Morgagniego i dopiero po przecięciu ropnia dostały się do cewki. Ponieważ gonokokki nie należą do bakteryi, wywołujacych ropienie, trzeba tłómaczyć powstanie ropnia nieżytem ostrym jaki one mogły wywołać w przewodzie gruczołu i zatkaniem jego ujścia z następowem nagromadzeniem się w obrębie gruczołu wydzieliny śluzowo-ropnej. Wobec rzadkości takiego przebiegu autor nie mógł podejrzywać obecności gonokoków w ropniu, a gdy po wyjściu pacyenta znalazł je w ropie, nie mógł go ochronić od rzeżączki, z którą się w 3 dni potem chory zgłosił. *Dr. Latkowski.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 9 maja 1900 r.

Przewodniczący: kol. prof. Jordan.

I. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia. Po krótkiej dyskusyi, w której zabierają głos koledzy: prof. Ciechanowski i kol. Sekretarz, protokół przyjęto bez poprawek.

II. Kol. Nartowski wygłasza dwa odczyty. W pierwszym p. t. „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego«. Kreśli rozwój nauki o działaniu światła słonecznego na ustrój roślinny i zwierzęcy, przytacza szereg doświadczeń nad działaniem promieni światła elektrycznego na rośliny i zwierzęta, z których wynika, że działanie światła łukowego zbliżonem jest do działania promieni światła słonecznego. Światło słoneczne jest koniecznem dla wszelkiego życia, a tak ono, jak i światło elektryczne, wpływają także leczniczo na ustrój chory. Fakt ten znany był ludzkości od najdawniejszych czasów, a dzisiejsza nauka zdołała działanie to ująć w pewne ścisłe prawidła, dając ludzkości do rąk jeden z najdzielniejszych środków leczniczych.

W drugim wykładzie p. t. „Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego«, opisuje kol. prelegent metody leczenia promieniami światła elektrycznego, przedstawia poszczególne rodzaje kąpieli elektrycznych i urządzenia potrzebne do nich, omawia przyrządy do opromieniania poszczególnych okolic ciała ludzkiego, tłómaczy działanie kąpieli elektrycznych i opromieniania w rozmaitych stanach chorobowych i przedstawia wykaz chorych, leczonych przez siebie na najrozmaitsze cierpienia, bądź to z wynikiem dodatnim, bądź też z widocznem polepszeniem.

Na tem zakończono obrady. *Dr. Stanisław Droba,* sekretarz.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX, Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Wszelkich wyjaśnień udziela Prof. Ciechanowski (Wielopole 4) listownie lub ustnie od $5^1/_2$—$6^1/_2$.

— W sekcyi XI. zgłoszono: 41—43) Doc. dr Popielski (Petersburg): a) O sposobie działania pilokarpiny na gruczoły. b) Zwoje miejscowe w trzustce, jako ośrodki odruchowe. c) Przyczynek do fizyologii zwoju trzewiowego. (418—420)

— W sekcyi V. (botanicznej) gospodarzem jest Prof. dr. Rostafiński (Garncarska 14), sekretarzem prof. R. Gutwiński (Retoryka 9). Zgłoszono następujące wykłady:

1) Prof. dr. E. Janczewski (Kraków): O porzeczkach. (421)

2—3) Dr. F. Błoński: a) Rzecz o żagwi lekarskiej w Polsce. b) Przyczynek do sprawy jedno- lub wielogatunkowości jemioły. (422—3)

4) J. Kosiński: Badania z dziedziny fizyologii pleśni. (424)

5) R. Gutwiński: O florze glonów Morskiego oka. (425)

6) Prof. dr. Rostafiński (Kraków): O pokrewieństwie granatu. (426)

— W sekcyi XIV. A. 60) Dr. Borzymowski (Warszawa): Przedstawienie opatrunku aseptycznego własnego pomysłu. (427)

— W sekcyi XIII. 34—5) dr M. Roszkowski: a) Przyczynek do nauki o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapna. b) O nowej reakcyi chemicznej mleka kobiecego i określeniu wieku dziecięcia na podstawie takowej. (428—9)

36) Dr. J. Landau i dr. Steuermark: Przedstawienie przypadków chorobowych. (430)

37) Dr. J. Sędziak; Znaczenie laryngologii, rynologii i otiatryi dla ogólnej medycyny. (431)

Komitet gospodarczy uchwalił urządzić następujące posiedzenia wspólne:

A) Sekcye: XX. i XXI. w niedzielę 22. VII. o godzinie 10 rano, w jednej z sal „Colegium novum“. Gospodarz: prof. dr. Wachholz. Porządek dzienny: 1) Dr. Gantkowski: „Ogólny pogląd na partactwo i sposoby jego zwalczania“; 2) Dr. Szcz. Bronowski: „Etyka lekarska i wyjawianie prawdy“; 3) Dr. E. F. Fronczak: „Stan medycyny w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej«.

B) Sekcye: XIV. A. i XIV. B. w niedzielę 22. VII o godz. 10 rano, w innej sali »Collegium novum". Gospodarz: prof. dr. Pieniążek. Na porządku dziennym: „O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego". Sprawozdawcy: dr. Heiman i dr. Guranowski. (Uwaga. W razie wczesnego ukończenia obrad w tym przedmiocie, obradować będą przez resztę przedpołudnia obie sekcye w dalszym ciągu z osobna).

C) Posiedzenie zbiorowe wszystkich sekcyj, poświęcone sprawie gruźlicy, w poniedziałek 23. VII. o godz. 9 rano w Auli „Collegium novum". Gospodarz: prof. dr. Cybulski. (Porządek dzienny był już dawniej ogłoszony).

D) Sekcye: XXI. i XXIV. w poniedziałek 23. VII. o godz. 3 po południu w sali Kopernika w „Collegium novum". Gospodarz: prof. dr. Jordan. (Porządek dzienny tego posiedzenia, jako II. posiedzenia sekcyi XXIV, był już dawniej ogłoszony).

E) Sekcye: XIV. A. XIII. i XII. w poniedziałek 23. VII. o godz. 3 po południu w Auli „Collegium novum". Gospodarz: prof. dr. Korczyński. Na porządku dziennym: 1) „Patogeneza żółtaczki" prof. Browicz; 2) „O leczeniu kamicy żółciowej", sprawozdawcy dr. Krajewski i dr. Rejchman; 3) „O leczeniu wrzodu żołądka", sprawozdawcy prof. Gluziński i prof. Rydygier.

F) Sekcye: VII. i XXI. we wtorek 24. VII. 1900 o godzinie 9 rano. Gospodarz: dyr. Ingarden. Porządek dzienny będzie ogłoszony w Nr. 1. „Dziennika Zjazdu".

Uwaga. W posiedzeniach A., D., E. i F. mogą uczestniczyć dowolnie także członkowie innych sekcyj, prócz wymienionych w nagłówku. W posiedzeniu zaś C. mogą nieuczestniczyć te sekcye przyrodnicze, którymby nawał własnych przedmiotów obrad na to nie pozwalał.

Ogólny program Zjazdu ustalono ostatecznie jak następuje:

Piątek 20. VII. o godz. 7 wieczór zebranie uczestników dla wzajemnego zapoznania się w salach hotelu Saskiego (ulica św. Jana).

Sobota 21. VII. o godz. 8 rano odprawi Ks. Biskup nabożeństwo w kościele P. Maryi. O 9 rano otwarcie Zjazdu i I. posiedzenie ogólne w sali teatru miejskiego. Posiedzenie to zagai przewodniczący Komitetu gosp. prof. Kostanecki, poczem po wyborze prezesów honorowych i zarządu Zjazdu przemawiać będą prezydent miasta, oraz przedstawiciele Akademii umiejętności i Uniwersytetu, Wydziału lekarskiego i Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Następnie po odczytaniu spisu delegacyi, nadesłanych pism i telegramów zda sekretarz komitetu gosp. sprawę z uchwał poprzednich zjazdów i ich wykonania. Z kolei wygłoszą wykłady: prof. Nencki z Petersburga: „Przyszłe zadania chemii biologicznej" i prof. Baranowski z Warszawy: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe". Po wyborze sędziów wystawowych, przedstawieniu projektu zmian ustawy Zjazdów imieniem Komitetu gosp. przez przewodniczącego prof. Witkowskiego, oraz wyborze komisyi dla tej sprawy i dla obrania miejsca przyszłego Zjazdu, zakończy się posiedzenie zaproszeniem zebranych na otwarcie wystawy. — O 12 w południe otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiej w gmachu b. gimnazyum Nowodworskiego (ul. św. Anny). — O 4 po poł. posiedzenia sekcyjne w „Collegium novum" i przyległych gmachach. O 9 wieczór raut w sali „Sokoła" (ul. Wolska), wydany dla uczestników Zjazdu przez Komitet gospodarczy.

Niedziela 22. VII. Od 7—9 rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych. — O 10 rano posiedzenia sekcyjne w „Collegium novum" i sąsiednich gmachach. W tym czasie odbędą się posiedzenia wspólne sekcyi XXI. z XX., i XIV. A z XIV B. — O 1½ po południu wycieczka na Bielany, gdzie uczestników podejmować będzie podwieczorkiem Komitet gospodarczy. Wieczór tego dnia nie odbędzie się żadne zebranie, ażeby uczestnikom, nie biorącym udziału w wycieczce, lub wcześniej z niej powracającym, umożliwić skorzystanie z przedstawienia teatralnego.

Poniedziałek 23. VII. Od 6—9 rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych. — O 9 rano posiedzenie zbiorowe wszystkich sekcyj, poświęcone sprawie gruźlicy, w Auli „Collegium novum" (ewentualnie posiedzenia tych poszczególnych sekcyj, które w posiedzeniu zbiorowem dla braku czasu nie będą mogły uczestniczyć). — O 3 po południu posiedzenia sekcyjne w „Collegium novum" i gmachach sąsiednich. W tym czasie odbędą się posiedzenia wspólne sekcyi XXI. z XXIV. i sekcyi XII, XIII. z XIV. A., pierwsze w sali Kopernika, drugie w Auli „Collegium novum". — O 6 wieczór zwiedzanie parku Jordana. — O 8½ wieczór raut, wydany dla uczestników Zjazdu przez miasto Kraków.

Wtorek 24. VII. Od 7—9 rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych. — O 9 rano posiedzenia sekcyjne w klinikach i zakładach lekarskich i przyrodniczych, zresztą zaś w „Collegium novum". W tym czasie odbędzie się posiedzenie wspólne sekcyi VII. z XXI. — O 3 po południu II. posiedzenie ogólne w sali teatru miejskiego i zamknięcie Zjazdu. Posiedzenie to zagai przewodniczący Zjazdu (wybrany na I. posiedzeniu), poczem po odczytaniu przez sekretarza Komitetu gosp. reszty nadesłanych pism i telegramów, wykładać będzie prof. Hoyer z Warszawy: „O pojęciu przyczynowości w teoryi i w praktyce". Nastąpią wnioski, sprawozdanie Komisyi o projekcie zmian ustawy Zjazdów, ewentualny wybór Delegacyi IX. Zjazdu, w końcu pożegnanie i zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu gosp. prof. Kostaneckiego. Wieczór tego dnia nie będzie żadnego zebrania towarzyskiego, ażeby uczestnikom Zjazdu umożliwić bytność w teatrze.

Środa 25. VII. Wycieczka do kopalń wielickich. Wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk.

Uczestnicy, którzy zapłacili wkładkę, a nie odebrali osobiście karty uczestnictwa, otrzymają ją natychmiast po przyjeździe do Krakowa w biurze Komitetu kwaterunkowego, urzędującem na dworcu kolei, za okazaniem pokwitowania wkładki lub podaniem nazwiska. Na karcie uczestnictwa, wręczonej na dworcu, znajdą uczestnicy adres zamówionego mieszkania.

Uczestnicy, którzy wkładki nie wnieśli, a zamówili mieszkania, otrzymają adres zamówionego mieszkania, również zaraz po przyjeździe w biurze kwaterunkowem na dworcu kolei, poczem za złożeniem wkładki otrzymają karty uczestnictwa w biurze informacyjnem Komitetu (Colleg. novum, ul. Jagiellońska).

Uczestnicy, którzy nie zgłosili się z góry do Komitetu, mogą to uczynić po przybyciu na miejsce w biurze informacyjnem (Collegium novum). Jeżeli potrzebować będą mieszkania powinni zgłosić się zaraz po przyjeździe do biura kwaterunkowego na dworcu, jeżeli zaś mają mieszkanie skądinąd zapewnione, zechcą we wspólnym interesie podać swój adres w Krakowie Komitetowi na dworcu lub w „Collegium novum" do Zjazdowej księgi adresów.

Komitet gosp. stara się o utworzenie na czas Zjazdu w „Collegium novum" biura pocztowego dla uczestników. Nawet jednak, gdyby starania te nie odniosły skutku, mogą uczestnicy korespondencye swoje odbierać najdogodniej przez Biuro informacyjne w „Collegium novum", zalecając zatem już teraz, aby listy do nich adresowano: *Pan X. na ręce Komitetu gosp. IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. „Collegium novum" ul. Jagiellońska, Kraków.* *Ciechanowski.*

XIII. Kongres międzynarodowy lekarski w Paryżu.

Otrzymujemy następujące uwiadomienie: Począwszy od 30 lipca oddane będą do rozporządzenia Komitetom narodowym poszczególnych krajów odrębne sale, przeznaczone na biura. Każda z tych sal, które znajdują się w budynkach Wydziału lekarskiego, służyć będzie za miejsce zbiorowe dla kongresistów odpowiedniej narodowości.

Członkowie Kongresu znajdą również w budynku Wydziału lekarskiego (*Faculté de Médecine*) biuro pocztowe i telegraficzne, które od 30 lipca aż do końca Kongresu będzie czynnem.

Panowie kongresiści mogą więc polecić przesyłanie korespondencyj swych pod adresem: Mr. le Dr. X. Membre du XIII. Congrés international de Médecine, Paris.

Komitetu narodowego polskiego

sekretarz: *Dr. A. Kwaśnicki.* prezes: *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

P. S. Moralnym poniekąd jest obowiązkiem polskich członków Kongresu, aby po przybyciu do Paryża zechcieli wpisać się do książki adresowej, która będzie wyłożoną w biurze Komitetu polskiego, a prócz tego, ażeby starali się zamieszkać w wspólnym hotelu i schodzić się do tej samej restauracyi. W tym względzie niezawodnie poda wskazówki lokalny Komitet paryski, a o czem zapewne w biurze Komitetu polskiego będzie ogłoszenie.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 12 lipca.

* *Otrzymujemy następującą odezwę:*

„Sekcya kwaterunkowa Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uprasza Szanownych P. T. Kolegów miejscowych o ustępowanie w swych mieszkaniach pokoi dla przybywających na Zjazd lekarzy i o łaskawe nadsyłanie pod adresem podpisanego zawiadomień, wymieniających

nazwiska gości, których już Szanowni P. T. Koledzy do siebie zaprosili, a także tych, którychby chcieli u siebie umieścić.

Wiadomości te są bardzo dla Sekcyi kwaterunkowej pożądane.

Dr. Stanisław Droba
Strzelecka, 9.

* Dziekanem Wydziału lekar. we Lwowie wybrany został prof. A. Mars.

* Lwowski Wydział lekarski mianował asystentami: Dra T. Hołobuta na dalsze 2 lata przy katedrze fizyologii, Dra Kreutza na dalsze 2 lata przy klinice okulistycznej i Dra A. Burzyńskiego asystentem przy katedrze anatomii opisowej.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymali: Bolesław Żmigród i Jerzy Zuber.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie lwowskim otrzymali: Teofil Hołobut i Stanisław Szczurkowski.

* Redakcya „Wiadomości farmaceutycznych“ zawiadamia, że wkrótce wyjdzie w Warszawie „Podręcznik do wyrobu sztucznych wód mineralnych i napojów gazowych“, pióra p. Maryana Stępowskiego.

* Dnia 16. z. m. Towarzystwo weterynarskie odbyło we Lwowie posiedzenie, poświęcone rozprawom nad gruźlicą, oraz nad wstrzykiwaniami tuberkuliny u bydła, w celach rozpoznawczych. Towarzystwo wyraziło przekonanie, że tuberkulina jest obecnie najlepszym środkiem do rozpoznania gruźlicy u bydła, zasługującym ze wszechmiar na rozszerzenie, wreszcie powzięto w tym względzie kilka uchwał, które mają być przedstawione rządowi, w celu uzyskania należytego poparcia.

* »Časopis lék. českých« donosi, że Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w lecie 1901 roku.

* Zarząd austr. kolei państwowych zaprowadza na niektórych stacyach kolejowych wagony do ratowania wrazie wypadku na kolei; zawierać one będą rekwizyta lekarskie, oraz łóżka do przewożenia pokaleczonych. Do tej pory jest takich wagonów 46. Na stacyach tych ma przebywać wyćwiczony w ratowaniu personal, którego zadaniem będzie dać pierwszą pomoc, a następnie dopomagać lekarzowi.

* Ministeryum austryackie zezwoliło na używanie do wodociągów rur żelaznych, wewnątrz cynkowanych i galwanizowanych.

* Zapowiedziana na koniec m. lipca w Liwerpolu konferencya dla badania zimnicy została odłożoną, a to z powodu przypadającej na ten czas uroczystości 100-letniego jubileuszu założenia »Royal College of Surgeons of England“.

* Dnia 16. czerwca otwarty został w Berlinie Instytut dla dyagnostyki lekarskiej, w celu wykonywania wszelkich badań, niezbędnych dla nieomylnego rozpoznania. Ma on służyć lekarzom praktycznym, oraz do celów naukowych i dydaktycznych. Instytut ten, obejmujący 13 sal, dzieli się na 4 oddziały: 1) bakteryologiczny (plwocina, błony śluzowe, krew, mocz, wydzielina z cewki moczowej) — kierownikiem jest prof. Kolle; 2) chemiczno-mikroskopijny (rozbiór moczu, treści żołądka i jelit, oraz krwi) — kierownik Dr. Zuelzer; 3) patologiczno-anatomiczny (nowotwory, tkanki, ciecze wypocinowe) — kierownik prof. Hansemann i 4) fizyczno-fizyologiczny (grafika tętna i serca, badania manometryczne, radyografia) — kierownik dr. Cowl.

Dla badań naukowych samodzielnych urządzono znaczną liczbę stosownie zaopatrzonych stołów do pracy, a oprócz tego będą się tam odbywać kursa praktyczne.

* Kongres lekarzy rosyjskich im. Pirogowa uchwalił na wniosek prof. Szerwińskiego zawiązać Sekcyę dla gruźlicy, która powołała komisyę stałą dla badania gruźlicy, na wzór podobnej instytucyi w Berlinie.

* Zarząd m. Petersburga zaprowadza czasową trupiarnię. na wzór paryzkiej *morgue*, w celu przechowywania zwłok znalezionych, przed ich rozpoznaniem.

* Śmiertelność z gruźlicy w Paryżu została szczegółowo obliczona. Na ogólną liczbę 46,988 zmarłych w r. 1899 przypada 12,314 na gruźlicę; od 1 do 20 roku życia odsetek śmiertelności wynosi 27,2%; od 20 do 40 r. życia 60,2%; od 40 do 60 r. życia 30,5%; od 60 — 3,3%. Zatem w wieku od lat 20 do 40 dwie trzecie zgonów przypada na gruźlicę.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. patologii ogólnej Roberts mianowany został profesorem kliniki lekar. w Londynie. Prof. w Padwie Tricomi — prof. zwycz. chirurg. kliniki w Mesynie.

* **Nekrologia.** Dr. Herman Donberg, profesor okulistyki i kierownik kliniki okulistycznej w Petersburgu, padł ofiarą morderstwa.

* **Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarsk. polskich.** *W Postępie okulistycznym* (czerwiec): Idzikowskiego I.: Nowy sposób leczenia gradówki (*chalazion*). Dr. Rumszewicza K.; Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych. Wicherkiewicza B.: Aspiryna w okulistyce. — *W Krytyce Lekarskiej Nr. 7.*: Prof. Wachholza L.: Krytyczne uwagi w sprawie uranicznego poczucia płciowego. Kopczyńskiego Stan.: W sprawie lekarzy asystentów szpitalnych. Dr. Peszkego (ocena): O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem (c. d.) Kop. Stan.: Dla zdrowia ludu. *W Gazecie Lekarskiej Nr. 27.*: Dr. Troczewskiego A.: Przyczynek do sprawy leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego. Łapowskiego B.: Leczenie syfilisu. Dr. Nusbauma H.: O wahaniach okresowych w energii czynności fizyologicznych (dok.). *W Medycynie Nr. 27.*: Białokura Fr.: Przypadek przymiotu mózgowo-rdzeniowego, przebiegający z podwyższeniem ciepłoty (dok.). Kraushara M.: Tężyczka jawna i utajona u dzieci (dok.). *W Przeglądzie Dentystycznym Nr. 6.*: Krakowskiego M: Chinozol i jegoż zastosowanie w dentystyce (c. d.). Dr. Zborila C: Porcelana i emalia w dentystyce (c. d.) *W Czasopiśmie Lekarskiem Nr. 7.*: Biegańskiego Wł.: Kilka uwag o praktyce lekarskiej wśród ludu naszego. Flataua E. i Skłodowskiego I.: Przypadek bezładu połowiczego wskutek urazu (wstrząsu rdzenia). Skusiewicza F.: Ułatwienia praktyczne przy badaniu moczu. *Spostrzeżenie z praktyki*; Stankiewicza Cz: Pęknięcie macicy podczas porodu. Płód i łożysko w jamie otrzewnej. Cięcie brzuszne. Wyzdrowienie. Tumpowskiego A.: Przypadek jednostronnego porażenia wewn. mięśni ocznych pochodzenia urazowego. Sterlinga S.: Wrodzone skrzywienie małego palca u rąk ludności. pracującej fizycznie. Klarnera S.: Przyczynek go higieny mieszkań małomiasteczkowych. Rutkowskiego L.: Stan fizyczny Mazurów z okolic Płońska. Świąteckiego I.: Nieco statystyki sanitarnej z budowy kolei zaniemeńskiej. *W Nowinach Lekarskich Nr. 13.*: Dembińskiego: Fagocytoza u gołębia względem lasecznika gruźliczego ptasiego i ludzkiego. Sędziaka: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych ostrych.

Redakcya otrzymała: Prof. Machek Em.: Badania promieniami Röntgena w przypadkach utkwienia ciał obcych w oku i oczodole. Doc. Baurowicz A.: Das Sclerom auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 21 Lipca 1900. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr August Kwaśnicki.

UCZESTNIKOM IX. ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH TEN NUMER POŚWIĘCA

REDAKCYA.

I. Mój najstarszy dotychczas żyjący przypadek wycięcia odźwiernika.

Podał
Prof. Dr. L. Rydygier.

Nie bez interesu zapewne będzie dla kolegów, uprawiających chirurgię żołądka, wiadomość o jednym przypadku wycięcia odźwiernika, dokonanego z jaknajlepszym wynikiem przed 19 laty, po którem chora dotychczas żyje i cieszy się jak najlepszem zdrowiem. Urodziła ona po operacyi pięcioro dzieci, z których najstarsza córka liczy obecnie 17 lat. W tym przypadku mogę mówić o istotnym i jaknajlepszym wyniku, osiągniętym przez resekcyę.

Wkrótce, na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Paryżu, będę miał sposobność mówić o 100 operacyach, przezemnie dotychczas na żołądku dokonanych. Wtedy też wyłuszczę swe zapatrywania i zasady, oparte na owej setce spostrzeżeń, do czego nawet, jako jeden z inicyatorów resekcyi odźwiernika, czuję się obowiązanym.

Tu tylko, korzystając ze sposobności, zaznaczyć radbym, że ciągle obstaję przy swem dawnem zapatrywaniu, że w przypadkach wrzodu okrągłego odźwiernika, względnie bliznowatego jego zacieśnienia, w odpowiednich przypadkach i gdzie na to pozwalają stosunki miejscowe, obok stanu ogólnego chorego, wycięcie odźwiernika należy przenosić nad gastroenterostomię. Z naciskiem i jeszcze raz podnoszę, że taką operacyę zalecam tylko dla odpowiednich przypadków. W późniejszej pracy obszerniejszej uzasadnię szczegółowo to swoje zapatrywanie i wykażę, że wycięcie odźwiernika w przypadkach wrzodu, względnie blizny po nim, jako operacya bardziej doszczętna i bardziej celowi odpowiadająca, nie jest bynajmniej operacyą przeszłości, lecz owszem przyszłości.

Kilka powodów, przemawiających za takiem postępowaniem, przytoczę tu w krótkości. A pierwszy ten. W ostatnich czasach podnoszą coraz częściej i częściej i z różnych stron, wskazując na odpowiednie przypadki, że nierzadko na tle wrzodu lub z blizny po nim rozwija się rak. W danym zaś razie, nawet podczas operacyi, kiedy w rękach trzymamy odźwiernik zgrubiały, jakoby skutkiem blizny po wrzodzie, nie możemy z całą stanowczością rozstrzygnąć, czy tu już rak nie począł się rozwijać. A taki właśnie przypadek byłby owym przez chirurgów wymarzonym, w którym rak przychwycony niejako w samym zaraniu swego rozwoju, po doszczętnej operacyi dawałby nadzieję zupełnego i istotnie doszczętnego wyleczenia.

Marzenie to jednak urzeczywistni się wówczas dopiero, kiedy zwycięży zapatrywanie, że wycięcie odźwiernika jest operacyą odpowiednią i dla przypadków wrzodu żołądka w tej okolicy usadowionego, ciągle jednak z tem zastrzeżeniem: gdy nie utrudnią tej operacyi stosunki w okolicy żołądka znalezione, lub gdy nie spotkamy się z przeciwwskazaniem ze strony ogólnego stanu chorego. Znam i opiszę przypadki, w których najdokładniejsze badanie wewnętrzne nie budziło nawet podejrzenia na raka, rozwijającego się w bliźnie po wrzodzie, a w których po operacyi, mikroskopowo wykazywaliśmy w brzegach wrzodu wyraźne ogniska tkanki rakowatej. Na podstawie tych przypadków, dokładnie w klinice wewnętrznej spostrzeganych, zwrócił pan kol. prof. A. Gluziński uwagę na parę objawów, które pozwalają podejrzywać, że w bliźnie poczyna rozwijać się rak.

Drugi powód, który usprawiedliwia moje stanowisko, opiera się na tych spostrzeżeniach, w których, mimo dokonanej gastroenterostomii, powstawał z wrzodu samego śmiertelny krwotok, i to zanim chory zdołał opuścić łóżko po operacyi. Sam dożyłem podobnego nieszczęśliwego zdarzenia, a w piśmiennictwie jest ich zanotowanych kilka.

I jeszcze powód ostatni. Niekiedy po gastroenterostomii (Wölflera czy Hackera), powstaje „błędne koło“ w krążeniu pokarmów. Zdarza się to niekiedy wbrew wszelkim oczekiwaniom. Niedawno temu umarł mi chory w praktyce prywatnej po gastroenterostomii, właśnie skutkiem takiego *circulus vitiosus*. A przed operacyą przedstawiałem rodzinie, że operacya ta jest stosunkowo mało niebezpieczna i mówiąc to, miałem w pamięci kilkunastu chorych klinicznych, u których raz po razu miałem zupełnie gładki przebieg pooperacyjny. Taka niespodzianka to rzecz arcyniemiła.

Z tych powodów, a zwłaszcza z dwóch pierwszych, na-

leży w odpowiednich przypadkach wycięcie odźwiernika przekładać nad gastroenterostomią, zwłaszcza kiedy się dokładnie i w najdrobniejszych szczegółach posiędzie technikę wycięcia odźwiernika i gdy się pozbędziemy niemiłego wrażenia, jakie pozostawiły po sobie resekcye początkowo bez powodzenia wykonywane.

Odpowiednimi nazywam zaś te przypadki, gdzie ogólny stan sił chorego zachował się w dostatecznym stopniu i gdzie już w czasie operacyi nie napotkamy zbyt rozległych i ścisłych zrostów żołądka z otoczeniem.

Wróćmyż jednak do dalszego opisu naszego przypadku, w którym operacyę wykonałem 21 listopada 1881 r. Chorą przedstawiałem na Kongresie chirurgów niemieckich w roku 1882 i opisałem go dokładnie w *Przeglądzie lekarskim*, 1881 Nr. 50 i w *Berliner klinische Wochenschrift*, 1882 Nr. 3. Przypominam tylko, że u chorej (Karolina Pfennig) istniał toczący się jeszcze wrzód odźwiernika, który sięgał głęboko w trzustkę, tak że musiałem wyciąć także i część tego gruczołu. Skutkiem wycięcia językowatego płatu z tylnej ściany dwunastnicy, linia szwu tak znacznie się przedłużyła, że mogłem bezpośrednio, bez fałdów i bez szwu zwężającego żołądek, zeszyć światło dwunastnicy ze światłem żołądka. Chora wyszła uleczona i obecnie żyje zdrowa, jak się o tem dowiaduję z listu jej męża, pisanego 29 czerwca tego roku. Przez całych tych 19 lat sama zawiadywała gospodarstwem domowem, z konieczności odżywiając się potrawami jak najzwyklejszemi. Na wstępie wspomniałem, że od tego czasu 5 razy rodziła, ma już 17-letnią córkę, a sama liczy 49 lat.

II. O użyciu rur ołowianych do celów wodociągowych.

Podał

O. Bujwid.

Zastósowanie rur ołowianych do rozprowadzania wody sięga nader odległych czasów. Wykopaliska etruskie wskazują, że już wówczas ten sposób prowadzenia wody był znany i używany.

Z biegiem czasu, gdy zaczęły się wyjaśniać poglądy na stosunek ołowiu do wody, gdy zauważono mianowicie możność rozpuszczania się ołowiu w wodzie, oraz gdy poznano własności trujące ołowiu, zastósowanie rur ołowianych do prowadzenia wody napotkało na poważny opór ze strony badaczy, którzy się tą sprawą zajmowali. W miastach Anglii i Francyi zaczęto coraz częściej stwierdzać sporadyczne a nawet masowe zatrucia ołowiem z wody i skutkiem tego tu i ówdzie zupełnie usunięto rury ołowiane, zastępując je żelaznemi. Zastosowanie jednak szersze rur żelaznych przedstawiało z przyczyn technicznych tak liczne niedogodności, że pomimo wyższej ceny i niepewnych własności zdrowotnych rury ołowiane były daleko więcej stosowane, niż żelazne. Z niedogodności rur żelaznych wymienić należy najpierw niemożność ich wyginania, a więc trudność, a nawet niemożliwość wprowadzenia rurociągów w domach starych, budowanych bez uwzględnienia potrzeby wodociągu. Prócz tego woda z rur żelaznych płynąca ma często wejrzenie niezachęcające, jest mętną, często wprost brudno-żółtą.

A jednak występujące w różnych miastach zachorowania nie zalecały rur ołowianych do zastosowania. Gdy do tego w Dessau w r. 1886 pojawiły się liczne przypadki zachorowania wskutek zanieczyszczania wody ołowiem, rozpoczęto przeciwko rurom ołowianym z jednej strony walkę, mającą na celu usunięcie ich z użycia, z drugiej zaś strony rozpoczęto badania, w jakich mianowicie warunkach mogą się one stać szkodliwemi dla zdrowia ludności, i dlaczego szkodliwość ta występuje tak rzadko, gdy przeszło 76% miast używa ich zupełnie bezkarnie.

Już w r. 1873 Bobiesse zauważył, że ołów dostaje się do wody wówczas, gdy rury nie są stale wodą wypełnione. Gdy napompowana do zbiorowiska woda zostanie wyczerpaną i rury ołowiane, prowadzące wodę, wypełnione zostaną na jakiś czas powietrzem, wówczas powstają pod wpływem tlenu związki ołowiu w wodzie rozpuszczalne, które przechodzą do wody. Gdy rury są stale pod ciśnieniem wypełnione wodą, wówczas ołów do wody się nie dostaje. W podobny sposób wyrazili zapatrywania na tę sprawę Pettenkoffer i Reichardt. Szczegółowem opracowaniem tej sprawy zajęli się Wolfhügel i Heyer z polecenia państwowego urzędu zdrowia.

Badania te były wynikiem wzmiankowanego już masowego zachorowania na utrucie ołowiem 1886 r. w Dessau [1]). W mieście tem założono wodociąg z wody gruntowej bardzo miękiej, mającej 2—3 stopni twardości. Pompy miejskie nie mogły nastarczyć wody, skutkiem czego od czasu do czasu rury wodociągowe bywały całkowicie opróżniane i wypełniały się powietrzem. Następstwem tego zetknięcia się z powietrzem było dostanie się rozpuszczonego ołowiu do wody i spowodowanie około 100 przypadków lżejszego lub cięższego zatrucia. Po zarządzeniu środków, mających na celu utrzymać stale rury w stanie wypełnienia wodą, ilość ołowiu w wodzie zaczęła się szybko zmniejszać i zachorowania już się nie powtórzyły.

Podobne przypadki zauważono w miastach, gdzie rury ołowiane zaopatrywały wodą z pomp pojedyńcze domy. Ponieważ przy takiem dostarczaniu wody zbiera się ona w zbiornikach, nie zawsze wodą napełnionych, dlatego podczas opróżnienia rur z wody i wypełnienia ich powietrzem, ołów do wody się dostaje i powodować może zatrucia. Prócz wpływu powietrza działa również szkodliwie obecność wolnego bezwodnika kwasu węglowego. Tego rodzaju niebezpieczeństwo ma miejsce w gruntach ubogich w wapienie; przeciwnie, w razie obfitości w gruncie soli wapnia (kamienia wapiennego), woda nie zawiera wolnego kwasu węglowego, ale związany z wapnem. Taki związek bezwodnika kwasu węgl. z wapnem stanowi o mniejszej lub większej twardości wody, zaś w wodzie, której twardość przenosi 7—8 stopni, ołów już się wcale nie rozpuszcza, według przeważającej opinii badaczy. Woda tej twardości, przechodząc przez rurę ołowianą, bardzo szybko tworzy osad, złożony przeważnie z węglanu wapna, który w zupełności zabezpiecza ją od dostania się do niej ołowiu.

Dlatege to rury ołowiane nie powinne być używane: 1) gdy chodzi o zastosowanie ich do urządzeń, niestale wypełnionych wodą (domowe urządzenia pompowe); 2) gdy chodzi o wodę bardzo mięką, poniżej 7 stopni twardości (2 4 stopni twardości według Grahama i Letkeby; według Leblanca i Belgranda wystarcza 0·65 stopni twardości).

[1]) *Journal für Gasbeleucht, v. Wasserversorgung* S. 562. 1889.

Według statystyki miast niemieckich 75% zaopatruje się wodą zapomocą rur ołowianych. Należą tu wszystkie większe miasta.

Użycie rur ołowianych w miejscowościach, gdzie woda nie odpowiada składem warunkom potrzebnym, jeżeli n. p. jest za miękka, lub gdy zawiera wolny bezwodnik kwasu węglowego, napotyka na poważne trudności. W tych razach do wody radzą dodawać pewne ilości węglanu wapna lub dwuwęglanu sodowego [2]). Tego rodzaju zabiegi chemiczne, gdy są stale i na wielką skalę stosowane, połączone bywają z wielkiemi niedogodnościami. Większa część badaczy żąda przedewszystkiem dla każdej wody zbadania warunków, o ile ołów przechodzić do wody może lub nie. Jest to istotnie obliczenie pierwszorzędnej wagi, gdyż w rzeczywistości dotąd nie wiemy dokładnie, czy obecność lub brak pewnych innych składników w wodzie nie działa w dodatnim lub ujemnym kierunku. Tak działać mogą według niektórych badań n. p. chlorki lub części organiczne, w wodzie zawarte.

Gdy Komitet techniczny wodociągów krakowskich postanowił zaprowadzić w urządzeniach domowych rury ołowiane, muszę zauważyć, byłem wówczas temu przeciwny i nie mając własnego doświadczenia, nie chciałem polegać na spostrzeżeniach, w piśmiennictwie znajdujących się, a nieuwzględnionych należycie nawet w najobszerniejszych podręcznikach higieny i przedewszystkiem postanowiłem dokładnie obeznać się ze stanem tej sprawy, a mianowicie, jaki materyał jest najodpowiedniejszy pod względem technicznym i higienicznym. Zarazem przystąpiłem do doświadczeń, mających na celu wyświetlić, czy zastosowanie najczęściej dziś używanych rur ołowianych, ze względu na skład wody, mającej być do wodociągów użytej, dla Krakowa jest polecenia godnem.

Ze źródeł technicznych dowiedziałem się, że najlepszym i najtrwalszym materyałem dla rur wodociągowych jest żelazo lane. Nie ulega ono rdzewieniu i jest bardzo trwałe. Ze względów technicznych jednak rury lane nie mogą być przygotowane poniżej 40 cm. średnicy. Cienkie rury nie mogą być odlane i muszą być zrobione z żelaza kutego, które znajdują zastósowanie w niektórych krajach, szczególniej tam, gdzie do wodociągów używa się wody rzecznej przesączonej (filtrowanej), a więc miękiej, która ołów może rozpuścić. Takie rury znalazły pomiędzy innemi zastósowanie w wodociągach warszawskich. Rury te łatwo rdzewieją, skutkiem czego się psują, albo też niekiedy średnica ich tak się zacieśnia, że wodę następnie z trudnością przepuszcza.

Ażeby zapobiedz rdzewieniu, stosują rury wewnątrz cynkowanę. Doświadczenie uczy jednak, że takie rury z biegiem czasu oddają cynk w postaci soli rozpuszczalnych w wodzie, skutkiem wywiązującego się prądu elektrycznego (cynk i żelazo tworzą ogniwo galwaniczne). Woda taka nie jest wprawdzie szkodliwa, jak tego dowiodły badania [3]); obecność cynku jednak nadaje wodzie przykry smak, jak tego miałem sposobność sam doświadczyć na wodzie w tutejszym zakładzie higieny, gdzie na próbę takie rury zostały zaprowadzone.

Pozostają zatem rury ołowiane. Znalazły one zastosowanie w większej części krajów i większych miast. 75% miast niemieckich, wszystkie większe miasta we Francyi i Anglii, oraz znaczniejsze w Austryi takie rury posiadają [4]). W jakich warunkach mogą one być szkodliwe, powiedziałem wyżej. Najważniejszym jest miękość wody poniżej 7 stopni twardości, obecność wolnego bezwodnika kwasu węglowego, oraz niestałe wypełnienie rur. Twardość naszej wody wodociągowej według licznych badań znacznie przenosi potrzebne *minimum*, wynosi bowiem 30° fr. czyli 16.8° niemieckich. Wolny bezwodnik kw. węgl. jest w niej nieobecny, wskutek nadmiaru w gruncie węglanu wapna, który go wiąże. Niestałe wypełnianie rur jest wogóle wykluczone przy wodociągach, możliwe tylko przy urządzeniu pompowem i zbiornikach domowych.

Pozostawało jeszcze zapomocą bezpośredniej próby przekonać się, czy i o ile ołów dostawać się będzie do wody w naszych przyszłych wodociągach. W tym celu w dniu 18 października r. z. wespół z p. Boraczewskim, chemikiem c. k Zakładu dla badań śr. spożywczych, wypełniliśmy rurę ołowianą, mieszczącą 3½ litra, wodą ze studni na Bielanach bezpośrednio wziętą i dwie próby tej wody po przejściu przez rurę poddaliśmy badaniu po przeniesieniu do Zakładu.

Tegoż dnia napełniono tę rurę pod ciśnieniem 10 atm.; wodę zbadano po 24 godz. stania. Następnie pozostawiono wodę pod ciśnieniem w ciągu 5 dni. Podobne próby powtórzyliśmy w grudniu i w styczniu.

Badanie na ołów dało wynik nastąpujący:

Po odparowaniu całej ilości 3½ litr. wody znaleziono:

18/X. W wodzie po przepłók. nowej rury — ślady
tož samo ślady
19/X. W wodzie po 24 g. stanie pod ciśn. — ślady
24/X. Po 5 dniach stania — drobne ślady
18/XII Po mies. staniu i zamarznięciu wody — ołowiu nie wykr.
18/I. 1900. Po 4. dniach stania pod ciśnien. w ciepłocie pokojowej = ołowiu nie wykr.

Ślady ołowiu, wykryte przy pierwszych próbach, nie dały się oznaczyć ilościowo, a zatem o szkodliwych własnościach takich ilości mowy być nie może.

Zaznaczyć należy, że w rurach dłużej używanych, mianowicie w gmachu teatru, woda nie zawierała ołowiu po całonocnem pozostawaniu wody w rurze.

Badania niniejsze dowodzą, że woda w przyszłych wodociągach krakowskich może być bez obawy prowadzona w rurach ołowianych. Drobne ślady, które w pierwszych dniach otwarcia urządzenia domowego pojawiać się będą, są zbyt małe, ażeby szkodzić mogły, gdyż, jak wiadomo, ślady ołowiu w ilości 0.2 mgr są uznane za nieszkodliwe. W każdym razie łatwo i cienia szkodliwości uniknąć, jeżeli Magistrat w instrukcyi wodociągowej poleci nie używać wody przed upływem 6 dni od chwili napełnienia wodociągu, gdyż po tym czasie utworzy się powłoka w rurze, chroniąca wodę od dostawania się nawet śladów ołowiu.

Jak stąd wynika, zbytecznem jest powlekamie rur wewnątrz jakimś czynnikiem chroniącym. Zbytecznem jest nawet siarkowanie rur, gdyż powłoka ochronna samodzielnie szybko się wytwarza. Tem bardziej niepotrzebne są rury wewnątrz cynowane, które, obok wysokiej ceny, są trudne do lutowania i wyginania, gdyż w obu razach powłoka ulega częściowemu zniszczeniu.

[2]) *Chemisches Centralblatt* Nr. 16. 1899. S. 943.

[3]) Davies (*Chem. Centr.* 1899. S. 942).

[4]) Paryż Berlin, Londyn, w Austyi Wiedeń, Praga, Grac, Czerniowce, Linz, Lublana.

III. W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy jąder.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Sprawa leczenia gruźlicy jąder nosi na sobie odbicie szeregu tych poglądów terapeutycznych, zmieniających się kolejno i wzajemnie się zastępujących, które widzimy w leczeniu t. zw. gruźlicy chirurgicznej w ciągu drugiej połowy kończącego się wieku. Przejście od najbardziej biernej zachowawczości do skrajnego radykalizmu, głoszenie zasady *noli tangere* z jednej strony, z drugiej zaś „panowanie noża" w nader szerokiem zakresie, dążące do bezwzględnego usuwania całego narządu, dotkniętego gruźlicą — oto granice, w których obracała się sprawa leczenia gruźlicy chirurgicznej w czasie nowej już ery chirurgii.

Obecnie, pozbywszy się obawy przed operowaniem tkanek zajętych gruźlicą, z drugiej zaś strony poskromiwszy zbytni zapał w usuwaniu chorych narządów, wchodzi terapia chirurgiczna w okres operowania racyonalnego. Warunkiem zaś zasadniczym takiego operowania jest nietylko umiejętność ocenienia widoków operacyi i bezpośrednich jej wyników, lecz i możność przewidzenia jej następstw późniejszych, na podstawie fizyologii narządu i jego roli w ogólnej ekonomii ustroju. I coraz więcej postępowanie chirurgiczne zdaje się stosować do tych mądrych słów, wypowiedzianych przez Olliera: Dobry wynik operacyi sam przez się niczego jeszcze nie dowodzi w chirurgii i możność wykonywania pewnych zabiegów bez większego niebezpieczeństwa dla chorego nie upoważnia nas jeszcze do ich stosowania.

Przed bardzo niedawnemi czasy, w ostatnich dwóch dziesiątkach lat, widzieliśmy takie ciekawe i ważne przeobrażenie w sprawie leczenia gruźlicy stawów i kości. Zarzuciwszy prawie amputacye, jako operacye zasadnicze w leczeniu gruźlicy kończyn, ograniczywszy bardzo resekcye typowe stawów, tak *larga manu* stosowane jeszcze przed kilku laty, przeszliśmy dziś do operacyi nietypowych, mających na celu możliwie dokładne usunięcie li tylko części chorobowo zmienionyc przy oszczędzaniu tkanki zdrowej. I takie postępowanie, odpowiadające jednemu z głównych wskazań operacyjnych — jaknajmniejszego obrażania tkanek, zdaje się dawać przy współdziałaniu pomocniczych środków leczniczych najlepsze względnie wyniki.

Metody operacyjne w leczeniu gruźlicy jąder zróżniczkowały się w dwóch kierunkach: w kierunku doszczętnego wydalenia ogniska chorobowego wraz z całym narządem przez wytrzebienie, i w kierunku więcej zachowawczym, przez usuwanie tylko części chorobowych czy to w przyjądrze, czy w przewodzie nasiennym, czy nawet w samem jądrze. Każdy z obu tych sposobów miał i ma poważnych zwolenników pomiędzy chirurgami. Niedawnymi czasy, kiedy pod wpływem zdobyczy antyseptyki zapanował radykalizm operacyjny, większość chirurgów skłaniała się ku pierwszej z tych metod — trzebieniu, które też zyskało prawo obywatelstwa, jako operacya zasadnicza w gruźlicy jąder. Dopiero po kilku latach, gdy można było zestawić dalsze następstwa operacyi na większej liczbie przypadków i kiedy bardziej wszechstronnie i krytycznie zaczęto rozważać zalety i wady tego postępowania, wówczas zwrócono się znów ku zabiegom bardziej zachowawczym, które też coraz więcej zyskują zwolenników.

Pochop do żywszego zajęcia się sprawą leczenia gruźlicy jąder i do oceny stosowanych tu metod operacyjnych i otrzymanych wyników dało w roku zeszłym Towarzystwo chirurgiczne w Paryżu, poświęcając cały szereg posiedzeń rozprawom nad tą tak ważną sprawą. Nadto w ciągu ubiegłych paru lat ogłoszono kilka prac, dorzucających ten lub ów szczegół, przemawiający za jednem lub drugiem postępowaniem leczniczem.

Zobaczmy, w jakim stosunku pozostają obie te metody do umiejscowienia i przebiegu cierpienia, o ile i jakie wypełnia każda z nich wskazania lecznicze, wreszcie, jak przedstawiają się one w oświetleniu swych wyników i następstw.

Gruźlica jąder cechuje się, w najkrótszych słowach, następującemi własnościami. 1. Jako gruźlica narządu płciowego, stanowić może stosunkowo dość długo cierpienie miejscowe; 2. zwykłem jej siedliskiem u dorosłych jest najądrze, w którem długo pozostawać może ograniczona i zazwyczaj dopiero w późnych okresach choroby przechodzi na jądro; 3. stosunkowo dość często występuje obustronnie. Według obliczeń Reclusa, z któremi zgodne są wyniki statystyczne Villarda, gruźlica, ściśle ograniczona li tylko do narządu płciowego, występuje w $1/3$ przypadków; w pozostałych $2/3$ jednocześnie z nią istnieje sprawa gruźlicza i w płucach.

Taki sam prawie stosunek zachodzi pomiędzy gruźlicą samego najądrza, będącego punktem wyjścia cierpienia, a jednoczesnem zajęciem jądra i najądrza. Stosunek ten (30 : 100), określony na podstawie badań sekcyjnych, znacznie się zmienia, jeżeli uwzględnić tylko wyniki badania klinicznego, lecz na niekorzyść cierpienia jądra z najądrzem wspólnie, tak iż przedstawia się jako równy (1 : 1) lub nawet same zapalenie gruźlicze najądrza rozpoznawane bywa klinicznie częściej, niż w połączeniu z zapaleniem jądra (Reclus). Wreszcie co się tyczy występowania obustronnego, to dane liczbowe w różnych zestawieniach wynoszą 25, 30 a nawet 60% ogólnej liczby przypadków gruźlicy jąder.

Pierwsza z wymienionych cech, to względne pozostawanie cierpienia sprawą miejscową, stanowiła jeden z głównych punktów oparcia dla zwolenników trzebienia, zapomocą którego spodziewano się i usunąć doszczętnie ognisko chorobowe i zapobiedz nawrotom. Poświęcano więc zasadniczo gwoli temu radykalizmowi razem z najądrzem i jądro, ze względu na to, że 1. ono równie może być zajęte sprawą chorobową, pomimo nawet braku danych klinicznych po tem,u 2. jądro, pozbawione najądrza i przewodu nasiennego przestaje funkcyonować, a co zatem idzie i obecność jego winna być obojętną dla ustroju.

Rzeczywiście, już teorytycznie sądząc, trzebienie, jako zabieg, usuwający cały prawie narząd, przedstawia daleko więcej widoków na doszczętne uwolnienie chorego od ognisk gruźliczych, niż inne bardziej zachowawcze operacye, jak wycięcie najądrza, resekcya przewodu nasiennego itd. Tego też zdania trzymają się jeszcze niektórzy chirurgowie, a i w ostatnich latach ukazało się kilka prac, broniących wyższości trzebienia w leczeniu gruźlicy nad wszystkimi

innymi sposobami operacyjnymi (R. König[1]), Berger[2]), Dürr[3]). Jednakże mnożące się z dnia na dzień spostrzeżenia chirurgów, oparte na coraz liczniejszym materyale klinicznym, zachwiały wiarę w ten radykalizm trzebienia, nadto zaś uwidoczniły inne ujemne strony wpływu tej operacyi, jak tego dowodzą wspomniane powyżej rozprawy w Towarzystwie chirurgicznem w Paryżu.

Quénu, Routier, Bazy, Reclus, Lucas Championnière, Tuffier, Delbet, Poirier i inni — wszyscy wystąpili przeciwko trzebieniu, jako operacyi zasadniczej w gruźlicy jąder, zarzucając ją w zupełności, lub też ograniczając do wyjątkowych przypadków i to ze wskazań bardzo ścisłych.

Na czem więc polegają ujemne strony trzebienia w przypadkach gruźlicy jądra?

Trzebienie nie jest zabiegiem radykalnym, gdyż jak przekonują wyniki pooperacyjne daje nawroty cierpienia po drugiej stronie, w pęcherzykach nasiennych, gruczole krokowym, w pęcherzu, a nawet w kikucie, bynajmniej nie rzadziej, niż ma to miejsce po innych operacyach, robionych w tym samym celu.

Trzebienie nie zabezpiecza innych narządów od rozwoju gruźlicy i rzadko daje się spostrzegać, ażeby wypływało powstrzymująco na gruźlicę np. narządu moczowego, jak to twierdzą niektórzy (König, Berger).

Trzebienie nadto przynosi wielką szkodę całemu ustrojowi przez pozbawienie go jądra, które, że już trzymać się będziemy przytoczonych powyżej danych liczbowych, przynajmniej w $1/3$ przypadków bywa zupełnie zdrowe, we wszystkich zaś pełni tę drugą, obok funkcyi nasiennej czynność wydzielniczą, ową „secrétion interne,“ której słusznie przypisują tak ważny wpływ na stan ogólny i sferę psychiczną.

Tę rolę jąder, stwierdzoną dziś doświadczeniami fizyologicznemi i setkami spostrzeżeń klinicznych, znali i oceniali już dawni chirurdzy, którzy radzili oszczędzać jądra nawet w razie bezużyteczności ich płciowej i zachowywać je, jako „jądra moralne.“ Z tego samego zapatrywania wychodzili późniejsi chirurdzy, kiedy po wykonaniu trzebienia zaszywali do worka mosznowego jądra metalowe odpowiedniej wielkości i wagi, bacząc na owo znaczenie „moralne“ tego narządu.

Jądra, jak słusznie twierdzi Delbet, zachowuje się zupełnie odmiennie w tym względzie, niż wszystkie inne gruczoły po podwiązaniu przewodu odprowadzającego. Pozbawione najądrza lub przewodu nasiennego, albo obu razem, nie ulega ono zanikowi, lecz w dalszym ciągu funkcyonuje, pełniąc tę drugą swą czynność wydzielniczą. W przypadkach więc gruźlicy, gdzie nawet całe najądrze jest zniszczone, usuwając jądro, nie usuwamy bynajmniej organu bezużytecznego. Jeszcze jeden dowód takiej funkcyi jądra przedstawia spostrzeżenie, iż rozrost sutka męskiego *(gynaecomastia)* powstaje nierzadko w następstwie spraw zapalnych w jądrze, nigdy zaś nie występuje po takich sprawach lub uszkodzeniach najądrza. Pozbawienie przeto nawet obu najądrzy nie powoduje jeszcze bezsilności płciowej, jak trzebienie.

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chir. XLVII str. 508.

[2]) La semaine médicale 1899 str. 143.

[3]) Beiträge zur klin. Chirurgie. T. VI.

Jedynie w tych przypadkach mogłoby trzebienie być radykalne, gdzie sprawa chorobowa jest bardzo świeża i ograniczona wyłącznie tylko do najądrza, względnie jądra, przy zupełnym braku zmian gruźliczych w innych narządach. Cóż, kiedy w tych przypadkach chory najczęściej nie zgodzi się na trzebienie, tem bardziej, że chirurg przyrzec mu nie może, iż ofiarą jednego jądra będzie mógł z pewnością okupić zdrowie drugiego. I tutaj, pomimo tak małych jeszcze zmian i tak wczesnego wytrzebienia, znane są przypadki (Potherat, Bazy) powstania gruźlicy po drugiej stronie w bardzo krótkim czasie po wykonaniu trzebienia z jednej.

We wszystkich innych przypadkach, gdzie zmiany gruźlicze zajmują oprócz najądrza przewód i pęcherzyki nasienne, lub przechodzą na gruczoł krokowy, pęcherz i nerki, albo wreszcie gdzie istnieje gruźlica płuc, trzebienie jest zabiegiem zupełnie zbytecznym, a nawet szkodliwym, gdyż nie usuwając sprawy chorobowej z ustroju, wyrządza mu nową szkodę przez pozbawienie go narządu tak ważnego, jak jądro. Zgodzić się też trzeba ze zdaniem Quénu, iż „jest to operacya częściowa, w której do wycięcia części chorych dodano usunięcie narządu zdrowego, w każdym zaś razie potrzebnego.“

Wobec tego trzebienie, nie mogąc odpowiedzieć głównemu swemu zadaniu doszczętnego operowania, traci zupełnie racyę bytu, jako zabieg podstawowy w gruźlicy jąder.

Zresztą zdaniem mojem, w leczeniu gruźlicy w ogóle, a gruźlicy jąder w szczególności, popełniali i jeszcze poniekąd popełniają chirurdzy błąd zasadniczy. Błędem zaś tym jest dążenie do doszczętnego usunięcia części chorobowo zmienionych do najsumienniejszego powycinania tkanek gruźliczych, jednem słowem ten właśnie bezwzględny radykalizm operacyjny, tak konieczny i zbawienny w operacyach nowotworów złośliwych, a tak mało pożytku, a często więcej szkody przynoszący w leczeniu gruźlicy.

Wobec zmian w innych narządach, towarzyszących zmianom gruźliczym w jądrach w przeważnej liczbie przypadków, wobec tego, że u osób dotkniętych gruźlicą płuc wykazać można laseczniki gruźlicze w zdrowej tkance jąder i najądrzy (Jani, Spano) i w nasieniu (Nikarai), dążeuie do radykalnego „wycięcia“ całej gruźlicy jąder jest utopią, tem szkodliwszą, jeżeli w pogoni za nią pozbawiamy ustrój narządów, potrzebnych do samoobrony. Ta zaś jest zawsze głównem narzędziem do uwolnienia ustroju od szkodliwych czynników drobnoustrojowych, w walce zaś tej zabieg operacyjny może grać tylko rolę pomocniczą, usuwając wytworzone wytwory zmian tkankowych.

W ten sposób następuje w leczeniu gruźlicy jąder zwrot ku postępowaniu zachowawczemu, nie w tem jednak dawnem znaczeniu biernego wstrzymywania się od wkroczenia z nożem, lecz tylko w przeciwstawieniu do zbyt radykalnego trzebienia. Jak słusznie określił to dawniej już jeden z chirurgów francuskich (Malgaigne) „należy chronić jądro, dotknięte gruźlicą, nie tylko przed niepotrzebnem wycinaniem, lecz zarówno przed leczeniem wyczekującem, prowadzącem zazwyczaj do takiego samego wyniku“ [1]).

Operować więc należy i można, lecz we właściwym zakresie i celu, i to we wszystkich przypadkach, gdzie stan

[1]) Longuet: *Revue de chirurgie.* 1900. I.

ogólny chorego na to pozwala i gdzie narząd moczowy jest wolny, lub tylko bardzo niewielkie przedstawia zmiany. Postępowanie zaś operacyjne przedstawiać się winno w sposób następujący:

W przypadkach świeżych, w których zmiany ograniczone są do najądrza, wykonać wycięcie jego *(epididymectomia)*. Niektórzy z chirurgów francuskich ograniczają się do wycinania zeń oddzielnych ognisk, lub przecinania i wyskrobywania ropni gruźliczych. Wobec tego jednak, że zarówno całe, jak i częściowe wycięcie najądrza znosi całość przewodu odprowadzającego, uważam całkowitą epididymektomią za odpowiedniejszą. Podobnież w całości wycina najądrze zwykle Bardenheuer[1]).

W przypadkach zmian dłużej trwających dodać należy wycięcie przewodu nasiennego, który odsłania się ku górze, wchodząc aż do przewodu pachwinowego. Jeżeli zajęte są i pęcherzyki nasienne, co w każdym przypadku zbadać trzeba, postępowanie zależeć winno od stanu ogólnego chorego i istnienia, lub nie, zmian w innych narządach. W razie gruźlicy płciowej zlokalizowanej przystępujemy do wycięcia pęcherzyków.

W przypadkach znacznie posuniętych, gdzie sprawa gruźlicza przeszła i na jądro, wyciąć należy *mediastinum testis* (ciało Highmora), a nawet część miąższu, pozostawiając części zdrowe. Jeżeli zaś po wycięciu samego najądrza powstaje wątpliwość do do stanu miąższu jądrowego, to można naciąć z jednej strony błonę białą jądra i część miąższu, aby przekonać się o jego stanie, i potem zeszyć brzegi błony białej.

Takie postępowanie polecał Delore[2]), ostatnio stosował w 2 przypadkach Lanz[3]) i w jednym z nich, przekonawszy się po przecięciu, iż jądro jest bardzo zniszczone, wyłuszczył je.

Trzebienie zatem odnosić się powinno do takich tylko przypadków, gdzie oprócz zmian w przyjądrzu miąższ jądra jest tak zniszczony lub cały usiany gruzełkami, że nie można liczyć na zabliźnienie się pomimo nacięć i skrobania. Poświęcamy wiąc jądro, wiedząc, że pozostawienie go, nie przyniosłoby żadnej korzyści dla ustroju, przeciwnie zaś, obecność serowatych i zropiałych ognisk wpływałaby ujemnie na stan chorego.

W roku bieżącym operowałem dwa przypadki gruźlicy jąder, stosując w każdym postępowanie nieco odmienne. W pierwszym z nich, u mężczyzny 55-letniego, dotkniętego gruźlicą jądra obustronną, wykonałem po stronie prawej epididymektomią, po stronie zaś lewej, stwierdziwszy zajęcie i jądra, zrobiłem wytrzebienie. Zbadawszy później dokładnie preparat, żałowałem zbytniego radykalizmu, gdyż zmiany okazały się mniejsze, niż to zdawało się podczas operacyi i ograniczały się wyłącznie prawie do ciała Highmora. W przypadku drugim, u chorego 23-letniego, wyciąłem przyjadrze po stronie lewej, nie uszkadzając jadra. Obadwa te przypadki wygoiły się zupełnie dobrze; o trwałości tego wyleczenia, rzecz prosta, zawcześnie jednak sądzić.

W sprawie gruźlicy jąder wielu chirurgów niełatwo zechce porzucić trzebienie, przy pomocy którego może otrzymywali nawet względnie pomyślne wyniki. Idzie mi o podkreślenie większej racyonalności zabiegów częściowych, które przy lepszych, a przynajmniej równych wynikach leczniczych nie powodują tych ciężkich następstw późniejszych dla chorego. Zresztą, należy zawsze w chirurgii kierować się zasadą, iż... „il faut abandonner ce qui fut bon, pour adopter ce qui est mieux“ (Ollier).

[1]) *Mittheil. aus dem Kölner Bürgeshosp.* 1886.
[2]) *Lyon médical.* 1898. 26.
[3]) *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. LV. 1900.

IV. Ze Szpitala Śgo Ludwika i Kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

W sprawie gruźlicy u dzieci.

(*Częstość i szerzenie się gruźlicy u dzieci; uwagi nad jej rozpoznawaniem*).

Podał
Dr. Jan Raczyński
Docent pedyatryi Uniw. Jagiell.

Badania, podjęte ostatnimi czasy nad poznaniem dróg szerzenia się i przenoszenia gruźlicy, nad jej rozwojem i przebiegiem, zwróciły uwagę na ważną rolę, jaką w tej sprawie odgrywa wiek dziecięcy. Dzięki tym badaniom obalono nie jedno zdanie, dotąd za pewnik uważane, nie jedno błędne, a utrzymujące się w nauce przypuszczenie, jak n. p. o dziedziczności gruźlicy; równocześnie jednak wyszło na jaw, jak bardzo gruźlica dzieciom zagraża i jak są one skłonne do zakażenia gruźliczego. Przekonano się (Küss, Volland), że rozwijająca się w wieku dojrzałym gruźlica jest w znacznej części przypadków tylko zaostrzeniem i wybuchem nabytej w dzieciństwie, a do tej pory utajonej sprawy chorobowej.

Jasnem jest, jak ważne są te badania dla higieny i sprawy zapobiegania gruźlicy. Znalazłszy dobitny wyraz w uchwałach zjazdów i stowarzyszeń dla zwalczania gruźlicy, powinne one się odbić na sposobie wychowania dzieci pochodzących z rodziców gruźliczych, przedewszystkiem zwracając uwagę lekarzy, pedagogów i rodziców na te niesłychanej doniosłości zagadnienia i wydając owoc nietylko w postaci książkowych rad i wskazówek, lecz także w życiu praktycznem.

Z rozlicznych, nasuwających się tu zagadnień, chciałbym w krótkim zarysie rozpatrzeć sprawę częstości gruźlicy u dzieci, u nas, jak również zastanowić się nad rozpoznawaniem gruźlicy u dzieci, dodając do tego własne spostrzeżenia i doświadczenia.

I.

Brak dotąd w piśmiennictwie pedyatrycznem, szczególnie zaś polskiem, dokładnych danych co do częstości pojawiania się i śmiertelności z gruźlicy w wieku dziecięcym. Ogólne zbiorowe statystyki przynoszą pod tym względem liczby niepewne, prawdopodobnie za nizkie. (Albu na 11000 zmarłych dzieci podaje 1·9% śmiertelności z gruźlicy).

Różnią się też co do tej sprawy znacznie od siebie zapatrywania poszczególnych autorów. Na dowód przytoczę najdalej idące zapatrywanie Andwoorda, który powiada: „man ist fast berechtigt anzunehmen, dass wenigstens in Städten und dichter bevölkerten Gegenden, wo die Krankheit Generationen hindurch geherrscht hat so ziemlich die ganze Bevölkerung, eine oder andere, leichtere oder

schwerere tuberkulöse Infection in der Regel schon in den Kinderjahren durchgemacht hat". Główną przyczyną tej różnicy zdań jest brak zbiorowej statystyki ze szpitali i klinik dziecięcych, na podstawie której możnaby sobie o tej sprawie wyrobić zdanie; dotychczas bowiem każdy z autorów (Fröblius, Schwer, Landouzy, Neureuter itd.) polega wyłącznie na liczbach, osiągniętych w swoim zakresie działania. Wpływają też na różnicę zdań trudności rozpoznawania gruźlicy u dzieci za życia, jak również i osobiste zapatrywania, któremi się autor w rozpoznawaniu gruźlicy kieruje, zwłaszcza zaś wpływa tu znacznie stanowisko zajmowane wobec zołzów (*scrophulosis*). Zdania klinicystów co do istoty tej choroby są jeszcze dotychczas podzielone; podczas gdy jedni uważają ją za odmienną postać łagodniejszego przebiegu, w znacznej części przypadków uleczalnej gruźlicy, inni uważają zołzy za pewien stan chorobowy, ułatwiający wprawdzie przyjęcie jadu gruźliczego i przedstawiający dogodne warunki dla rozwoju gruźlicy, ale nie będący jeszcze gruźlicą (Suchanek, Rotholz). Coraz bliższe zapoznawanie się jednak z tem cierpieniem, oraz prace doświadczalne: bądź z przeszczepianiem gruczołów dzieci zołzowych na zwierzęta (Hybbeneta i Lingarda), bądź też przez szczepienie dzieci zołzowatych tuberkuliną (Beck), wykazały, że pod postacią zołzów kryje się w znacznej części przypadków prawdziwa grnźlica. Tem się tłómaczy, że ostatnie prace autorów, liczących się z temi zapatrywaniami, oceniają częstość gruźlicy znacznie wyżej.

Chcąc nabrać wyobrażenia o częstości tej choroby u dzieci w naszym kraju, należałoby albo posłużyć się statystyką zachorowań, lub statystyką zgonów; w tym drugim przypadku wypadałoby odnieść się do statystyki krajowej. Nieobrałem żadnej z tych dróg, gdyż z powodu trudności, jakie nastręcza rozpoznanie gruźlicy w wieku dziecięcym, statystyki te muszą być niedokładne i z tego powodu postanowiłem użytkować tylko takie przypadki, w których rozpoznanie stwierdzono sekcyą. Zebrane przezemnie dane zyskały przez to wprawdzie na ścisłości, trudno jednak zaprzeczyć, że wskutek tego zestawienia moje nie są tak obszerne, aby można z nich wysnuwać jakieś dalej idące wnioski, opierają się one bowiem na materyale jednego szpitala [1]).

Dzięki uprzejmości prof. Jakubowskiego miałem do rozporządzenia cały materyał już blizko 25 lat istniejącego szpitala św. Ludwika dla dzieci, jak również oddziału klinicznego; zestawienie moje ograniczyłem jednak do ostatnich 10 lat, a to dlatego, że materyał tych 10 lat, był mi, jako pracującemu w owym czasie w tym Zakładzie, dobrze znanym. Przejrzałem więc w Zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza wszystkie protokoły sekcyjne dzieci, zmarłych w tym czasie, wypisując szczegółowo wiek, przyczynę śmierci, rozpoznanie kliniczne i rozpoznanie anatomiczne, główne dane obrazu anatomicznego i t. d. i porównałem te szczegóły z liczbą leczonych w szpitalu św. Ludwika. w tem dziesięcioleciu chorych.

Okazało się że: od początku r. 1889 do końca r. 1898 leczono w szpitalu św. Ludwika ogółem 12.152 dzieci; z tej liczby zmarło w ogóle 3.341. tj 27·4%.

[1]) Krokiewicz uwzględnił wiek dziecięcy w swojem zestawieniu: „Gruźlica na podstawie materyału sekcyjnego z lat 1894, 1895, 1896 w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie«. (*Przegl. lek.* Nr. 43, 45, r. 1897).

Pomiędzy tymi zmarłymi w 611 przypadkach (18·3%) za przyczynę śmierci stwierdzono gruźlicę.

Z zestawień co do śmiertelności z innych chorób w tem dziesięcioleciu przewyższa gruźlicę tylko błonica, z której zginęło w tym czasie 631 dzieci. Znając jednak miejscowe stosunki szpitala, należy pamiętać, że te dzieci gruźlicze, leczone i umierające w szpitalu, pochodzą z miasta Krakowa lub jego najbliższych okolic; gdy tymczasem chorych błoniczych zwożą do naszego szpitala prawie z całej zachodniej Galicyi. Ztąd też możemy wysnuć wniosek, że w naszym szpitalu stosunkowo najwięcej ofiar zabiera gruźlica, gdyż wyższy odsetek śmiertelności z błonicy powstał niejako sztucznie.

Wiadomo, że śmiertelność z gruźlicy jest w różnym wieku dzieci — różną, czyli że w wieku dziecięcym są pewne okresy, odznaczające się większą śmiertelnością. W naszych przypadkach stosunki te przedstawiają się, jak następuje:

Dzieci	od	0—1 r.	życia	zmarło	828	z tego	z gruźlicy	74
„	„	1—2 r.	„	„	624	„	„	123
„	„	2—3 l.	„	„	419	„	„	118
„	„	3—5 l.	„	„	627	„	„	126
„	„	5—8 l.	„	„	453	„	„	125
„	„	8—12 l.	„	„	260	„	„	45

Z zestawienia powyższego widzimy, że najwięcej ofiar zabiera gruźlica między dziećmi w wieku między 5—8 r. życia, a fakt ten zgodny jest z danymi statystyk innych, np. Barthez i Sannee, Papavoina. Stosunkowo najmniej dzieci ginie na gruźlicę w wieku do 1 r. życia; na 828 sekcyj, 74=8·8%. Bliższe rozpatrzenie tych 74 przypadków pouczyło, że częstość gruźlicy w tym okresie życia wzmaga się w miarę przybywania miesięcy. I tak, najwcześniejszy wiek, w którym stwierdzono gruźlicę, jest 21 dni, w 2 przypadkach wiek dzieci wynosił po 4 tygodnie; w 7 przypadkach 2 miesiące; w 4 przypadkach 3 miesiące; w 17 przypadkach wiek dzieci wynosił od 4—7 miesięcy, a w 43 przypadkach, od 7—12 miesięcy; między 1—2 r. życia występuje już gruźlica w poważnym odsetku przypadków.

Jeszcze jeden szczegół należy mi podnieść, tj. częstość gruźlicy ogólnej u dzieci do 3 roku życia; w naszych przypadkach blizko połowa dzieci, ginących z gruźlicy, uległa postaci gruźlicy ogólnej; w późniejszym wieku, tj. powyżej lat 3-ch, częściej spotyka się tylko zmiany w płucach i gruczołach oskrzelowych. Prawdopodobnie zależy to zjawisko od nieznanych nam szczególnych warunków ustroju dziecięcego dla szerzenia się gruźlicy; może być że wchodzi tu w rachubę okres czasu życia, w którym nastąpiło zakażenie, warunki danego ustroju w chwili wtargnięcia do niego jadu, lub, jak to później zobaczymy, droga, którą jad dostaje się do ustroju.

Tak przedstawiają się liczby, odnoszące się do śmiertelności z gruźlicy u dzieci w naszym szpitalu. Ale obok przypadków śmierci z tej choroby, spostrzegamy przy nekroskopii przypadki, gdzie przyczyną śmierci była inna, często ostra zakaźna choroba, a badanie anatomiczno-patologiczne wykazuje ogniska gruźlicze w gruczołach chłonnych, w płucach itd. Jest to tak zw. przez klinicystów gruźlica utajona, postać najczęściej z powodu braku objawów cechujących za życia nierozpoznawana. Z powodu właśnie tych

trudności rozpoznawczych za życia, bardzo ważnem byłoby dowiedzieć się od anatoma patologicznego, jak często spotykamy tę postać gruźlicy na stole sekcyjnym. W naszych badaniach na 2,730 sekcyj dzieci zmarłych z innych chorób spotkano ogniska gruźlicze 112 razy, to znaczy tylko 4·1%. Rozpatrując bliżej tę sprawę, musimy jednak dojść do przekonania, że anatomiczno-patologiczne badanie makroskopowe niewystarcza do wyśledzenia wszystkich przypadków tej postaci gruźlicy. Anatom, badając makroskopowo, rozpoznaje gruźlicę z obecności ognisk serowatych, gruzełków i t. d.; i t. d.; tymczasem wiadomo, że mogą się znajdować prątki gruźlicze w tkankach, n. p. gruczołach (Pizzini), niewywołując zmian, makroskopowo dostrzegalnych; a w tych przypadkach rozstrzygającem mogłoby być badanie mikroskopowe z odpowiedniem barwieniem, lub nawet droga doświadczalna przeszczepiania na zwierzęta. Gdy zaś w naszych przypadkach tego rodzaju badań nieprzedsiębrano, przeto przypuszczać można, że niektóre przypadki tej postaci gruźlicy zostały pominięte, że jest ich znacznie więcej, niż nam to w naszej statystyce wykazał anatom, a utajona postać gruźlicy między dziećmi w znacznie większym stopniu bywa rozpowszechnioną.

Tyle pouczyły nas o częstości gruźlicy wyniki sekcyjne. Chcąc mieć skończony obraz ze względu na częstość gruźlicy u naszych 12.000 dzieci chorych, należałoby policzyć 611 przypadków śmierci z gruźlicy, dodać do tego przypadki gruźlicy utajonej, stwierdzonej na stole sekcyjnym, t. j. przypadków 112, mojem zdaniem jednak znacznie więcej (obliczanej przez niektórych autorów na 25—40% sekcyonowanych) wreszcie należałoby wziąść w rachubę przypadki gruźlicy, leczonej w szpitalu, i w stanie poprawy lub pogorszenia zabranych do domu; dalej przypadki klinicznie za zołzy uchodzące, przypadki gruźlicy utajonej, wreszcie znaczną liczbę przypadków miejscowego cierpienia gruźliczego skóry, kości i chrząstek (Droba) a wziąwszy to wszystko pod uwagę, możnaby, nie obawiając się przesady, twierdzić, że około połowa dzieci w wieku powyżej 1 roku życia, leczonych w szpitalu św. Ludwika, dotknięta jest gruźlicą.

Wobec tego nasuwa się pytanie, skąd się bierze tak znaczna liczba dzieci gruźliczych? Chcąc na to pytanie odpowiedzieć, trzebaby szczegółowo roztrząsać i przytaczać ścierające się dziś zdania zwolenników teoryi dziedziczenia w pojęciu Baumgartena *(bacciläre Vererbung)* i jej przeciwników. Zadowolnię się przytoczeniem przemawiających najwięcej do przekonania zapatrywań Hausera. Autor ten rozpatrzył krytycznie wszystkie dotychczas ogłoszone przypadki odziedziczonej gruźlicy, wykonał cały szereg doświadczeń na zwierzętach i na tej podstawie przyszedł do przekonania, że przeniesienie się gruźlicy wprost, drogą łożyskowego krążenia krwi, przydarza się niesłychanie rzadko i to prawie wyłącznie w przypadkach, gdy matka w czasie ciąży lub porodu dotknięta była gruźlicą ogólną. Innemi słowy, nie możemy dla ogółu przypadków przyjąć dziedziczenia gruźlicy przez przeniesienie prątków drogą krwi z rodziców na dziecko, lecz przeciwnie, tego rodzaju przypadki zaliczyć musimy do niesłychanych wyjątków. Natomiast przyjmujemy, że niewątpliwie istnieje dziedziczenie usposobienia, a rozumiemy przez to, że członkowie pewnych rodzin przychodzą na świat już z zmniejszoną odpornością na gruźlicę, że komórki ich ustroju nie są zdolne do skutecznej obrony przed jadem gruźliczym, że nie są w stanie wytworzyć jakichś istot ochronnych. Ten fakt nie jest w przyrodzie odosobnionym; tego rodzaju bowiem dziedziczenie zmniejszonej odporności pewnych komórek spotykamy bardzo często (n. p. dziedziczenie skłonności do wypadania włosów, skłonności pewnych rodzin do próchnicy zębów i t. d.).

Jeżeli więc na podstawie badań Hausera przyjmiemy zapatrywanie, że dzieci nie dziedziczą gruźlicy, to musimy też przyjąć, że stale nabywają jej przez zakażenie.

Rozpatrując sposoby, którymi zakażenie może przyjść do skutku, dojdziemy do przekonania, że dzieci są szczególnie na zakażenie wystawione. Przyjmujemy trzy drogi, któremi gruźlica dostaje się do ustroju, t. j. skóra, narząd oddechowy i przewód pokarmowy. Zakażenia ustroju drogą powłok zewnętrznych przydarzają się tak u dzieci, jak u dorosłych — nader rzadko. Najczęstszą drogą, którą dostaje się prątek gruźliczy do ustroju, jest niezawodnie narząd oddechowy, jak o tem świadczą tak często spotykane zmiany w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych. W naszem zestawieniu na 611 sekcyj dzieci gruźliczych zaledwie w 17 przypadkach był brak zajęcia tych gruczołów; Krokiewicz podaje 100% zajęcia gruczołów oskrzelowych gruźlicą u dzieci do lat 15, Hecker 90% i t. d.

W jaki sposób prątki gruźlicze dostają się do gruczołów oskrzelowych? niewątpliwie drogą płuc; twierdzić tak możemy, chociażbyśmy nie znaleźli żadnych zmian w płucach, bo Cornet i inni wykazali, że prątki mogą się dostać do gruczołów oskrzelowych, nie uszkadzając miąższu płuc; tem bardziej zaś tak twierdzić możemy od czasu badań Küssa, który we wszystkich przez się badanych przypadkach zajęcia gruczołów śródpiersiowych stwierdzał mniej lub więcej wybitne zmiany w płucach. Badania Küssa są niejako drogowskazem, którędy przedostają się prątki gruźlicze do ustroju, a zarazem, gdy one dostają się tam powietrzem wdechanem z zewnątrz, dowodem, że gruźlica jest następstwem zakażenia.

Aby dorośli mogli tą drogą nabywać gruźlicy, muszą się prątki unosić z zawierającym je pyłem w górze (Cornet), aż do wysokości ust lub nosa dorosłej osoby, lub też muszą się w tej wysokości znajdować w kroplach cieczy, rozpryskiwanych przez kaszlących suchotników (Fraenkel); dla przesiadujących na ziemi dzieci nawet tych warunków nie potrzeba; obok tego, że zarazić się one mogą przez obcowanie z osobami pielęgnującemi, one same, suwając się po ziemi, rękami zbierają pył, zanoszą go do ust, wdychają go i połykają. To wyświetlenie sposobu zakażania się dzieci tłómaczy nam też, dlaczego gruźlica bardzo rzadko przydadarza się u nich w pierwszych miesiącach życia, t. j. wtedy, gdy dzieci noszone są jeszcze na rękach, a szerzy się znacznie gwałtowniej po 1-szym roku życia, kiedy przeważna część dzieci biedniejszych zwłaszcza rodziców spędza całe dnie na suwaniu się po ziemi. (Comby, Volland).

Zapewne trudno jest o ścisłe, naukowe dowody na poparcie tych zapatrywań; na razie świadczą o ich słuszności doświadczenia z praktyki. Znanym mi jest przypadek gruźlicy u dziecka 11-miesięcznego, pochodzącego z rodziców zdrowych, karmionego mlekiem matki, u którego rozwinęła się gruźl c ogólna po wprowadzeniu się do mieszkania, w którem bezp średnio przedtem chorował i umarł suchotnik.

Dziecko biednej stróżki właśnie próbowało swoich pierwszych samodzielnych ruchów na zapewne źle wymytej i nieodkażonej posadzce i prawdopodobnie w opisany wyżej sposób nabyło gruźlicy i jej uległo.

Obok najczęstszej drogi przedostawania się prątków gruźliczych do ustroju dziecięcego, t. j. drogi narządu oddechowego, istnieją też dla tego ustroju niezwykle niebezpieczne warunki zakażenia drogą przewodu pokarmowego. Z pokarmów przenosić mogą gruźlicę: wyjątkowo mięso zwierząt gruźliczych, a najczęściej mleko. O mleku wiemy, że zawierać może jadowite prątki gruźlicze, nawet wtedy, gdy pochodzi z krów gruźliczych ze zdrowemi wymionami; to znaczy, że w naszych warunkach zawiera je bardzo często (Bujwid), a właśnie mleko stanowi główne, jeśli nie wyłączne pożywienie dzieci. Udowodniono doświadczeniami (Chauveau), że prątki gruźlicze, spożywane w odpowiedniej ilości przez pewien czas, wywołują najpierw gruźlicę przewodu pokarmowego, później ogólną; Bollinger na zjeździe berlińskim dla gruźlicy podał do wiadomości ciekawy fakt, że gruźlica szerzy się bardzo silnie u prosiąt, karmionych niegotowanem mlekiem, a zwłaszcza mlekiem chudem, pozostałem po oddzieleniu śmietanki (zapomocą centryfugi), że gruźlica ta uogólnia się łatwo, a zatem przebieg jej zbliża się bardzo do przebiegu gruźlicy u dzieci. Nie może też ulegać wątpliwości, że przydarzają się przypadki zakażenia tą drogą u dzieci, bo zatem przemawiają i powyższe rozważania i wyniki sekcyj. W naszych przypadkach zanotowano 2 razy w protokołach sekcyjnych zmiany gruźlicze w gruczołach krezkowych *(degeneratio caseosa gland. mesaraicarum)*, bez zajęcia ściany jelita, bez równoczesnej obecności zmian gruźliczych w innych narządach lub gruczołach, a 67 razy zmiany gruźlicze w tychże gruczołach, przy obecności wrzodów gruźliczych w jelitach, zmian gruźliczych (często jam) w płucach, lub gruźlicy ogólnej.

Możliwość przedostania się prątków gruźliczych tą drogą uważać możemy za pewnik; trudniejszem jest do rozstrzygnięcia pytanie, jakie znaczenie w patogenezie gruźlicy przypisać tej drodze? Nie mamy dotąd żadnych podstaw do twierdzenia, ani na mocy wyniku sekcyj, ani obserwacyi klinicznej, jaką drogą w danym razie jad przedostał się do ustroju, tem mniej nie możemy określić, jaka ilość zakaża się tą lub ową drogą. Śledząc przypuszczalny bieg prątków, które' przedostały się drogą przewodu pokarmowego, możnaby wnioskować, że ta droga częściej i łatwiej prowadzi do rozrzucenia jadu gruźliczegopo ustroju, bo z przewodu pokarmowego możliwe jest przedostanie się do krwiobiegu, tak za pośrednictwem naczyń chłonnych *(ductus thoracicus)*, jak i naczyń żylnych. Przypuszczenie takie odpowiadałoby przytoczonemu wyżej spostrzeżeniu Bollingera. Przypuszczeniu takiemu nie sprzeciwiałby się też fakt tak częstego zajęcia gruczołów oskrzelowych, gdyż możnaby przypuścić przypadki, w których osobnik, już poprzednio zakażony drogą narządu oddechowego i z zajętemi wskutek tego gruczołami oskrzelowymi, znaleźć się może tem łatwiej w warunkach, prowadzących do zakażenia z przewodu pokarmowego, a gdy to nastąpiło, przychodzi do gruźlicy ogólnej. Sigg i Hanau badali cały szereg przypadków gruźlicy prosówkowej, śledząc głównie za miejscem, którem jad przedostał się do krwiobiegu i na podstawie swych badań twierdzą, że w 65—80% przypadków miejsce to da się wykazać; kto wie, czy w pozostałych 20—35% uogólnienie gruźlicy nie odbywa się drogą przez przewód pokarmowy?

Chcąc wyczerpać wszystkie, że się tak wyrażę, mechanizmy przedostawania się prątka gruźliczego, należy mi jeszcze wspomnieć o migdałkach, które, zdaniem wielu badaczy, też mogą być drogą dla wtargnięcia laseczników Kocha.

Powyższy rzut oka na sposoby i drogi, któremi gruźlica się szerzy, objaśnia nas dostatecznie, jak bardzo ta choroba zagraża ustrojowi dziecięcemu, jak dogodne dla siebie znajduje okoliczności i warunki; z drugiej strony tłómaczy nam, dlaczego tak znaczna część dzieci gruźlicę nabywa. Aby jednak nie wpaść w przesadę, należy nam i o tem pamiętać, że ustrój posiada środki obrony przeciw zakażeniu, a gdyby nawet ono nastąpiło, umie znaleźć środki do wydzielenia jadu, do odgraniczenia go i uczynienia nieszkodliwym. Musimy się liczyć z tym faktem, że znaczna część dzieci nabywa gruźlicę, ale ją i przebywa, nie ulegając jej wcale, jak o tem świadczą między innemi n. p. ogniska gruźlicze u osobników, zmarłych w późnym wieku, przypadkowo przy sekcyi odkrywane.

V. Samozatrucie, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych.

(Zarys krytyczny)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski.

Z wielu przyczyn, wywołujących stany chorobowe ustroju, samo zatrucie produktami własnej wymiany materyi odgrywa niewątpliwie nieposlednią rolę. Na doniosłe znaczenie tego czynnika przyczynowego zwrócił przed 20 laty szczególną uwagę Ch. Bouchard, któremu zupełnie słusznie przyznane jest ojcowstwo całej nauki o samozatruciu ustroju. Niestety, niedokładność i niedostateczność naszej wiedzy w dziedzinie chemii fizylologicznej z jednej strony i ogromna zawiłość zjawisk i procesów, odbywających się w ustroju z drugiej, nie dały możności ani Ch. Bouchardowi, ani następnym pracownikom wyodrębnić w czystej postaci tych istot trujących, przez co jesteśmy do tej pory pozbawieni niezaprzeczalnych dowodów istnienia w mowie będącego czynnika i ocenienia jego doniosłości w patologii. Wobec narazie zupełnie bezowocnych poszukiwań w tym kierunku zaproponował Bouchard, jak wiadomo, nową miarę, mającą wskazywać na obecność w ustroju istot trujących, mianowicie, stopień jadowitości moczu. Lecz i ta na pierwszy rzut oka wiele obiecująca teorya o t. zw. współczynniku urotoksycznym nie wytrzymała krytyki nowoczesnej. Okazało się bowiem, że współczynnik urotoksyczny przedstawia i w stanie prawidłowym ustroju bardzo znaczne wahania i jest w zależności od wielu nieraz nieuchwytnych warunków. Z drugiej zaś strony Bouchard zupełnie nie ocenił tak ważnego czynnika, jakim jest naruszenie w jego doświadczeniach prawidłowego ciśnienia osmotycznego krwi. Wobec wyników nowszych badań poglądy Boucharda muszą zupełnie ustąpić, jako wytwór wyobraźni. — Taki sam los spotkał i metodę Albu, który zalecał w tymże celu, co i Bouchard, badanie stopnia jadowitości surowicy krwi. Zostają więc tylko dowody poboczne, ktore dziś są

nader liczne i posiadają taką wagę, że już teraz jesteśmy w stanie wyodrębnić niektóre postacie patologiczne i stwierdzić ich w związek z samozatruciem ustroju.

II.

Czysty wzór samozatrucia ustroju przedstawia mocznica. Już oddawna tłómaczono jej powstanie zatruciem ustroju wytworami wymiany materyi, zatrzymanymi w nim w skutek niedomogi czynnościowej nerek. Różnica zdań zachodziła tylko w oznaczeniu, któremu z tych wytworów przypisać należy powstanie mocznicy. Dawniejsze twierdzenia, jakoby mocznica miała być zatruciem ustroju mocznikiem, kreatyną i innemi istotami wyciągowemi, a także amoniakiem, chybiły celu. Również nie sprawdziła się i teorya Boucharda, który utrzymywał, że mocznicę wywołuje samozatrucie ustroju zatrzymanemi w nim urotoksynami. W ostatnich czasach wybitne zajęła miejsce teorya, podług której mocznica przedstawia samozatrucie ustroju solami potasowemi. Ten pogląd został wypowiedziany jeszcze w roku 1868 przez Voita, lecz dopiero niedawno znalazł gorących zwolenników w Feltzu, Ritterze, Astaszewskim, Stadthagenie i prof. wszechnicy lwowskiej Becku. Autorowie ci wyjaśnili przedewszystkiem, że przy zatrzymaniu moczu, w ustroju rzeczywiście nagromadzają się sole potasowe w ilości, wystarczającej dla trującego działania i złożyli niezaprzeczalne dowody całkowitej tożsamości objawów przy wstrzykiwaniu do ustroju moczu i odpowiedniej mocy rozczynów nieorganicznych jego składników (Beck). Niestety kliniczne poszukiwania, przedsięwzięte w celu sprawdzenia tej teoryi, nie dały dotychczas dodatnich wyników. W samej rzeczy, Horbaczewski i Bohne nie mogli przekonać się o gromadzeniu soli potasowych we krwi osób chorych na mocznicę, a Snyers i Limbeca — w doświadczalnej mocznicy; Bruner zaś znalazł zawartość ich w 4 przypadkach mocznicy — nawet obniżoną. Muszę jednak zaznaczyć, że przytoczeni autorowie określali ilość soli potasowych tylko we krwi; tymczasem są fakta w piśmiennictwie, wskazujące na możność osadzania się ich w mocznicy w narządach wewnętrznych, jak to dowiódł dla chlorku Bohne. Oddawna przecież wiadomo, że krew stara się z zadziwiającą uporczywością zachować swój skład prawidłowy i pozbywa się w ten lub inny sposób obcych i zbywających substancyj.

Mniej uzasadnioną jest teorya, według której mocznica przedstawia samozatrucie ustroju kwasami. Ten pogląd został wygłoszony, jak wiadomo, przez v. Jakscha, na podstawie stwierdzonego przezeń w mocznicy obniżenia zasadowości krwi. Zwolennikami zapatrywań Jakscha są: Hahn, Massen, Nencki i Pawłow, którzy, wychodząc ze swoich dobrze znanych doświadczeń z rękoczynem Ecka, wypowiedzieli zdanie, że mocznica polega na zatruciu ustroju kwasem karbaminowym. Twierdzenia v. Jakscha nie mogą jednak w obecnej chwili być przyjęte, ponieważ jego metoda określania zasadowości krwi jest zupełnie nieścisłą. Z następnych autorów tylko Brandenburg, posługując się dokładną metodą Löwy-Zuntza, znalazł w mocznicy obniżenie zasadowości krwi. Do tegoż wniosku przyszedł uboczną drogą i Bruner, który wykazał zmniejszoną zawartość we krwi chorych na mocznicę węglanu i dwuwęglanu sodowego. Wszystkie te twierdzenia tracą jednak wiele na swej wartości wobec badań Winterberga, który przekonał się, że w mocznicy klinicznej osób chorych i w doświadczalnej u psów — zawartość amoniaku we krwi nie przewyższa ilości prawidłowej, czego należałoby oczekiwać na podstawie prac Waltera, Coranda, Hallervordena, Biernackiego i prof. v. Limbecka, jeśliby mocznica rzeczywiście przedstawiała zatrucie ustroju kwasami.

Ta bezowocność poszukiwań istot trujących w mocznicy zmusiła badaczów szukać przyczyny w fizycznych warunkach, mianowicie w naruszeniu ciśnienia osmotycznego krwi [1]). I rzeczywiście, zmieniając dowolnie jego stopień przez wprowadzenie do krwi zwierząt rozczynu soli kuchennej w większem lub mniejszem zagęszczeniu drobinowem, w porównaniu z krwią, tj. rozczynów hiper- i hipoizotonicznych, wielu z autorów (Hymans vom der Bergh, Posner und Vertum i inni) spostrzegało ten sam obraz kliniczny, co i Bouchard podczas swych doświadczeń z wstrzykiwaniami do krwi moczu; to wprowadzenie do krwi równoznacznych rozczynów soli lub moczu, nawet w znacznej ilości, znosiły zwierzęta bez jakichkolwiek następstw szkodliwych. Na zasadzie tych właśnie doświadczeń powstała myśl o wystąpieniu mocznicy w skutek podniesienia prawidłowego zagęszczenia drobinowego krwi z zatrzymanych w ustroju soli. Wielu autorów (v. Koranyi, H. Senator, M. Senator, Lindemann, Vaquez et Bousquet etc.) w istocie przekonało się, że w mocznicy ciśnienie osmotyczne, zależne od zagęszczenia drobinowego, jest zwiększone. Niektórzy autorowie badając przyczynę mocznicy (Lindemann) odrzucają zupełnie wpływ istot trujących, sprowadzając jej powstanie do naruszenia ciśnienia osmotycznego, mianowicie, do jego wzrostu. Ten pogląd jednak, według mego zdania, jest zbyt skrajny, nie bierze bowiem pod uwagę tych faktów, które stwierdzono w ostatnim czasie, mianowicie odnoszących się do działania nieorganicznych soli moczu (Beck), a oprócz tego, nie można na jego podstawie objaśnić tych przypadków mocznicy, gdzie podniesienie zagęszczenia drobinowego krwi nie ma miejsca, (Korányi, M. Senator), a także nieraz stwierdzone spostrzeżenie, że zwiększenie ciśnienia osmotycznego niezawsze sprowadza mocznicę (v. Korányi, M. Senator, Kövezi i Róth etc.). Przypadki te przeciwnie przemawiają, zdawałoby się, za tem, że mocznicę wywołuje nie podniesienie ciśnienia osmotycznego krwi, a więc nie nagromadzenie w niej soli, lecz owszem prędzej zmuszeni jesteśmy do sprowadzenia jej do działania jakiegoś jadu przyrody białkowatej, ponieważ substancye białkowate, jak wykazali Bougarszky i Tangl, nie mają wpływu na zagęszczenie drobinowe krwi. Do tego właśnie poglądu przyłącza się w jednej z ostatnich swoich prac prof. v. Korányi, któremu należy się zaszczyt wprowadzenia do medycyny nauki o zagęszczeniu drobinowem krwi i osmotycznem jej ciśnieniu.

Widzimy więc, że w obecnej chwili nie mamy jeszcze dostatecznych podstaw, ażebyśmy mogli sprowadzić mocznicę do samozatrucia ustroju jakąkolwiekbądź jedną substancyą trującą. Z tem przypuszczeniem nie zgadza się kliniczny

[1]) Szczegółowy rozbiór tej teoryi, również jak i wyżej wymienionych, znajdzie czytelnik w niedawno ogłoszonej przezemnie pracy: Mocznica w świetle badań współczesnych, (*Gazeta lekarska, 1900*) gdzie omawiam historyczny rozwój nauki o jej powstaniu.

obraz mocznicy, który uderza swoją różnorodnością. Pomimo woli nasuwa się myśl, że ją mogą wywoływać różne przyczyny na podobieństwo tego, jak naprzykład moczówka cukrowa rozwija się nie tylko przy nakłóciu Cl. Bernarda.

III.

Nie mniej wybitną rolę w zabezpieczeniu ustroju od samozatrucia odgrywa wątroba. Naruszenie czynności takiego narzadu nie może nie pociągać za sobą zmian w ogólnym stanie ustroju. Rzeczywiście, już oddawna klinicystom był znany fakt, że chorzy na wątrobę giną nieraz wśród objawów toksycznych (*cholaemia*, *acholia*). Powstanie ich przypisywano, jak wiadomo, samozatruciu ustroju pierwiastkami składowymi żółci, mianowicie solami żółciowemi, co dało powód do nazwania tego obrazu klinicznego „*cholaemia*". Wkrótce okazało się jednak, że doświadczalne zatrucie zwierząt solami żółciowemi różni się od obrazu „*cholaemiae*," który przebiega niejednakowo. Kliniczne spostrzeżenia wskazują także, że „*cholaemia*" przyłącza się i do takich cierpień wątroby, w których wchłanianie żółci do krwi niema miejsca, np. w zanikowej lub przerostowej postaci marskości wątroby bez żółtaczki (Markl etc.). Wszystkie te fakta zmuszają do odrzucenia poglądu, że „*cholaemia*" wywołuje samozatrucie ustroju żółcią i solami żółciowemi w szczególności. Co prawda, w ostatnich czasach, bo w r. 1898, Biedl i Kraus znowu wystąpili w obronie tego poglądu: autorom tym udało się wywołać u różnych zwierząt obraz, identyczny z „*cholaemia*" przez wprowadzenie pod twardą oponę mózgu b. małych ilości nader słabych rozczynów soli żółciowych. Do takiegoż wyniku jednocześnie doszedł i Bickel, który używał w tymże celu żółci i taurocholanu sodowego *in substantia*. W każdym razie jednak fakta przytoczone zniewalały gdzieindziej szukać wyjaśnienia toksycznych objawów zatrucia żółcią *(cholaemia)*. Nowy kierunek w poglądach na powstanie tego zatrucia był nadany dzięki doświadczeniom, które miały na celu wyświetlenie sprawy tworzeniu się w ustroju mocznika. Wśród tych doświadczeń spostrzeżono, że wykluczenie wątroby z ogólnego krwiobiegu zapomocą rękoczynu Ecka (Hahn, Massen, prof. Nencki i prof. Pawłow), lub wycięcia znacznych jej kawałków (Meister etc.), lub nakoniec przez zastrzykiwanie do przetoki żółciowej kwasów rozcieńczonych (Pick, Denys i Stubbe) sprowadza śmierć zwierzęcia wśród objawów toksycznych, pomimo że żółć nie wchłania się do krwi. Nie sole więc żółciowe, a przynajmniej nie same tylko one są przyczyną zatrucia, lecz najprawdopodobniej te wytwory, które zatrzymują się w zwykłych warunkach w wątrobie i podlegając tu zmianom, tracą swe własności jadowite. Wszytkie te dane wyświetliły nam obraz zatrucia, który spotykamy nieraz u końca życia chorych na wątrobę. Oczywiście i tu mamy do czynienia z zatruciem ustroju przez istoty szkodliwe, rozwijające się w kiszkach i w różnych innych częściach ustroju, a nawet w samej wątrobie: wskutek niedostatecznej działalności lub bezczynności patologicznie zmienionej wątroby wytwory te gromadzą się we krwi i powodują zatrucie. Zatrucie to może powstawać i przebiegać bardzo szybko, jak to stwierdzamy w ostrym żółtym zaniku wątroby. Z punktu więc widzenia tego poglądu słuszniejby było nazywać cały omawiany obraz kliniczny nie „*cholaemia*" i nie „*acholia*," lecz według Quinckego „*hepatargia*" (ἀργία bezczynność) lub zatruciem pochodzenia wątrobowego *(hepatische Intoxication)*.

IV.

Oprócz wątroby i nerek mamy w ustroju jeszcze gruczoły, których zaburzeniom czynnościowym przypisują również wybitną rolę w powstaniu samozatrucia. Do tych należą narządy z t. zw. „*sécrétion interne*" Brown-Séquarda. Najważniejszymi z nich są: gruczoł tarczykowy i nadnercza.

Na zasadzie rozmaitych wskazówek, nabytych drogą doświadczeń, twierdzić możemy, że jedną z czynności tych narządów jest zobojętnienie trujących wytworów przemiany materyi. Naruszenie tej czynności wywołuje stan patologiczny ustroju, który dla gruczołu tarczykowego wyraża się dwiema postaciami: obrzękiem śluzakowym i chorobą Basedowa, a dla nadnerczy — chorobą Addisona.

Co się tyczy obrzęku śluzakowego, to chociaż już w pierwszych opisach tej choroby stwierdzono znaczne zwyrodnienie i zanik gruczołu tarczykowego, okoliczność ta zwróciła na siebie uwagę dopiero, gdy Reverdin i Kocher wskazali na fakt, że po całkowitem wycięciu gruczołu tarczykowego u człowieka powstał stan kretynizmu, identyczny z obrzękiem śluzakowym. Spostrzeżenie to naprowadziło na myśl o związku między omawianym stanem patologicznym i brakiem gruczołu tarczykowego. Idąc za tą myślą, Bircher w r. 1889 istotnie otrzymał znaczne polepszenie u chorego na obrzęk śluzakowy po wszczepieniu mu gruczołu tarczykowego. Wkrótce został ogłoszony cały szereg podobnych spostrzeżeń; do nich przyłączyły się spostrzeżenia skutecznego leczenia obrzęku śluzakowego przetworami z gruczołu tarczykowego. W obecnej więc chwili nikt już nie wątpi, że obrzęk śluzakowy przedstawia samozatrucie ustroju wytworami przemiany materyi, które w warunkach prawidłowych zobojętniają się dzięki gruczołowi tarczykowemu. Niestety, dotychczas nie udało się rozstrzygnąć, jakiego rodzaju są te wytwory. Cyon, Blumreich i Jacoby są zdania, że są to substancye, zawierające jod, które gruczoł tarczykowy w zwykłych warunkach przetwarza w względnie nieszkodliwą jodotyrynę; według zaś Notkina trujące te istoty są przyrody nie białkowatej, zwykle zobojętniane przez tyreoantytoksynę, wydzielaną przez gruczoł tarczykowy, oraz trująca substancya białkowata tyreoproteida. Przy zastrzykiwaniu tej ostatniej u psów otrzymał Notkin nawet zmiany w tkance podskórnej, właściwe obrzękowi śluzakowemu.

Gdy związek między obrzękiem śluzakowym i gruczołem tarczykowym został stwierdzony, zwrócili uwagę klinicyści na stan chorobowy, wręcz mu przeciwny, jak to wykazał jeszcze Virchow, mianowicie na chorobę Basedowa. Wychodząc z tej zasady Möbius (w r. 1887) wystąpił, jako gorący zwolennik teoryi dowstawania choroby Basedowa na tle patologicznej czynności gruczołu tarczykowego, która, według najnowszych poglądów, polega na nadmiernej wytwórczości wydzieliny, odpowiednio rozrostowi *(hyperplasia)* gruczołu, oraz na zmianach jakościowych tej wydzieliny (Eulenburg), co staje się powodem, że ona nie jest już w stanie zobojętniać trujących wytworów przemiany materyi. W istocie spostrzeżenia wykazują ogromne podobieństwo, nawet pod względem przemiany materyi (Ma-

gnus-Levy), choroby Basedowa z objawami przeładowania ustroju wytworami gruczołu tarczykowego; okoliczność tę podkreśla w ostatnim czasie Notthafft, który ogłosił w r. 1898 przypadek choroby Basedowa na tle podobnego przeładowania. Znaczne pogorszenie choroby Basedowa przy leczeniu jej przetworami gruczołu tarczykowego (Ewald, Goldscheider, Leichtenstern, Mackenzie, Bruns, Eulenburg etc), dobre wyniki operacyjnego jej leczenia (cząsteczkowe wycięcie gruczołu tarczykowego, podwiązanie jego naczyń krwionośnych, *exothyreopexia* etc. (Mikulicz, Sorgo, Wolff, Möbius etc.), i nakoniec skuteczne leczenie tej choroby krwią zwierząt, pozbawionych drogą operacyjną gruczołu tarczykowego, lub krwią chorych, dotkniętych obrzękiem śluzakowym (Burghardt), wszystkie te okoliczności tem więcej przemawiają za tarczykową teoryą choroby Basedowa. Lecz przy obecnym stanie naszej wiedzy nie mamy jeszcze prawa, mojem zdaniem, zastósowywać tę teoryę do wszystkich przypadków choroby Basedowa bez wyjątku. W samej rzeczy, jeśli w większości przypadków leczenie jej przetworami gruczołu tarczykowego spowodowywało pogorszenie, to w piśmiennictwie spotykamy i odwrotne spostrzeżenia, mianowicie polepszenie (Voisin i Heinsheimer, Silex i Grünfeld, Morin, Bogroff, Lichwitz i Sabrazès etc.). Z innej znowu strony leczenie jej drogą operacyjną prowadzi prawie we wszystkich przypadkach tylko do podmiotowego polepszenia choroby; przedmiotowe zaś jej objawy (wysadzenie gałek ocznych, przyspieszenie tętna, wól etc.), nie ustają i po operacyi. Nakoniec nie trzeba zapominać, że choroba Basedowa i sama przez się daje nie zawsze niepomyślne rokowanie, owszem nieraz stan chorych polepsza się znacznie i bez żadnego leczenia, tylko dzięki zachowaniu pewnych przepisów higienicznych, a czasami tylko dzięki psychicznym wpływom. Jeśli do tego dodam, że ona nieraz powstaje szybko, wraz za wstrząśnieniem moralnem, to trudno się nie zgodzić na to, że w jej patogenezie wybitną musi odgrywać rolę ośrodkowy układ nerwowy, znaczenie którego zbyt pospiesznie, mojem zdaniem, odrzucają zwolennicy jej pochodzenia drogą samozatrucia. (Mobius, Notthafft i inni).

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wyciągi.

Doc. dr. Gottschalk: **Leczenie nawałów okresu przejściowego gorącemi kąpielami.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23 1900). Do najprzykrzejszych objawów okresu przejściowego należą bezsprzecznie nawały, uczucie gorąca i obfite, zwłaszcza nocne, poty, które przedewszystkiem kobietom po sztucznie przedwcześnie sprowadzonym okresie przejściowym największe sprawiają dolegliwości. Tabletki ooforyny, w tych przypadkach zalecane, przeważnie żadnej ulgi chorym nie przynoszą, a w dodatku narażają je na znaczny wydatek. W tych przypadkach stosuje autor od roku 1897 gorące (32—33° R.), pełne kąpiele, 20 minut trwające, co noc po 11 godzinie stosowane, do wody dodaje 5 funtów soli Strassfurtskiej; 26—28 takich kąpieli wystarczało w każdym przypadku do usunięcia powyższych przykrych objawów. Na dowód przytacza autor dla przykładu historye choroby dwóch kobiet, które po wyłuszczeniu macicy z powodu mięśniaków cierpiały na te dolegliwości i po czterotygodniowej kuracyi wyleczone zostały,

Ponieważ dotychczas istota owych nawałów wyjaśnioną nie jest, autor jedynie hipotezą działanie owych kąpieli wytłómaczyć usiłuje. A że w szczegóły hipotezy, szeroko przez autora rozwiniętej, ciasne ramy wyciągu wchodzić nie pozwalają, zaznaczę w krótkości, że autor uważa owe nawały, uczucie gorąca, jako następstwo zaburzenia w układzie naczynioruchowym, które przez sztuczne usunięcie krwawienia miesiączkowego powstaje, i że nawały owe są prawdopodobnie wyrazem zmian w parciu krwi w naczyniach skórnych i w jamie otrzewnowej, na których przedewszystkiem czynność układu naczynioruchowego się odbija. Gorące kąpiele, rozszerzając naczynia skórne, mają właśnie przeciwdziałać podniesionemu parciu krwi w naczyniach skórnych. *Dr. Ludwik Friedmann.*

Dr. M. Henkel. **Przypadek wyleczonego gruźliczego zapalenia opon mózgowych.** (*Münch. med. Wochft.* 23. 1900). Na podstawie znanych z piśmiennictwa, a pomyślnie zakończonych przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, jak również własnego przypadku, w którym mimo stwierdzenia nakłóciem lędźwiowem prątków gruźliczych w płynie mózgowordzeniowym, mimo zapalenia nerwu wzrokowego i porażeń mm. ocznych, przyszło do wyleczenia, stwierdza H., że nawet najpewniejsze rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowordzeniowych nie upoważnia do bezwzględnie złej prognozy. *Dr. St. B. K.*

Doc. dr. Bettmann. **Szczególna postać przewlekłej żółtaczki.** (*Münch. med. Wochschft.* 23. 1900). Autor opisuje przypadek stałej żółtaczki, bez śladu barwików żółciowych w moczu i odbarwienia kału, jak również bez dających się wybadać zmian w wątrobie; odznaczał się on tylko b. znacznym obrzękiem śledziony. Przypadek ten na pierwszy rzut oka odpowiadał postaci żółtaczki, jaką w ostatnich czasach Hayem opisał pod nazwą *Ictère chron. infect. splénique,* a w której obrzęk śledziony tłómaczy zakażeniem jej drobnoustrojami, które z jelit, drogą wielkich przewodów żółciowych, z nich zaś naczyniami do niej się dostają.

Bliższe badanie wykazało, że w przypadku tym po wszelkich bodźcach fizycznych i psychicznych, w moczu pojawiał się wyraźny ślad białka, oraz znaczna ilość barwików krwi i ciałek czerwonych. Przypadek niejasny, chociaż bowiem taka hemoglobinurya napadowa tłómaczyłaby żółtaczkę i obrzęk śledziony, to jednak możliwe są jakieś wrodzone nieprawidłowości krwi i głębsze zmiany w wątrobie, które dopiero sekcya wykazać potrafi.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Dr. Hans Hock. **Przypadek ciąży zamacicznej wyleczonej przez cięcie brzuszne.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 23. 1900). Autor opisuje przypadek ciąży zamacicznej, który przez cięcie brzuszne wyleczył. Z historyi choroby zasługuje na uwagę ta okoliczność, że chora w drugim miesiącu ciąży przebyła objawy zapalenia otrzewnej, skutkiem których 5 tygodni w łóżku leżała, poczem stosunkowo nie źle się miała, aż w czasie, odpowiadającym mniej więcej końcowi ciąży, objawy zapalenia otrzewnej znowu się powtórzyły, ruchy płodu ustały, poczem po dwóch tygodniach urodziła jakieś ciało krwawe wielkości pięści (prawdopodobnie doczesną). Gdy w ciągu dwóch dalszych miesięcy stan chorej się coraz pogarszał, poddała się operacyi.

Cięcie brzuszne wykazało ciążę trąbkową donoszoną; płód wydobyty, zmacerowany, okazywał cechy płodu donoszonego. Z trudnością tylko udało się schorzałą trąbkę wraz z jajem płodowem ze zrostów z trzewami wyłuszczyć i wyciąć. Podczas ozdrowiania przebyła chora objawy niedrożności jelit, które jednak pod wpływem lewatyw ustąpiły tak, że chora zupełnie wyleczona szpital opuściła. *Dr. Ludwik Friedmann.*

H. Kowarski. **O kąpaniu noworodków.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 24. 1900). Autor zestawia literaturę, tyczącą się sprawy kąpania noworodków i na podstawie doświadczeń, przedsięwziętych na 420 noworodkach, z których jedną połowę kąpał, a drugą nie, zapisując codziennie ciepłotę noworodków, zaburzenia w czasie zasychania pępowiny i czas jej odpadania, zbija wszelkie zarzuty przeciwników kąpieli, mianowicie, że 1) maczanie pępowiny przy kąpieli utrudnia jej mumifikacyę, gdyż doświadczenia jego wykazują, że kąpanie wcale wpływu na czas odpadania pępowiny nie ma; 2) że kąpiel zakażenia pępka ułatwia; zakażenie wprawdzie utrudnione przy zmumifikowanej pępowinie, jednak równie dobrze powierzchnia ziarninowa pępka od zakażenia chroni; jeżeli zaś przyjmiemy, że czas odpadania pępowiny wcale od kąpania zależnym nie jest, odpada zarazem i obawa przed zakażeniem przez kąpanie noworodka; 3) co się tyczy możliwości zakażenia noworodka gonokokami w kąpieli, to wszyscy autorowie zgadzają się na kąpiel pierwszą; nieudowodnioną jest rzeczą, czy gonokoki na skórze noworodka po kąpieli pierwszej w żywotnym stanie się utrzymują, tak samo możliwe, jeżeli nie łatwiejsze chyba zakażenie noworodka gonokokami przy wycieraniu mokrą gąbką; do zakażenia bowiem spojówki gonokokami prawdopodobnie tylko jej zwilżanie wodą, zawierającą te drobnoustroje, nie wystarczy, ale muszą one być wtarte, o co łatwiej przy wycieraniu tylko mokrą gąbką noworodka. Co się tyczy zależności wzrostu ciężaru od kąpania, autor doświadczeń nie robił.

Uwzględniając powyżej przytoczone argumenta, doświadczeniem poparte, autor poleca kąpanie noworodka w czasie zasychania pępowiny.
Dr. Ludwik Friedmann.

Dr. F. Friedmann. **Przyczynek do symptomatologii miażdżycy. Szczególny objaw przy osłuchiwaniu aorty zstępującej.** *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25). Autor podnosi cały szereg objawów, spotykanych w miażdżycy, a zależnych od schorzenia naczyń odżywczych pojedyńczych narządów i wywołanej przez to w nich niedokrewności. Następnie zwraca uwagę na spostrzegany stale przez siebie szczegół rozpoznawczy, że przy osłuchiwaniu aorty wzdłuż jej przebiegu z tyłu klatki piersiowej w lewej połowie przestrzeni międzyłopatkowej, jasność i wybitność obu tonów aorty, a przedewszystkiem zaakcentowanie drugiego, wzmaga się w miarę, jak osłuchujemy coraz niżej wzdłuż przebiegu aorty zstępującej, dochodząc *maximum* na wysokości kąta dolnego łopatki. Przeciwnie, u osobników niedotkniętych miażdżycą, najgłośniejsze tony nad aortą zstępującą spotyka się na wysokości jej początku, a więc w górze klatki piersiowej, w miarę zaś obniżania się ku dołowi tony cichną.
L. W.

Docent dr. Sternberg. **Uwagi nad klatką piersiową u robotników, zajętych wygniataniem przedmiotów z blachy.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 25). Wiele rzemiosł wywołuje u ludzi z biegiem lat cechujące zniekształtnienia szkieletu. Dość wspomnieć o klatce piersiowej u szewców (t. z. *Schusterbrust).* Podobnie robotnik zajęty wygniataniem przedmiotów z blachy *(Metalldrucker)* nabywa z czasem zniekształtnienia klatki piersiowej, zależnie od stale zachowywanej przy pracy skrzywionej postawy. Jego klatka ugnieciona i spłaszczona od przodu w dole po stronie prawej (ucisk rylca), a wypuklona po stronie prawej z tyłu (silniejszy rozwój m. szerokiego grzbietu prawego) przypomina klatkę piersiową z wypociną w prawym worku opłucnowym w okresie wytwarzania się zrostów. *L. W.*

J. Strzelbicki (Tuła). **O znaczeniu rozpoznawczem „plam Koplika" przy odrze, oraz kilka słów o języku „odrowym".** *Gazeta Lekarska* Nr. 8). Z przytoczonych przez autora rozpraw wynika, że właściwie Filatow był pierwszym, który na objaw ten zwrócił uwagę lekarzy. W ostatniej epidemii w Tule spostrzegał autor między 100 przypadkami odry 84 razy wymienione zmiany na błonie śluzowej policzków i warg, a mianowicie na 59 przypadków z niewątpliwą wysypką odrową 40 razy; w 20 przypadkach z wysypką niewyraźną, dopiero się zjawiającą, 18 razy i w wszystkich 21 przypadkach, w których wysypki wcale jeszcze nie było. Plamy Koplika są zatem charakterystyczne, patognomoniczne dla odry i musimy im przypisać doniosłe znaczenie rozpoznawcze, jeżeli nie większe, to już w żadnym razie nie mniejsze, niż wysypce na podniebieniu miękkiem. Na spojówce tych plam nie widział; na błonie śluzowej obu nozdrzy spostrzegał je tylko raz. Natomiast często je widział (48 r. na 84 przyp.) na przedniej części języka i to z tak cechującem, swoistem wejrzeniem, że można śmiało mówić o języku „odrowym"; robią zupełnie takie wrażenie, jakby był posypany otrębami, lub jakby na nim były rozrzucone drobne wzgórki pleśniawki *(soor)* i różni się od języka płoniczego i tem, że występuje wcześniej i wcześniej traci swoje cechy. Częściej od tych plam zauważyć można zmętnienie i całkowite zbielenie błony śluzowej dziąseł przy odrze. *Spira*

Prof. dr. E. Javel. **O „Wioformie", pod względem bakteryologicznym i klinicznym.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 55 Z. 5 i 6.). Wioform, chemicznie jodchloroksychinolin, ma być wedle zapewnień autora, opartych na licznych badaniach bakteryologicznych i nie mniej obfitych doświadczeniach klinicznych, dobrym proszkiem przeciwgnilnym, pod żadnym względem nie ustępującym jodoformowi. A nad tym ostatnim ma tę wyższość, że jest bezwonny i bez porównania mniej trujący. Wstrzykiwany zwierzętom pod skórę, wywołuje ropnie, dzięki swemu dodatniemu chemotaktycznemu działaniu. Ropa, w tych ropniach zawarta, była oczywiście jałową.
Herman.

Doc. dr. Kukula. **O rozległem wycinaniu lelit.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 60. Z. 4). Pomijając liczne szczegóły, zebrane z dokładnie uwzględnionego piśmiennictwa i własnego doświadczenia, ostateczne wnioski autora są następujące: 1) W korzystnych warunkach ustrój ludzki znosi bez widocznej szkody utratę nawet $^2/_3$ części jelita cienkiego. 2) Ani doświadczenia na zwierzętach, ani spostrzeganie na ludziach nie rozstrzygnęły jeszcze, czy ustrój zwierzęcy jednakowo oddziaływa na znaczniejszy ubytek jelita cienkiego lub biodrowego. 3) Koniecznym warunkiem, umożliwiającym dalsze życie osobnika po wycięciu jelita, przenoszącem 2 mtr., jest pierwszorzędne zespojenie odcinków. Tylko w ostateczności ten ostatni akt operacyi odłożyć można na parę dni. 4) O ile dotychczasowe doświadczenie poucza z jelita grubego wycinać można kawałki dowolnej długości. A gdy potrzeba wyciąć równocześnie jelito cienkie i grube, zwrócić musimy naszą uwagę jedynie na to pierwsze. 5) Po rozległych wycięciach występują jako czynniki zastępcze w sprawie odżywiania: a) możliwość szybszego i wydatniejszego chłonienia ze strony pozostałego jelita cienkiego; b) zastępcza czynność jelita grubego; c) odpowiednie żywienie, t. j. częste podawanie dobranych pokarmów. *Herman.*

R. Kossmann. **Nowy przyczynek do wyjaławiania rąk i pola operacyjnego za pośrednictwem „chirolu".** (*Ctrbl. f. Chir.* 1900 Nr. 23). Wielu chirurgów, doszedłszy do przekonania, że żadnym sposobem rąk naszych absolutnie wyjałowić nie możemy, poczęło używać rękawiczek, jak wiadomo z bardzo różnego materyału. Przy ich użyciu jednak nastręczają się różne niedogodności, co daje pochop do nowych wynalazków. Ostatnim w tej dziedzinie jest „chirol", środek dotychczas tajemniczego składu, powstający przez rozpuszczenie pewnych żywic i olejów tłustych w mieszaninie łatwo wrzących alkoholi i eterów. W płynie tym, przejrzystym a żółtawym, macza się ręce, wymyte w sposób dotychczas przestrzegany i po obmyciu dokładnie obsuszone. Chirol po paru minutach zasycha na rękach, tworząc powłokę jednostajną, elastyczną i dość mocną. Ze skóry łatwo powłokę tę zmyć alkoholem. Tym samym środkiem pomazywać można skórę pola operacyjnego. (Autor nie pisze, czy sam chirol, jest absolutnie jałowym. *Przyp. spraw.*).
Herman.

Doc. dr. O. Lanz. **Wytrzebienie czy wycięcie przyjądrza w gruźlicznem zapaleniu przyjądrza.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 55. Z. 5 i 6). Jak się z rozprawki autor domyślać pozwala, jest on zasadniczo zwolennikiem częściowej operacyi, t. j. wycięcia przyjądrza. Zapatrywanie to swoje opiera na jednym własnym przypadku, przez dłuższy czas spostrzeganym. Ponieważ jednak nawet podczas operacyi przez samo tylko obmacywanie nie możemy nabrać całej pewności o stanie jądra, radzi, aby w każdym przypadku, w którym jądro zdaje się być niezajętem, po dokładnej resekcyi przyjądrza, jądro rozciąć podłużnie (cięcie anatomiczne tak, jak to się czyni z nerką) i naocznie stwierdzić, czy niema w niem ognisk gruźliczych. Oczywiście, gdyby się te znalazły, trzeba i jądro wyjąć w całości. *Herman.*

Doc. Dr. Sroczyński. **Przyczynek do operacyjnego leczenia ropni rogówki.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Ponieważ operacya Saemischa z powodu ropnia rogówki ma wiele stron ujemnych, a mianowicie sprzyja rozległym wgłębieniom tęczówki, i nigdy nie można być po niej pewnym przebiegu dla nagle często powstającej jaskry piorunującej, autor podaje swój sposób, którym w 4 przypadkach osiągnął dobre wyniki, a który polega na przecięciu tylko przedniej ściany ogniska ropnego bez otwierania komórki przedniej. Następnie zaś łatwo jest wydobyć ropny czop włóknika delikatnemi szczypczykami. Leczenie następowe trwa 2—3 tygodni, a zabieg ten ma stanowczą wyższość nad niebezpieczną w skutkach keratotomią Saemischa. *Dr. Latkowski.*

* * *

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Frieser (Wiedeń). **Doświadczenia nad wartością leczniczą tussolu.** *(Wiener med. Presse* Nr. 22, 1900). Po treściwem omówieniu istoty krztuśca i używanych dotychczas przeciw niemu środków, zachwala autor tussol i go zaleca tem bardziej, że stosując go w 68 przypadkach otrzymał nadspodziewanie dobre wyniki bez najmniejszych ubocznych działań. Sam tussol przedstawia się jako biały, łatwo w wodzie rozpuszczalny proszek bez nieprzyjemnego smaku; zwykle bywa podawany w wodnym lub alkoholowym roztworze syrupowym (*Syr. Rub. Id., Capillor. Vener.* lub *aurant.)* w ilości tylu decygr. dziennie, ile dziecko ma lat.
Dr. Henryk Pisek.

Salophen do leczenia grypy (influenza) poleca Dr. Pfeiffenberger (*Ärztl. Centr. Ztg.* 1900, Nr. 8). Liczne doświadczenia wykazały, że lek ten obniża gorączkę i koi nerwobóle. Autor uważa salophen za lek swoisty dla grypy. W przypadkach osłabienia po grypie stosuje autor chętnie somatozę, czy to w proszku w pokarmach, czy też jako wino z somatozą. *K.*

Dionina okazała się według Wolfberga nadzwyczaj cennym środkiem w terapii chorób ocznych. Z licznych własnych spostrzeżeń klinicznych i współpracowników autora, poczynionych przy stosowaniu dioniny, dochodzi W. do następujących wniosków: 1) Zalanie gałki ocznej limfą, spowodowane działaniem dioniny, czyni z niej ważny środek pomocniczy w leczeniu wszystkich chorób ro-

gówki, a w szczególności tych, które nie są zawisłe od zmian chorobowych spojówki. 2) Dioninę polecić można jako środek do leczenia przyrannego po wszystkich zabiegach operacyjnych na gałce ocznej i spojówce. 3) Dionina jest środkiem pomocniczym w przebiegu leczenia jaskry. Co się tyczy sposobu stosowania dioniny, to autor w tych przypadkach, gdzie chodzi o działanie szybkie i energiczne, stosuje dioninę w postaci proszku, zapomocą szpatułki rogowej. Do leczenia schorzeń rogówki używa 25% pręcików dioninowo-kakaowych. Ponieważ jednak w niektórych przypadkach następuje szybko przyzwyczajenie się do tego środka, a obrzmienie spojówki gałkowej i powiek, spowodowane dioniną, może być zaledwo spostrzegalne, przeto należy w tych przypadkach co godzinę lub co dwie zakładać pręciki dioninowo-kakaowe. Do leczenia domowego stosuje rozczyny dioniny; mają one jednak tę nied godność, iż dionina wydziela się na rurce do wkraplania i na szyjce flaszki; niedogodność tę możemy jednak usunąć przez wstawienie flaszeczki do ciepłej wody. Autor zrobił spostrzeżenie, iż roczyn 5% dioniny, zmięszany z 2% roczyn. pilokarpiny, utrzymuje się trwale i bez wydzielania dioniny. (*Wochenschrft f. Therapie u. Hygiene des Auges Jahrg. III.* Nr. 1, 3, 4). *I. L.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie z dnia 5 czerwca 1900 r.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 16.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto

Kol Bylicki czyni wniosek aby ze względu na zbyt szczupłe grono słuchaczy, a zajmujący odczyt kol. Sołowija, posiedzenie odłożyć.

Dr. Krzyszkowski,
sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 16 maja 1900 r.

Przewodniczy z początku kol. prof. Jordan, później kol. prof. Wachholz.

1) Przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Wybrano delegatem Tow. lekarskiego krakowskiego na uroczystość 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego kol. Augusta Kwaśnickiego.

3) P. Dyrektor Wdowiszewski wygłosił obszerny wykład: »O usuwaniu nieczystości miejskich«.

W wykładzie tym skreślił p Prelegent rozwój urządzeń krakowskich, służących do usuwania nieczystości z miasta, przedstawiając dokładnie warunki, wśród których przekształcał się jeden system w drugi.

Obecny system dołów kloacznych, opróżnianych zapomocą pneumatycznych maszyn Talarda, który wyrugował system beczkowy, był w czasie jego zaprowadzenia jedynym, o jakim można było myśleć, choćby z powodu braku wodociągów i niedostatecznej kanalizacyi miasta. System ten wymaga dzisiaj znacznie większych kosztów utrzymania, wielkich wkładów do wybudowania i urządzenia nowego zakładu Talardowskiego, gdyż miejsce i obecne jego zabudowania są więcej niż nieodpowiednie. Wyszukanie odpowiedniego miejsca pod taki zakład jest nadzwyczajnie trudnem. Stąd też budownictwo miejskie przedstawiło Radzie miejskiej odpowiednie wnioski, zdążające do zamiany obecnego systemu na system spławny. Warunki do tej zmiany dojrzały prawie zupełnie, gdyż 1) kanalizacya miasta jest prawie na ukończeniu; na 53.275 klm. długości ulic przeprowadzono $43\frac{1}{2}$ klm długości kanałów w mieście i śródmieściu, brakuje zatem zaledwo 9 klm. 420 cm. długości kanałów.

2) Kanały są dostateczne do połączenia ich z kloakami, budownictwo bowiem miejskie miało przy ich budowie zawsze na oku ewentualną zamianę obecnego systemu na system spławny.

3) Wodociągi będą wnet ukończone, więc będzie możliwe spłókiwanie kloak.

Pozostaje tylko 1) połączenie dołów kloacznych z kanałami; 2) doprowadzenie wodociągów do kloak, celem spłókiwania ich i wreszcie 3) wybudowanie zbiornika, łączącego ujście obecnych kanałów i wpuszczenie go do Wisły jak najdalej poniżej miasta.

Obecni podziękowali p. Prelegentowi za odczyt rzęsistymi oklaskami.

W dyskusyi zabierają głos:

1) Kol. prof. Bujwid podnosi, że wobec zamierzonego zaprowadzenia systemu spławnego, należałoby pomyśleć o uniknięciu zanieczyszczenia wody w Wiśle. Dwie drogi prowadzą do tego celu: 1) system irygacyjny pól i 2) basen osadowy. Jeżeliby się pól irygacyjnych nie udało znaleźć, toby polecił gorąco budownictwu miejskiemu sprawę wybudowania basenu osadowego. Jest to rzecz bardzo ważna dla mieszkańców wiosek, położonych nad Wisłą; woda oczyszcza te osady (przynajmniej) pod względem bakteryologicznym dość powoli, badanie w tym kierunku wiślanej wody w Warszawie wykazały, że ilość bakteryj przed kanałami, obliczona na 500 wzrosła poniżej wylotu kanałów do 6.000 tak, że jeszcze w Płocku wynosiła 1.900.

Jeżeli się więc weźmie pod uwagę n. p. epidemie cholery w Krakowie, to tą drogą Wisły może się szerzyć po wsiach, położonych nad Wisłą.

Oczyszczanie więc wody kanałowej przed wpuszczeniem jej do Wisły jest zdaniem mowcy koniecznem.

Kol. Bier omawia 3 sposoby, zapomocą których higieniści obliczają, czy wodę kanałową jakiegoś miasta można wpuścić do danej rzeki, czy nie; przedstawia wykonane na podstawie tych sposobów obliczenie ewentualnego stosunku wody kanałowej, spłokującej kloaki miasta Krakowa do wody w Wiśle; dochodzi do wniosku, że wodę kanałową Krakowa będzie można z zupełnym spokojem wpuścić do Wisły; inna rzecz z bakteryami chorób zakaźnych, które woda kanałowa zbierać może. By i temu zaradzić, należy zbudować koniecznie osadniki do oczyszczania wody kanałowej przed wpuszczeniem jej do Wisły; proponuje w tym celu sposób biologiczny. Sposób irygacyjny zdaniem mowcy zarzucają obecnie.

Kol. prof. Nowak zaznacza, że natura sama posiada sposoby oczyszczania wody; czynnikiem, którym się ona posługuje, są bakterye wodne, które rozkładają związki organiczne.

Wiadomą n. p. jest rzeczą, że $\frac{1}{8}$ połączeń azotowych przy wylocie kanałów jest już zamieniona na azotany, reszta ulega podobnej przemianie w rzece. Następnie podaje wyniki badań nad oczyszczaniem się wody w Sekwanie pod Paryżem, zaznaczając, że ta po przebiegu 60 klm. jest prawie zupełnie czysta.

Co do bakteryj chorób zakaźnych, to tu jedynie prątki cholerycznych wchodziłyby w rachubę, bo co do innych, to niema dziś żadnych pewnych wiadomości.

Na tem zakończono obrady. *Dr. Stanisław Droba*,
sekretarz.

IX. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

II.

Od dawien dawna Monachium posiadało wodociągi; były one częściowo własnością królewską, częściowo miejską, częściowo wreszcie przedsiębiorstw prywatnych, a zaopatrywały miasto w wodę już to gruntową, już to wodę z Izary przesączaną (filtrowaną) lub nie przesączaną, zależnie od tego, do jakiego użytku miała służyć. W roku 1854, kiedy cholera poraz wtóry się tu pojawiła, posiadało miasto 11 zakładów wodociągowych, pobierających wodę w różnych punktach i w rozmaity sposób, a prócz tego całą masę zwykłych studzien. Wobec szybkiego wzrostu ludności (w roku 1870 było około 170,000 mieszkańców) przekonano się, że ilość wody w dotychczasowy sposób pobierana jest nie wystarczająca, a przytem zwrócono uwagę i na to, że po większej części i pod względem jakości nie odpowiada ona wymaganym warunkom. Zaczęto się więc rozpatrywać za sposobem zaradzenia złemu i po paroletniem zastanawianiu się nad rozmaitymi projektami i po licznych próbach zgodzono się na plan sprowadzenia wody źródlanej z poblizkich gór, a rozpocząwszy pracę w roku 1881, ukończono ją w roku 1883 i wodociągi do użytku publicznego oddano, wydawszy na ten cel 6,000.000 marek.

Jeśli stosunki geologiczne gruntu wyjątkowo korzystnymi się okazały dla kanalizacyi, to położenie geograficzne miasta niesłychanie ułatwiło budowę wodociągów i obniżyło koszta tej budowy i pobierania wody, która własnym ciężarem spływa do zbiornika, a z tego do miasta pod takiem ciśnieniem, że z łatwością na najwyższe piętra domów dostać się może, dno bowiem zbiornika znajduje się 66 metrów ponad posadzką kościoła „Frauenkirche", będącego jedną z najwyżej położonych budowli miasta.

Miejscowość Mangfallthal, gdzie się znajdują źródła spożytkowane, leży 40 km. na południowy wschód od Monachium. W pobliżu źródeł wykupiono grunta, o ile to się okazało potrzebne, uregulowano bieg strumieni, chroniąc ich brzegi równocześnie od wtargnięcia wody śniegowej i innych niepożądanych zanieczyszczeń. Kanał główny, doprowadzający wodę do zbiornika, mierzy w największym swym przekroju 1·5 metra na wysokość, 1 metr na szerokość i jest zbudowany częściowo z cegły, spajanej cementem, częściowo z lanego żelaza.

Zbiornik znajduje się w odległości 10 km. od środka miasta, obejmuje przy poziomie wody 3 metrów 37,000 metrów sześciennych i składa się z dwu komór; podstawa każdej z nich ma 82 metrów kwadratowych. Zbudowany jest w ten sposób, że 2·5 metra wystaje ponad ziemię, a dla uniknięcia wpływów temperatury osłonięto go 1·5 metra grubą warstwą ziemi, z boków i z góry.

W razie potrzeby można wykluczyć obie komory naraz, nie przerywając dopływu wody do miasta; kanał bowiem główny ma równocześnie bezpośrednie połączenie z rurami miejskiemi *(Umgangsleitung).*

Rury miejskie założone są systemem cyrkulacyjnym; cztery główne pnie tych rur krzyżują w czterech punktach Izarę i jej dopływy, zaopatrując w wodę część miasta, po lewej stronie Izary leżącą, a połączone są w ten sposób, że każdy z nich pojedynczo na wypadek potrzeby można wykluczyć.

Wodociągi, po ich powiększeniu, które okazało się w krótkim czasie po ich założeniu potrzebne z powodu nadzwyczaj szybkiego wzrostu ludności, mogą obecnie dostarczać 1,400 litrów wody na sekundę, t. j. licząc 150 litrów na głowę i dobę, mogą zaspakajać potrzeby ludności 800-tysięcznej.

Przy urządzeniach tego rodzaju, jak budowa wodociągów, mających trwać jeśli nie setki to dziesiątki lat, jest rzeczą słuszną patrzeć w daleką przyszłość, przewidując wzrost ludności. Przezorność w tym kierunku tu w Monachium, sądząc z danych statystycznych, wcale nie jest zbyteczną, miasto bowiem w przeciągu bieżącego stulecia kolosalnie się rozrosło. Oto parę danych statystycznych:

W roku	1801	było mieszkańców	(okrągło	licząc)		40,000
„	1813	„	„	„	„	51,000
„	1846	„	„	„	„	85,000
„	1871	„	„	„	„	130,000
„	1861	„	„	„	„	169,000
„	1880	„	„	„	„	230,000
„	1890	„	„	„	„	349,000
„	1899	„	„	„	„	450,000

Że ilość wody jest i będzie po długie czasy dostateczną, jest niewątpliwe, chodziłoby tylko o jej jakość. Rozumie się, że już przed rozpoczęciem budowy wodociągów badano wodę chemicznie i bakteryologicznie, ale badania te od owej chwili aż do dzisiaj odbywają się stale w pewnych okresach czasu i w różnych miejscach i oto co wykazują: pod względem bakteryologicznym nadzwyczaj małą ilość drobnoustrojów, bo 4 zaledwie w jednym centymetrze sześciennym; chorobotwórczych bakteryj nie znaleziono zupełnie; pod względem składu chemicznego: stale brak amoniaku, kwasu azotowego i azotawego, pozostałość stała po odparowaniu jednego litra waha się w granicach pomiędzy 255·2 a 299·2 grm., ilość zaś chloru pomiędzy 4·75 a 6·65, twardość wreszcie ogólna wynosi około 16 stopni niemieckich.

Co do części finansowej przedsięwzięcia pozwalam sobie tu zamieścić parę ciekawych liczb. Pierwotne koszta budowy 6 milionów marek wzrosły do końca roku 1897 przez powiększenie wodociągów i rozprzestrzenienie sieci rur, które obecnie blizko 313 tysięcy metrów ma długości, do 15 milionów mk. Koszta utrzymania wyniosły od wprowadzenia w ruch wodociągów po koniec wymienionego 1897 r. przeszło milion, pobory zaś przeszło półtora miliona, zysk więc czysty z obrotu wynosi 500 tysięcy marek. Wodę oddaje miasto po 5 fen. za metr sześcienny do zwykłego użytku, a po $7\frac{1}{2}$ fen. do budowy i t. p. przemijających celów. Kontrola ilości spotrzebowanej wody odbywa się zapomocą specyalnych wodomierzy.

Miasto, posiadając wodę odpowiednią co do jakości, a w ilości znacznie przewyższającej zapotrzebowanie, oddaje ją nietylko na cele przemysłowe i do użytku domowego, używa jej nietylko do skrapiania ulic, plantacyj, do studzien publicznych i wodotrysków i na wypadek pożarów, ale zaopatruje w nią równocześnie tak zw. „łaźnie ludowe". Zakłady te, zbudowane kosztem gminy, przez władze miejskie są też administrowane. Są one pomieszczone albo w specyalnie na ten cel przeznaczonych budowlach (*Volksbrausebäder);* takich jest obecnie siedem i te są dostępne każdemu, lub też mieszczą się po niektórych szkołach (*Schulbrausebäder),* tych jest 14, a przeznaczone są do użytku dziatwy szkolnej i personalu nauczycielskiego. Jedną z takich łaźni, mianowicie przy „Bavariaring" wybudowaną, miałem sposobność zwiedzić i podaję jej krótki opis.

Budynek na planie ma w ogólnych zarysach kształt czworoboku, o płasko ściętych kątach, wejrzeniem zewnętrznem przypomina rotundy panoram. Z przedsionka, dobudowanego do jednego ze ściętych kątów, wchodzi się na lewo do poczekalni dla kobiet, na prawo do poczekalni dla mężczyzn, wprost zaś znajduje się kasa, połączona bezpośrednio z centralną halą; w szczytowej części hali umieszczone są dwa zbiorniki, jeden z wodą zimną, otrzymywaną wprost z wodociągu, drugi z wodą gorącą, ogrzewaną zapomocą pary, wytwarzanej w kotle, znajdującym się wraz z piecem w podziemiu budynku. Przestrzeń pomiędzy halą środkową a poczekalniami, oddzielona ścianą do powały sięgającą, podzielona jest na czternaście części, z których 4 kominikują drzwiami z poczekalnią dla kobiet, a 10 z poczekalnią dla mężczyzn. Każda z tych części składa się z dwu komórek, z których pierwsza służy do rozbierania się, w drugiej znajduje się tusz, do którego dopływ wody zimnej i gorącej można dowolnie regulować. Przejście z jednej komórki do drugiej można przestawić parawanem gumowym. Ściany komórek wyłożone są marmurem karraryjskim, co pozwala utrzymywać wzorową czysłość. Koszta budowy tej łaźni wyniosły 37,500 marek, a może z niej korzystać do 12,000 osób miesięcznie. Kąpiel kosztuje wraz z ręcznikiem 10 fenigów. Dozorcy, który wraz z rodziną swą obsługuje łaźnię, płaci miasto 5 mk 50 fen. dziennie.

Że łaźnie te są wielkiem dobrodziejstwem dla biedniejszej ludności, szczególnie robotniczej, nie ulega chyba wątpliwości, a jak się rozpowszechnia użytkowanie tych lokali, wystarczą liczby do udowodnienia: w roku 1896 korzystało z nich 370,000 w 1897 r 402,000, a w 1898 r. 422,000 osób.

Nie wszystkie łaźnie budowane i urządzone są tak samo, jak opisano: niektóre z nich, oprócz tuszów, posiadają i wanny, a w dwu pomiedzy niemi kąpiele są bezpłatne; mimo to miasto w ostatnich latach małym zyskiem w tej pozycyi może się pochwalić.

Tu jeszcze wspomnieć wypada, że buduje się (jest prawie na ukończeniu) wielka łaźnia ludowa, na którą półtora miliona wynoszący fundusz zapisał zmarły inżynier Müller i która też będzie nosić nazwę „Müller'sches Volksbad".

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 19 lipca.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich rozpoczyna pojutrze swe prace Poważna liczba zapowiedzianych odczytów i referatów świadczy, że Zjazd ten będzie miał istotnie doniosłe znaczenie naukowe; zaznaczamy z naciskiem pokaźną liczbę znakomicie obsadzonych referatów, którym Komitet gospodarczy, idąc za nabytem doświadczeniem, dał rozleglejszy niż na Zjazdach poprzednich zakres.

Zmiana statutu, który w ciągu lat 30 nie uległ rewizyi, stanowić będzie nader poważny krok w rozwoju instytucyi naszych Zjazdów. Doniosłe znaczenie w tej zmianie, o ile Zjazd ją uchwali, będzie miał paragraf, powołujący między Zjazdami organ pośredniczący, do którego zadań należeć ma przeprowadzenie uchwał Zjazdu poprzedniego i przygotowanie materyału dla następnego.

Wkroczenie na grunt społeczno-lekarski, a mamy tu na myśli Sekcyę gruźliczą i Sekcyę wychowania fizycznego, wysoce podnosi i rozszerza zakres i znaczenie Zjazdów naszych. Niemniej rozległe i ważne zadanie czeka Sekcyę prasową, powołaną do obmyślenia wspólnego, celowi odpowiedniego, kierunku dla naszych wydawnictw peryodycznych, ujednostajnienia wyrazownictwa i t. d.

Słyszy się dziś często zdanie, iż Zjazdy lekarskie przeżyły się, celowi naukowemu nie odpowiadają, a pozostało li tylko ich znaczenie towarzyskie Może tak i jest gdzie indziej: o Zjazdach naszych raczej rzec należy, że się jeszcze nie rozwinęły, nie uświadomiły sobie spoczywającej w nich siły, nieuderzyły prócz zadań naukowych, w swojską strunę potrzeb społeczno-sanitarnych, wydawniczych i t. d. Uniknijmy tylko naśladownictwa, wytwórzmy własny program i własny zakres działania, stwórzmy stałą instytucyę, czynną i poza kilku, górnie może, lecz gorączkowo spędzonymi dniami samego Zjazdu, a obejmującą, obok naukowych, wszelkie zadania przyrodniczo-lekarskie naszego kraju i naszego narodu, weźmijmy na siebie zaszczytny ciężar wszelkiej w naszym zakresie i możności leżącej inicyatywy, wtenczas, byle czas starczył, treści i żywotności instytucyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich nie zabraknie.

Hasło do objęcia szerszego programu wydał Komitet gospodarczy: nastrój, którym jesteśmy dziś ożywieni, daje rękojmię, że hasło to znajdzie, mówiąc stylem wojskowym, „odzew“ w umysłach uczestników rozpoczynającego się Zjazdu, którym ze szczerego serca życzymy najbujniejszych plonów czekającej ich pracy.

* Zakaz wydany przez austryackiego ministra wojny, ażeby lekarze wojskowi nie brali udziału w IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, został, pomimo starań Komitetu gospodarczego, utrzymany w całej pełni. Przyczyną tego, tak rażącego w państwie konstytucyjnem zarządzenia, a dodajmy, tak źle zastosowanego do Zjazdu specyalnie naukowego. mają rzekomo być przeciwieństwa i spory narodowe w Austryi, od udziału w których władza wojskowa chciałaby uchronić armię.

Czuwać będziemy, czy też pan minister wojny zastosuje tę samą miarę i wagę do Zjazdów niemieckich w Austryi. Na razie zaś zaznaczamy, że chyba niedokładne muszą być informacye w ministeryum wojny, skoro przypuszcza ono możebność namiętnych sporów narodowych na Zjazdach lekarzy i przyrodników polskich, gdzie przecież do tego niema najmniejszych warunków.

* Delegatami docentów do Wydziału lekar. Uniwer. Jagiell. wybrani zostali na rok szkolny 1900—1901 docenci: Aleksander Bossowski i Leon Kryński.

* Stopień doktorów wszechnauk lekar. otrzymali w Uniwer. Jagiell.: Adam Fąferko, Piotr Pietruszewicz i Tadeusz Żeleński. W Uniwersytecie lwowskim: Jarosław Gruszkiewicz, Kazimierz Siatecki, Jan Połochajło, Dawid Lichtgarn, Aron Wolf, Reichenstein Marek, Spät Wilhelm i Marek Schneider.

W ciągu kończącego się roku szkolnego wypromował Wydział lekarski lwowski 16 doktorów medycyny.

* W rozbiciu się dwóch pociągów, które nastąpiło na kolei warszawsko-wiedeńskiej dnia 13 b. m., znany lekarz warszawski, dr. Maksymilian Flamm, uległ złamaniu nogi. Stan jego jednak nie ma budzić obawy. W liczbie osób, które uległy pokaleczeniu w tej katastrofie, wymienia „Słowo Polskie“ Dra Stanisława Markiewicza i Dra Józefa Jóźwickiego.

* Głośny pedyatra Ed. Henoch, który od roku przebywa w Dreźnie, dobiegł 80 lat życia. Prasa niemiecka z tego powodu składa życzenia sędziwemu i zasłużonemu klinicyście.

* Na miejsce Kühnego w Heidelbergu powołany został prof. Biedermann z Jeny.

* Niemieckie stowarzyszenie dla walki z gruźlicą postanowiło zaniechać w roku bieżącym zamierzonego zwołania konferencyi do Akwisgranu, a to z powodu nader licznych kongresów tegorocznych.

* Dotychczasowe wiadomości o durze, panującym w wojsku angielskiem w południowej Afryce, były, jak się okazało, z umysłu po części zatajane. Obecnie, gdy liczba chorych zmniejsza się i nie zachodzi potrzeba maskowania istotnego stanu rzeczy, dzienniki angielskie odkrywają całą grozę tej nadzwyczaj zabójczej epidemii. Dr. Conan Doyle ogłasza w »Britisch medic. Journal“, że podobnie wielkiej śmiertelności z duru dotychczasowe wojny nie zapisały: w ciągu jednego miesiąca zachorowało 10 do 12 tysięcy żołnierzy; w takimże czasie w samem Bloemfontein pogrzebano 600 zmarłych na dur. Na jeden dzień przypadało 40 skonów. Przeciętna śmiertelność wynosiła 21%. Położenie było tem groźniejsze, że organizacya wojskowa nie przewidziała czegoś podobnego i nie zaopatrzyła się w dostateczną liczbę służby sanitarnej. Doyle czyni zarzut zarządowi sanitarnemu wojska angielskiego, że przed wysłaniem do Afryki południowej nie kazał zaszczepić żołnierzy przeciw durowi; twierdzi on, że wśród zaszczepionych, którzy jednak durowi ulegli, ani jeden nie umarł.

Mianowania i odznaczenia: Doc. dr. O. Sarwey mianowany został prof. nadzwycz. w Tybindze.

Nekrologia. Dr. Edward Danielewicz zmarł w Sierakowie (Ks. Poznańskie), licząc lat 40. Prof. Born, wybitny anatom i embryolog, zmarł w Wrocławiu w 50 roku życia. Dr. D. I. Leech, prof. farmakologii i terapii, zmarł w Manchester. Dr. Włodzimierz Grodecki zakończył życie w Międzybożu (Podole) w 46 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 28: Majewskiego A.: Z kazuistyki chorób chirurgicznych kiszek. Dr. Troczewskiego A.: Przyczynek do sprawy leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego (c. d.). Łapowskiego B.: Leczenie syfilisu (c. d.). W *Medycynie* Nr. 28: Dr. Halperna S.: O niektórych wskazaniach do wznawiania leczenia przeciwprzymiotowego. Dr. Korczyńskiego L.: Kilka uwag ogólnych o leczeniu zdrojowem klimatycznem.

Redakcya otrzymała: Dr. Kurkiewicz St.: Kilka uwag w sprawie ludowych uzdrowisk. Berlin 1900. Glaesner P.: Über die Verwertbarkeit einiger neuen Eiweisspräparate zu Kulturzwecken. Jena 1900.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 28 Lipca 1900. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Samozatrucie, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych.

(Zarys krytyczny)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski.

(Ciąg dalszy).

V.

W bliższem powinowactwie z gruczołem tarczykowym stoi tak zwana przysadka mózgowa (*hypophysis cer.)* w przedniej swojej części (Rogowitsch, Schönemann, Pisenti, Viola, Boyce, Beadeles, Schnitzler, Ewald etc.). Wobec tego, rzecz prosta, nasuwała się sama przez się myśl, że stan chorobowy jej, podobnie jak i gruczołu tarczykowego, może spowodować objawy zatrucia. Rzeczywiście w r. 1886 Marie*) ogłosił 2 przypadki stanu patologicznego ze zmianami anatomicznemi w przysadce mózgowej. Tę postać patalogiczną nazwał on, jak wiadomo, „akromegalią“. Wkrótce potem opisano nowe przypadki tej choroby i prawie we wszystkich stwierdzono bądź zmiany w przysadce mózgowej, mianowicie nowotwory, bądź też zupełny brak tego gruczołu. Osnute na tem próby leczenia akromegalii wyciągiem z przysadki mózgowej dały jednak dotychczas wyniki niezgodne: jedni autorowie spostrzegali polepszenie (Broadbent, Cyon, Mendel, Marinesco, Faworski etc.), drudzy natomiast nie mogli stwierdzić dodatniego wpływu, a Schultze widział śmiertelne zejście chorego, dotkniętego akromegalią, po zażyciu 3 dawek hipofizyny. Oceniając te ujemne wyniki trzeba jednak pamiętać, że z pomiędzy różnych nowotworów przysadki mózgowej w przebiegu akromegalii, najczęściej zdarza się taki złośliwy nowotwór, jak mięsak. Jeśli więc na podstawie wszystkich tych faktów byłoby można przypuszczać intoksykacyjne pochodzenie akromegalii na tle chorobowego stanu przysadki, to nie należy zapominać, że niezawsze nowotwory przysadki mózgowej sprowadzają akromegalię (Müller etc.). Co prawda, przypadki te można objaśnić i tą teoryą, którą przypuszcza (prof. Sikorski i inni), że w ustroju są jeszcze gruczoły z takąż samą czynnością, co i przysadka mózgowa; gruczoły te i przyjmują na siebie część zastępczej pracy tam, gdzie w stanie chorobowym przysadki nie rozwija się akromegalia. Lecz i przy tem przypuszczeniu trudno objaśnić ogłoszone przypadki akromegalii bez żadnych zmian w przysadce (Virchow, Weir-Mitchel, Buday i Jancsó, Gajkiewicz etc). Dla ostatecznego więc rozstrzygnięcia kwestyi o pochodzeniu tej patologicznej formy są niezbędne jeszcze dalsze badania.

*) Według Sternberga (*Neurolog. Centralbl.* 1898 Nr. 3.) akromegalia była szczegółowo opisaną jeszcze przedtem, w roku 1838, przez Magendie.

VI.

Naruszenie czynności nadnerczy prowadzi także do samozatrucia ustroju wytworami przemiany materyi. Pierwsze wskazówki w tym kierunku podał Addison, który w roku 1855 opisał odrębną postać patologiczną, nazwaną chorobą „Addisona“, pozostawać mającą w związku z anatomicznemi zmianami w nadnerczach. Rzeczywiście według najobszerniejszej statystyki Lewina w 88% wszystkich przypadków choroby Addisona znajdujemy zmiany w nadnerczach charakteru przeważnie gruzełkowego. Za tym związkiem przemawiają również i doświadczenia z usunięciem z ustroju nadnerczy, co powoduje za sobą cały szereg objawów, rażąco podobnych do klinicznego i anatomicznego obrazu choroby Addisona. I tu i tam widzimy ciemniejsze zabarwienie skóry, błon śluzowych (Nothnagel, Tizzoni, Kahlden etc.), postępujące charłactwo i osłabienie, zmiany w układzie nerwowym, zarówno ośrodkowym jak i spółczulnym, z cechą zwyrodnienia, nakoniec i tu i tam wyciąg z nadnerczy polepsza ogólny stan i nawet ma, jak to wykazał niedawno Philipen, jednakowy wpływ na przemianę materyi. Wobec wszystkich tych faktów nie ulega wątpliwości, że choroba Addisona powstaje wskutek samozatrucia ustroju istotami trującemi, które działają przeważnie na układ nerwowy i w zwykłych warunkach zobojętniają się dzięki nadnerczom. Niestety, dotychczas nie udało się wyświetlić przyrody tych substancyj. Wobec tych ujemnych poszukiwań niektórzy autorowie (Thiroloix, prof. Cybulski, Szymonowicz) utrzymują, że nadnercza nie mają przy zwykłych warunkach zobojętniającego przeznaczenia, lecz ich zadanie ogranicza się do podniecenia układu nerwowego, przeważnie naczynioruchowego. Podobna czynność nadnerczy obecnie już nie ulega wątpliwości (Cybulski, Szymonowicz, Cyon, Mańkowski, Guinard, Martin etc.). Ustanie jej prowadzi, według Cybulskiego, do zaburzeń przemiany materyi w ustroju i powstania wskutek tego nieprawidłowych wytworów przemiany z własnościami trującemi. Te właśnie istoty według niego, a nie zwyczajne wytwory przemiany są przyczyną samozatrucia ustroju, na tle którego rozwija się choroba Addisona. W obecnej chwili trudno jeszcze rozstrzygnąć, który z tych poglądów ma słuszność; być może, że prawda jest po środku, w połączeniu obydwóch. W każdym jednak razie wszystkie wyżej przytoczone fakta przemawiają na korzyść pochodzenia choroby Addisona drogą samozatrucia ustroju. Jeśli zaś w niektórych przypadkach nie znajdowano zmian anatomicznych w nadnerczach, to można to wytłómaczyć na-

ruszeniem czynności nadnerczy, spowodowanem stanem chorobowym narządu nerwowego, kierującego ich czynnością fizyologiczną (Neusser). Zmiany takie w chorobie Addisona stwierdzano nieraz w zwoju słonecznym (*ganglion solare).* Co się zaś tyczy tych przypadków, w których po śmierci znajdowano nadnercza zmienione, a za życia nie spostrzegano żadnych objawów choroby Addisona, to i one jeszcze nie przemawiają przeciwko temu poglądowi na chorobę Addisona. Możebną jest rzeczą, że pomiędzy zniszczonemi częściami nadnerczy zostały się jeszcze chociażby niewielkie ogniska zdrowej tkanki, co się nieraz stwierdza, osobliwie przy doświadczeniach z przyżeganiem tych gruczołów. Z innej strony stwierdzili anatomowie (Chiari, Dagonet, Michael etc.), że u niektórych osobników znajdują się niewielkie ogniska tkanki nadnerczy w samych nerkach, a także bywają dodatkowe nadnercza w więzadłach szerokich macicy, obok naczyń nasiennych, splotu nasiennego, przydatku jajnika *(parovarium).* Przy zniszczeniu tym lub innym stanem patologicznym nadnerczy pozostałe części nadnerczy lub gruczoły dodatkowe mogą zastępczo podlegać przerostowi i przyjmować na siebie czynność nadnerczy zobojętnienia istot trujących w ustroju.

VII.

Dotychczas omawialiśmy te postacie samozatrucia, które powstają wskutek zaburzenia lub ustania czynności ściśle określonego narządu. Oprócz nich istnieją jednak jeszcze postacie samozatrucia, których łączność z tym lub innym narządem ulega jeszcze wątpliwości, oraz te, które stoją w związku ze sprawami trawienia w przewodzie pokarmowym.

Wiadomo, że wśród trawienia w tym ostatnim powstaje znaczna ilość istot, posiadających własności trujące. Wchłaniając się do krwi, istoty te w pomyślnych warunkach mogą wywoływać zatrucie, które wyraża się głównie przypadłościami ze strony układu nerwowego, mianowicie bólem i zawrotami głowy, ogólnem osłabieniem, nawet bredzeniem, drgawkami etc. Objawy te zresztą mogą być i pochodzenia odruchowego na tle podrażnienia zakończeń nerwowych w jelitach. Ta teorya odruchowa nie straciła dotychczas swej racyi bytu, osobliwie dla wytłómaczenia objawów nerwowych. Przeprowadzenie granicy między nią, a teoryą samozatrucia, jest w obecnej chwili wprost niemożebne. Łatwiej rozstrzygnąć pod tym względem sprawę o tem lub innem pochodzeniu wielu objawów ze strony narządów wewnętrznych. Do tego celu autorowie dążyli dwiema drogami: 1) badaniem wpływu na ustrój różnych określonych wytworów trawienia, 2) badaniem tych zmian, które wywołuje w narządach wewnętrznych zatrzymanie wszystkich wytworów, powstających w jelitach. Sposobami tymi udowodniono, że samozatrucie ustroju istotami trującemi, powstającemi w przewodzie pokarmowym, istotnie odgrywa wybitną rolę w powstawaniu wielu zjawisk.

Pierwsze zupełnie ściste wskazówki w tym kierunku znajdujemy u Betza, który ogłosił w r. 1868 w swoich *Memorabilia* 2 przypadki ostrego nieżytu żołądka i kiszek z objawami podniecenia mózgowego. W obydwóch przypadkach w wydechanem powietrzu odczuwał się siarkowodór i aceton; siarkowodór można było stwierdzić także w wymiocinach i wypróżnieniach, a aceton i w moczu. W drugim przypadku w moczu i wypróżnieniach stwierdzono jeszcze amoniak. Kliniczne objawy, jak w następnych przypadkach Senatora, Stefanio Emminghausa i innych, odpowiadały zupełnie zatruciu siarkowodorem. Jakie jednak warunki sprzyjają rozwojowi i nagromadzeniu siarkowodoru w przewodzie pokarmowym, dotychczas dokładnie nie określono. Co do żołądka, to tę lukę wypełniły po części niedawno ogłoszone (z kliniki Leubego) poszukiwania Daubera, który przekonał się, że siarkowodór w żołądku powstaje dzięki zawsze obecnym w nim drobnoustrojom przy osłabieniu jego czynności ruchowej; większa lub mniejsza zawartość kwasu solnego nie odgrywa tu poważnej roli, na co wskazywali jeszcze Boas i Zawadzki; obecność natomiast kwasu mlecznego w umiarkowanem zgęszczeniu sprzyja wytwarzaniu się siarkowodoru. Podobne warunki zdarzają się często w chorobach żołądka; tymczasem samozatrucie ustroju siarkowodorem z przewodu pokarmowego należy do względnie rzadkich postaci chorobowych. Ta sprzeczność tłómaczy się najpierw obfitem wydzielaniem się siarkowodoru u tych chorych przez odbijanie, a powtóre warunkami chłonienia. Te ostatnie, niestety, dotychczas są niezbadane. Dalsze poszukiwania powinne uzupełnić tę i inne luki w omawianej sprawie, lecz już i dziś *hydrothionaemia* nie ulega wątpliwości, jako postać samozatrucia ustroju z przewodu pokarmowego.

Wchłaniając się z jelit, wytwory kiśnienia i gnicia w przewodzie pokarmowym skierowują się najpierw ku wątrobie. Tu ulegając zmianom, wytwory te mogą przy pomyślnych warunkach podrażniać i samą tkankę tego gruczołu i wywoływać w nim zmiany anatomiczne. Pierwszy w roku 1895 zwrócił uwagę na tę okoliczność Krawkow, obecnie prof. farmakologii w lekarskiej Akademii w Petersburgu. Wprowadzając kurom w ciągu $1\frac{1}{2}$—3 miesięcy za pomocą zgłębnika żołądkowego rozłożony bulion lub takiż wyciąg z mięsa, wywoływał on tą drogą zmiany w wątrobie, właściwe zanikowej postaci marskości wątroby; oprócz silnie uwydatniających się zmian śródmiąższowych w tym narządzie, stwierdzał on podobne zmiany i w śledzionie. Idąc w ślady Krawkowa, Rovighi również wywołał wytworami gnicia w jelitach: skatolem, indolem i fenolem zmiany anatomiczne w wątrobie z cechą jej marskości. Inghilleri, wprowadzając do krwi wytwory gnicia w kiszkach, stwierdził w wątrobie rozwój tkanki łącznej. Nakoniec Boix wyosobnił z pomiędzy wytworów gnicia w jelitach niektóre substancye, wprowadzenie których do ustroju przez usta w ciągu dłuższego czasu wywoływało prawdziwą marskość wątroby, zupełnie identyczną z marskością Lanneca. Do takich substancyj należą przeważnie niższe kwasy tłuszczowe, kwas walerianowy, octowy, maślany i inne. Fakta, podane przez Boix, zostały wkrótce potwierdzone przez Josselin de Jonga. W ostatnich latach Bonini, wywołując u królików niedrożność jelit, stwierdził po śmierci zmiany anatomiczne w wątrobie pochodzenia toksycznego. Nesbith, wywoławszy sztuczną niedrożność jelit u psów, wyosobnił z zawartości jelit substancyę trującą z cechami ptomainy i oprócz niej cholinę i neurynę, które już w niewielkich dawkach odznaczają się silnem działaniem trującem. Wszystkie te fakta przyczyniły się do wyświetlenia etyologii bardzo rozpowszechnionej choroby, mianowicie marskości wątroby. Dotychczas, jak wiadomo, powstanie jej przypisywano przeważnie nadużyciu napojów wyskokowych. Tymczasem już od dawna stało się rzeczą wiadomą, że wyskok jest

trucizną tylko protoplazmatyczną, wywołującą zwyrodnienie tłuszczowe komórek (Dahlstrom, Duchek, Lallemond, Maggnom, Ruge, Pupier, Lafitte, Afanasiew i in.). Przypisując więc wyskokowi przyczynę wytwarzania się marskości wątroby, utrzymywali badacze, że w wątrobie wywołuje on pierwotny rozwój tkanki łącznej. Doświadczenia Boixa, Kahldena i innych autorów, którzy karmili zwierzęta czystym wyskokiem i mięszanką alkoholu etylowego, t. j. mięszanką, zbliżoną swym składem do wódki, wykazały jednak, że i dla wątroby wyskok jest trucizną wyłącznie protoplazmatyczną; w niej bowiem on wywołuje tylko martwicę (nekrozę,) zwyrodnienie lub nacieczenie tłuszczowe komórek; zmian zaś, które można byłoby zaliczyć do rzędu właściwych marskości, nigdy nie zauważono. Tylko Kulbin (z klin. pracowni prof. Pasternackiego) karmiąc zwierzęta alkoholem etylowym, stwierdził w wątrobie po zniszczeniu komórek wątrobowych rozrost tkanki łącznej; te zmiany wystąpiły jeszcze jaskrawiej przy karmieniu zwierząt mięszanką alkoholu etylowego i nieoczyszczonej wódki (t. zw. siwuchy). Lecz i w tych doświadczeniach pod wpływem wyskoku pierwotne zmiany występowały w miąższu wątroby, rozrost zaś tkanki łącznej zjawiał się tylko następczo. Wszystkie te fakta dają nam prawo utrzymywać, że wyskok nie sam przez się wywołuje marskość wątroby, lecz, jak to twierdził jeszcze Krawkow, drogą boczną zwiększając wytwarzanie się substancyj rozkładowych w jelitach, na tle wywoływanego przezeń nieżytu przewodu pokarmowego. Spostrzeżenia kliniczne w istocie dają niezbity dowód, że marskość wątroby bywa nietylko u alkoholików. Podobna okoliczność łatwo się tłómaczy z omawianego punktu widzenia, ponieważ i pomimo wyskoku mogą być warunki, sprzyjające powstaniu wzmiankowanych substancyj trujących. Niestety, prawie wszystkie te doświadczenia były wykonane na królikach. Okoliczność ta poniekąd obniża doniosłość osiągniętych wyników, przy stósowaniu ich do patologii człowieka; czynność bowiem wątroby u królików, jako zwierząt nie mięsożernych, różni się, być może, pod niektórymi względami od czynności jej w ustroju ludzkim.

Jednocześnie ze zmianami anatomicznemi w wątrobie wytwory gnicia w przewodzie pokarmowym mogą w warunkach pomyślnych zaburzać i czynność nerek, wywołując w nich również zmiany anatomiczne. Podobny związek został zauważony przed 16 laty przez prof. Senatora (1884). „Bez wątpienia“, mówi on, „wiele cierpień głównie przewlekłych, przebiegających z białkomoczem, są brane za pierwotne choroby nerek, wtenczas gdy te cierpienia są właściwie następowemi, wywołanemi przez zaburzenia w sprawie trawienia“. Podobne przypadki były wkrótce ogłoszone przez Kiellberga, Hirschsprunga, Fischla, Stillera, Singera, Koblera, Felsenthala i Bernharda, Englischa, Franka, Bujwida, Ebsteina, Prätoriusa etc. Sam osobiście spostrzegałem na klinicznym oddziale mego, wielce szanownego kierownika, prof. Pasternackiego, kilka przypadków, gdzie chorzy przybywali z groźnymi objawami *gastroenteritidis acutae*, a jednocześnie w moczu stwierdzaliśmy białko, mnóstwo wałeczków szklistych, ziarnistych i nabłonka nerkowego i sporą zawartość czerwonych ciałek krwi; pod wpływem leczenia nieżytu przewodu pokarmowego chorzy powracali wkrótce do zdrowia i jednocześnie znikały zupełnie wymienione nieprawidłowe składniki moczu; naumyślnie zatrzymywałem chorych w klinice na czas dłuższy, nieraz na kilka (2—3) miesięcy bez żadnego już leczenia i badając codzień mocz, znajdowałem go zawsze prawidłowym; więc niewątpliwie miałem do czynienia nie z *gastroenteritis acuta* na tle *moczznicy*, jak to początkowo mniemałem przy wstępowaniu chorych do kliniki, lecz z następowem zapaleniem nerek, wywołanem przez ostry nieżyt przewodu pokarmowego.

Gdy ten związek między stanem przewodu pokarmowego i nerkami został stwierdzony, usiłowano go wyjaśnić na drodze doświadczalnej. Pierwszym pracownikiem w tym kierunku był Klopstock, który przy sztucznem uwięźnieniu (*incarceratio*) pętli jelitowych u zwierząt stwierdził zmiany w nerkach, odpowiadające miąższowemu zapaleniu nerek. Do zupełnie podobnego wyniku doszedł na drodze doświadczalnej również Krawkow, wprowadzając przez dłuższy czas do przewodu pokarmowego substancye gnilne, oraz Bonini, Ferrio, Bosio i Freidenstein przy sztucznej niedrożności jelit.

Nie ulega więc wątpliwości, że niektóre przypadki zapalenia nerek, a najprawdopodobniej i marskości wątroby, mogą powstawać drogą samozatrucia wytworami rozkładu w przewodzie pokarmowym.

Zatruciu tymiż wytworami przypisują niektórzy badacze powstanie pewnych postaci niedokrewności złośliwej (Sandor, Hunter, Wiltschur, Vanni etc.). Ta toksyczna teorya niedokrewności złośliwej jest osnuta na stwierdzonych nieraz w jej przebiegu znacznych zmianach anatomicznych błony śluzowej jelit, a osobliwie żołądka (Ewald i in.). Zmiany te jednak mają miejsce nie zawsze (Strauss etc.). Wobec tego Białokur zupełnie nawet odrzuca znaczenie ich w patogenezie niedokrewności, przypisując powstanie jej nie tym zmianom, lecz wyniszczeniu ustroju przez uporczywe wymioty, powodujące ciągłe głodzenie się. Na ten pogląd jednak nie mogę się zgodzić; nieliczne przypadki bowiem, na których autor oparł swe zdanie, są mało przekonywujące, a z innej strony głodzenie zwierząt nie wywołuje, jak wiadomo, zmian właściwych niedokrewności złośliwej. W ostatnich czasach zdobyto nowe fakta na korzyść toksycznego pochodzenia niedokrewności złośliwej, mianowicie stwierdziło wielu autorów (Lichtheim, Minnich, Jacobi, Maxter, Bödecker i Juliusberger, Lenoble, Voss etc.), że w jej przebiegu powstają ogniska zwyrodnienia w rdzeniu pacierzowym, przeważnie w okolicy sznurów Golla i Burdacha. Voss dowiódł, że zmiany te nie mogą być wywołane niedokrewnością, jako taką; wobec więc braku faktów, które przemawiałyby za zakaźnem ich pochodzeniem, pozostaje tylko przypuszczanie, że działa tu wpływ istot trujących. Lecz i te zmiany niezawsze mają miejsce w niedokrewności złośliwej. W obecnej więc chwili nie mamy jeszcze prawa przypisywać powstania wszystkich tych przypadków samozatruciu ustroju.

Toksyczna ta teorya znalazła dalsze poparcie w przypadkach niedokrewności ciężkiej lub nawet złośliwej, spowodowanych pierwiastkami trującymi przy jednoczesnej obecności pasorzytów w jelitach: tęgoryjca (*anchylostomum duodenale)*, bróździgłowca (*botriocephalus latus*). Pierwszy Lussona, a za nim Arslan i Aporti wykazali w moczu osobników, chorych na tęgoryjca dwunastnicy, obecność substancyi tru-

jącej z rodzaju ptomainów, która wywoływała u królików niedostatek ciałek czerwonych we krwi, *(oligocythaemi)* oraz „chromemię"; po wydaleniu pasorzytów substancya ta znikała z moczu i jednocześnie tracił on swe poprzednie działanie trujące. Schaumann i Jalqvist karmili psy kawałkami bróżdogłowca szerokoczłonkiego lub wstrzykiwali im pod skórę wyciąg tego wnętrzaka i już po kilku dniach stwierdzili zmniejszenie ilości ciałek czerwonych krwi i w mniejszym stopniu hemoglobiny. Wszystkie te fakta przemawiają za przyjętym obecnie poglądem na t. zw. „niedokrewność glistną", według którego powstaje ona dzięki zatruciu istotami trującemi, wytwarzającemi się w jelitach wskutek rozkładu glist, lub jeszcze za ich życia. Bliższa przyroda tych substancyj jeszcze dotychczas nieokreślona. Sądząc jednak z charakteru ich działania należą one do trucizn protoplasmatycznych. Przy tęgoryjcu bowiem stwierdził Bohland znaczne zwiekszanie się rozkładu ciał białkowatych, co nie może być wytłómaczone częstemi utratami krwi przez wysysanie wnętrzakami, ponieważ, jak wykazał v. Noorden, nawet znaczne utraty krwi, jak krwotok żołądkowy, a także niedokrewność przewlekła i błednica przebiegają bez zwiększonego wydzielania się azotu.

Z chorób przewodu pokarmowego do samozatrucia mogą prowadzić nowotwory rakowe. Wyrazem tego zatrucia jest tak zwana „śpiączka rakowa" (*coma carcinomatosum*). Pogląd ten, którego bronią v. Jaksch, Müller, Klemperer i inni, znalazł poparcie w spostrzeżeniach Klemperera, który stwierdził w moczu chorego, dotkniętego rakiem, kwas β tlenomaślany, wskazujący na zatrucie ustroju kwasami, a także w poszukiwaniach Lubarscha, który znajdował przy rakach przewodu pokarmowego znaczne zmiany w rdzeniu kręgowym, przeważnie w tylnych i bocznych sznurach, z cechą zwyrodnienia. Podobne zmiany, jak wiadomo, mogą być wywołane tylko zakażeniem lub zatruciem. Lubarsch przypisuje ich powstanie wessaniu substancyj gnilnych, wytwarzających się przy rozpadzie tkanki rakowej, przeważnie jednak samozatruciu z przewodu pokarmowego, wskutek zaburzania jego czynności; zmiany te bowiem znajdował on prawie wyłącznie przy rakach, umiejscowionych w przewodzie pokarmowym.

Kończąc sprawę o samozatruciu ustroju ze strony przewodu pokarmowego, muszę zastanowić się nieco nad poglądem pedyatrycznej szkoły prof. Czernego, która uznaje samozatrucie kwasami w niektórych postaciach chorób żołądka i kiszek u niemowląt. Toksyczna ta teorya opiera się na fakcie znacznego zwiększenia się wydzielania amoniaku w moczu takich chorych, wskutek nagromadzenia się w ustroju wielkiej ilości kwaśnych wytworów przemiany materyi (Hijmanns, Keller); przy sztucznem bowiem dostarczaniu ustrojowi zasad, zawartość amoniaku w moczu zmniejsza się (Hijmanns). U tychże chorych stwierdził Vergehy bardzo często w moczu aceton i kwasy acetooctowy i β-tlenomaślany. Pogląd Czernego znalazł w ostatnich czasach poparcie w poszukiwaniach Müllera i Maannicatide, którzy stwierdzili we wszystkich przypadkach u omawianych chorych zmiany anatomiczne w komórkach mózgu i rdzenia kręgowego z cechą zwyrodnienia. Wszystkie te dane są jednak przy obecnym stanie wiedzy niewystarczające dla bezwzględnego uznania słuszności omawianej teoryi. Dokładne bowiem prace prof. v. Limbecka wykazały, że na zasadzie jednego tylko zwiększonego wydzielania się amoniaku w moczu, jako też obniżonej zasadowości krwi, nie można jeszcze twierdzić o zatruciu ustroju kwasami. Prawa do podobnego wniosku nabywamy tylko w tych przypadkacg, w których dają się stwierdzić; 1) zwiększona zawartość amoniaku w moczu i wypróżnieniach; 2) zwiększona ilość w moczu ługów sodowego i potasowego i 3) zwiększone wydzielanie azotu. Podobnych zaś badań w tej sprawie dotychczas nie posiadamy. (Dok. nast.)

II. Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego.

Podał
Dr. Mieczysław Nartowski.

(Ciąg dalszy).

Co do szybkości tętna, to w świetlnej kąpieli elektrycznej liczba tętna po 15 minutach wynosi 85 uderzeń na minutę, podczas gdy w kąpieli parowej w tym czasie dochodzi do 140, a tem samem jest w pierwszej znacznie niższą, aniżeli w innych kąpielach potnych. Oprócz tego w tych przypadkach, gdzie chodzi o wydalenie znaczniejszych ilości potu z ustroju, możemy przez zastósowanie przed kąpielą mięsienia przyspieszyć znacznie wydzielanie potu, co zaznacza się bardzo wybitnie i na ciężarze ciała, który po jednej już kąpieli spada o 300 do 1200 grm.

Ze względu na działanie poszczególnych promieni świetlnych, świetlna kąpiel elektryczna żarowa biała, a zatem z promieniami czerwonymi, drażniącymi skórę, najwięcej podnosi tętno i ciepłotę. W świetlnej kąpieli elektrycznej niebieskiej, gdzie promienie czerwone zostają wyłączone niebiesko zabarwionem szkłem, ciepłota ciała i tętno zostają mniej stosunkowo podniesione. Tak np. Bokemeyer[1]) podaje, że przy 50° R. bywa 102 uderzeń tętna na minutę, a przy podniesieniu ciepłoty do 60° R., tętno podnosi się jedynie do 132 uderzeń na minutę, przyczem chory czuje się wogóle dobrze.

Równie ciepłota ciała nie podnosi się szybko w świetlnej kąpieli elektrycznej, ale tak powoli, że przy 45° R. różnica wynosi zaledwie kilka dziesiętnych stopnia.

Tak więc nawet wtenczas, gdy świetlne kąpiele elektryczne uważać będziemy przeważnie za kąpiele potne, nie możemy odmówić pewnego działania i światłu, a to nie tylko dlatego, że w kąpielach tych znajdują pole do działania i promienie chemiczne, które nie są bynajmniej dla ustroju obojętne, ale że działają tutaj zarówno promienie cieplne, jak i świetlne (Gärtner[2]) i to jako bezpośredni bodziec na powierzchnię skóry. Łatwość utrzymania w nich nadzwyczajnej czystości i wygodne stósowanie (Klemperer[3]), stawiając je na pierwszem miejscu w tych wszystkich sprawach patologicznych, gdzie dotąd używamy kąpieli cieplnych powietrznych, parowych, piaskowych, słonecznych i t. p., gdyż działanie ich, jak wykazały liczne doświadczenia, przewyż-

[1]) Das Verhalten von Temperatur und Puls im Lichtbade. (*Archiv f. Lichttherapie* 1899, Nr. 1).

[2]) Zeitschrift für dietät. u. physikal. Therapie. Tom I, zeszyt 1.

[3]) Therapie d. Gegenwart. 1899, str. 359.

sza wszystkie inne sposoby stósowania ciepła i światła do celów leczniczych.

Wskazane zatem świetlne kąpiele elektryczne w tych sprawach patologicznych, które polegają na osłabieniu przemiany materyi, jak n. p. w niedokrewności, ogólnem osłabieniu, sprawie zapalnej nerek, dnie, w niektórych bólach nerwowych, jak rwa kulszowa, w cukrzycy, błednicy, jak niemniej w zaburzeniach czynnościowych układu nerwowego, w macinnictwie, niedomodze nerwowej i t. p. W leczeniu otyłości mają świetlne kąpiele elektryczne również pierwszorzędne znaczenie i to choćby tylko ze względu na bardzo często występujące jednocześnie osłabienie czynności serca, które nie stanowi dla tych kąpieli przeciwwskazania; dalej we wszystkich tych sprawach patologicznych, gdzie chodzi o wydalenie szkodliwych dla ustroju pierwiastków przemiany materyi, wysięków, gdy nam zależy na ożywieniu energii mięśni i nerwów, na wzmocnieniu narządu krążenia i t. p., albowiem świetlna kąpiel elektryczna, zwłaszcza gdy ma jedynie białe lampki żarowe, wydaje bardzo wiele czerwonych promieni świetlnych, które działają podniecająco na tkanki nerwowe, a tem samem nadają się do stósowania, jako środek skrzepiający, zwłaszcza wtenczas, jeżeli zastosujemy ją krótko, od 5—6 minut.

II. Świetlna kąpiel elektryczna łukowa. Budowa jej jest podobna do świetlnej kąpieli elektrycznej, poprzednio opisanej, a różnica polega jedynie na tem, że zamiast lampek żarowych umieszcza się w szafce lampy elektryczne łukowe, ruchome w osi pionowej, a zaopatrzone odpowiednimi reflektorami i urządzeniem do zakładania płyt kolorowych.

III. Świetlna kąpiel elektryczna podwójna jest urządzona w ten sam sposób, jak świetlna kąpiel elektryczna pojedyncza *(Fig. 1 i 2)*, z dodatkiem do lampek żarowych lamp łukowych *(Fig. 14 i 15*)*.

Świetlnej kąpieli elektrycznej podwójnej używamy głównie tam, gdzie chodzi o zastósowanie do celów leczniczych obu rodzajów promieni światła elektrycznego, to jest światła żarowego i łukowego, a głównie w tych przypadkach, gdzie wskazanem jest zastósowanie na odpowiednie miejsca ciała, zajęte sprawą patologiczną, światła elektrycznego łukowego, ale dopiero po osiągnięciu odpowiedniej ciepłoty.

Wprowadzenie światła elektrycznego łukowego do terapii datuje się od spostrzeżenia Friedländer'a [1]), że skuteczne działanie w gruźlicy przebywania w miejscowościach górzystych, wystawionych na działanie światła słonecznego, da się wytłómaczyć znaczną ilością promieni ultrafioletowych, które znajdują się w znacznej ilości w świetle słonecznem, a w które nie mniej jest bogate światło elektryczne łukowe.

Co do działania fizyologicznego łukowej kąpieli elektrycznej, to różni się ono znacznie od działania świetlnej kąpieli żarowej. Tak np. do wystąpienia potu potrzeba w świetlnej kąpieli elektrycznej łukowej znacznie silniejszej ciepłoty, aniżeli w świetlnej kąpieli elektrycznej żarowej. Ciepłota nie wzmaga się tak szybko, gdyż w 30 minutach dochodzi dopiero 50° R., podczas gdy w świetlnej kąpieli elektrycznej najwyżej po 20 minutach wynosi 60° R. Uderzającem jest również w świetlnej kąpieli elektrycznej łukowej, uspakajające działanie na serce i to najprawdopodobniej skutkiem podrażnienia nerwu błędnego, a podniecające działanie na nerwy skórne u neurasteników. W kąpieli tej główne działanie wywierają świetlne promienie chemiczne, których dodatnie działanie w różnych przypadkach, a głównie w chorobach nerwowych, ma pierwszorzędne znaczenie.

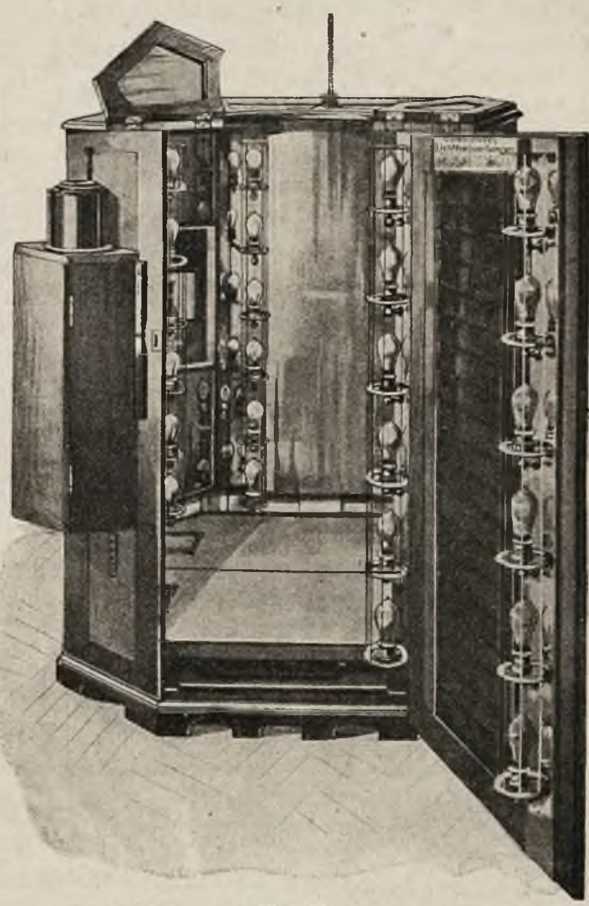


Fig 14.

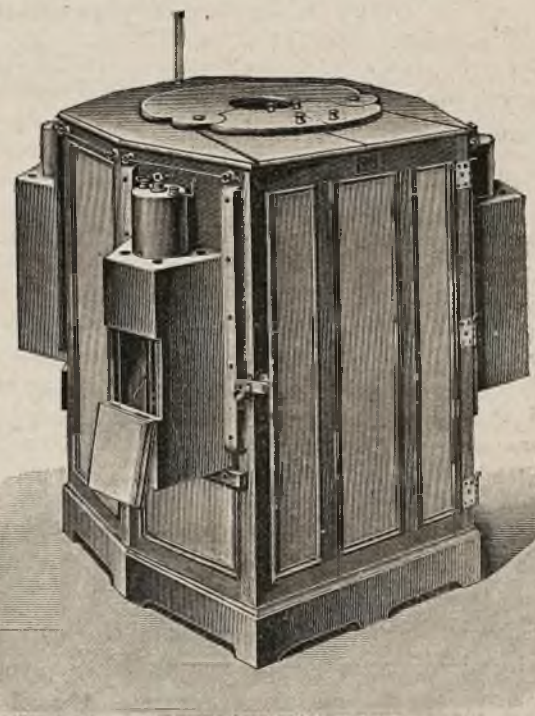


Fig. 15.

[1]) Dr. Potomies. Naturwissenschaftliche Wochenschrift. Berlin 1899. Nr. 9.

*) *Fig. 14 i 17* przedstawia przyrządy, jakie dla świetlnych kąpieli elektrycznych wyrabia fabryka »Sanitas« w Berlinie, której, za użyczone mi powyższe klisze, składam na tem miejscu podziękowanie.

IV. Opromienianie. Przyrząd do stósowania promieni świetlnych na pojedyncze miejsca ciała, czyli do opromieniania, jest to elektryczna lampa łukowa z silnie zgiętem zwierciadłem parabolicznem *(Fig. 16)*. Najważniejszą jego częścią składową jest bardzo dokładny przyrząd zegarowy do regulowania walców węglowych, w celu osiągnięcia jednostajnego światła i urządzenie, dozwalające dowolnie przesuwać łuk Volty dla zwiększenia lub zmniejszenia natężenia światła. Przyrząd ten jest ruchomym, zarówno w osi pionowej, jak poziomej, a lampa elektryczna łukowa o sile od 5—15 Amp.

Przed płaszczem, osłaniającym lampę łukową, wykonanym z blachy niklowanej, znajduje się odpowiednie jeszcze urządzenie do zakładania szkieł barwnych, jeżeli chcemy wyłączyć pewną ilość promieni cieplnych.

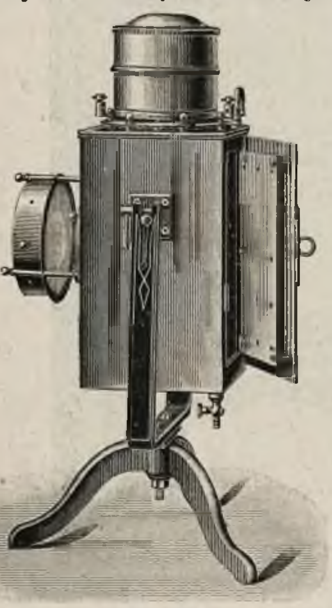


Fig. 16.

Opromienianie pojedynczych miejsc ciała stosujemy przez 5 do 26 minut, przy ustawieniu przyrządu w odległości $1^1/_3$—3 metrów, by chory uczuwał opromienianie jedynie tylko jako przyjemne i łagodne ciepło. Tam gdzie sprawa patologiczna wymaga działania przyżegającego, umieszcza się przed przyrządem soczewkę zbierającą. W ten sposób otrzymane zgęszczone światło elektryczne łukowe, zwłaszcza przy stósowaniu go na pocące się ciało, jest nadzwyczaj silnem i może przeniknąć daleko głębiej w skórę, a tem samem zadziałać na głębiej położone tkanki ustroju.

Jeżeli chcemy usunąć zupełnie promienie cieplne i stosować jedynie światło zimne, należy umieścić przed przyrządem silny rozczyn witryolu miedzi, mający własność pochłaniania promieni cieplnych.

V. Świetlna kąpiel elektryczna skombinowana powstaje przez zastosowanie opromieniania na pojedyncze miejsca ciała i równoczesne działanie na cały ustrój świetlnej kąpieli elektrycznej pojedynczej *(Fig. 17)*.

Szafka, przeznaczona dla świetlnej kąpieli elektrycznej pojedynczej, zmienia się w tym celu o tyle, że przynajmniej po jednej stronie musi być zaopatrzoną w maleńkie, w szeregu ustawione drzwiczki, po otwarciu których puszczamy snop promieni od lampy elektrycznej łukowej na odpowiednią część ciała.

Ponieważ wewnątrz świetlnej kąpieli elektrycznej pojedynczej umieszczonym jest ruchomy stołek z płytą szklaną, przeto chory, bez poprzedniego opuszczenia szafki, a tem samem narażania się na zmianę ciepłoty, może dowolnie się obracać i poddawać odpowiednią część ciała działaniu dowolnych promieni elektrycznego światła łukowego.

Otwieranie poszczególnych drzwiczek nie wpływa równie na najmniejsze choćby wahanie ciepła w szafce, gdyż po za drzwiczkami umieszczone są płyty szklane, odpowiednio zabarwione, a wstrzymujące dostęp zimnego powietrza od zewnątrz.

Tego rodzaju skombinowanego działania promieni światła elektrycznego, to jest żarowego i łukowego, używa się w tych przypadkach, gdzie pojedyncza kąpiel w świetle elektrycznem nie daje pożądanego wyniku. W kąpieli tej, oprócz działania na cały ustrój promieniami lampek elektrycznych żarowych, szczególnie silnie możemy zadziałać na miejsca, dotknięte więcej sprawą patologiczną. Tkanki, pobudzone przez pojedynczą kąpiel elektryczną świetlną do wydzielania potu, otrzymują ciągle podnietę do nowej wydzieliny, nie dopuszczając do zamknięcia w porach raz już wydzielonego potu. Promienie zgęszczone światła łukowego elektrycznego, padając na pocące się ciało, wywierają daleko silniejsze działanie lecznicze.

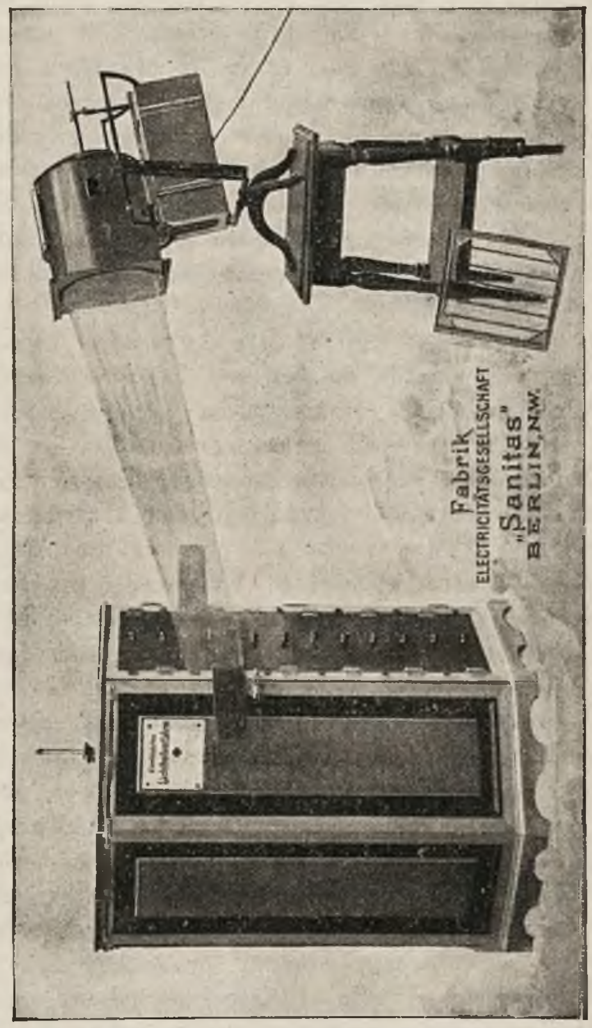


Fig. 17.

Skombinowana kąpiel elektryczna świetlna jest nadto wskazana, ilekroć nam chodzi o uzyskanie wyników leczniczych. Pocąca się, a zatem obfita w wodę tkanka jest daleko lepszym przewodnikiem dla ciepła lub światła przyrządu opromieniającego. Promienie świetlne, zgęszczone odpowiedniemi soczewkami, mają większe natężenie światła, głębiej wnikają w skórę i wywierają większą siłę leczniczą, aniżeli promienie rozbieżne od lampek żarowych i lamp łukowych w zwykłej pojedynczej kąpieli świetlnej.

Oprócz zatem tych spraw patologicznych, dla których wskazane są świetlne pojedyncze kąpiele elektryczne, należą tutaj przeważnie ciężkie postacie np. zaburzeń w ustroju, polegających na otłuszczeniu serca, dychawicy; w nerwobólach, cierpieniach wątroby, nerek i śledziony, możemy już po kilkakrotnem zastósowaniu promieni światła elektrycznego żarowego i łukowego osiągnąć zadawalniające wyniki,

a w niektórych przypadkach, jak np. w postrzale (*lumbago*) już jednorazowe zastósowanie usuwa cierpienie w zupełności.

VI. Przyrząd Röntgena. Promienie otrzymane przyrządem Röntgena, powszechnie zwane imieniem tego badacza, mają również wielkie dzisiaj zastósowanie już nie tylko do celów rozpoznawczych, ale i leczniczych, w niektórych sprawach patologicznych. Doświadczenia, uzyskane w tym kierunku, i sposoby stósowania promieni tych do celów leczniczych odkładam do osobnej pracy, którą niebawem ogłoszę.

Niewidzialność promieni Röntgena już dzisiaj niektórzy fizyologowie podają w wątpliwość i twierdzą, że mogą one sprawiać wrażenie na siatkówkę, jakkolwiek bardzo słabe. Również wiadomem jest już dzisiaj, że istnieją różne rodzaje promieni Röntgena, które przenikają z niejednakową łatwością różne ciała. Tak np. przy jednakowych warunkach w wywoływaniu różne rurki dają zdjęcia z niejednakowo wyraźną różnicą. Przy nieumiejętnem i dłuższem stósowaniu promieni Röntgena na skórę występują na niej różne sprawy patologiczne, podobne do oparzenia, przyczem zdarza się wypadanie włosów i t. p. Promienie te, podobnie jak promienie światła elektrycznego, jakkolwiek przyspieszają znacznie wzrost roślin, to przecież nie wpływają wcale na szybsze wytwarzanie się w roślinach barwika zielonego i działają zabójczo na niektóre drobnoustroje chorobotwórcze.

VII. Przyrządy chromo-soczewkowe są zupełnie odmienne od poprzednich, podane są przez Babitta, w skład ich wchodzą soczewki o różnych barwach (*Chromolinsen*). Według Babitta, poszczególne barwy mają działać specyficznie na różne czynności pojedynczych narządów. Tak np. barwa czerwona ma działać bezpośrednio na krew, żółta na wypróżnienie, niebieska ma usuwać ciemnotę i t. p.

Teoryami Babitta, których stronę mistyczną pomijam w zupełności, zajmowali się najwięcej v. Landsdorff[1]) i Schmitz. (C. d. n.)

III. O KLIMACIE.

Ustęp z wykładów o balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem r. szk. 1899/1900.

Podał

Dr Ludomił Korczyński

Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Skraplanie się pary wodnej. Zachmurzenie nieba. Opady atmosferyczne. Trzy powyższe zjawiska meteorologiczne mają wspólną do pewnego stopnia przyczynę; stoją one w ścisłym związku z oziębianiem się powietrza. Gdy oziębienie dojdzie do tego punktu, że powietrze skutkiem tego jest już przesycone parą wodną, skrapla się ona częściowo; w warstwach najniższych opadają te krople, tworzą rosę lub szron, w warstwach wyższych zbierają się drobne banieczki wody i zalegają widnokrąg w postaci mgły, obłoków lub chmur, o różnej zbitości i różnej ciepłocie. Z chmur przy jeszcze większem oziębieniu, przy wstrząśnieniu lub wzajemnym nacisku tworzy się deszcz, względnie śnieg.

Stopień zachmurzenia nieba i wysokość, w jakiej unoszą się chmury, są różne w różnych okolicach i w różnej porze roku. W okolicach nadmorskich i na wyspach bywa niebo zazwyczaj chmurniejsze, aniżeli nad lądem stałym, w okolicach górskich, od pewnej wysokości począwszy powyżej t. zw. pasma chmur jest niebo zazwyczaj jaśniejsze, aniżeli w równinach. W tej szerokości geograficznej, w której my żyjemy, najmniej zasnute chmurami bywa niebo ku końcowi lata i we wczesnej jesieni, najwięcej zazwyczaj na wiosnę. Zresztą wpływa w tym kierunku bardzo wiele czynników czysto miejscowych, jak przeważny kierunek wiatrów, skład gleby i kształt jej powierzchni, obfitość wód lądowych i t. d.

Znaczenie klimatyczne i klimatoterapeutyczne chmur nie jest wogóle zbyt wielkie, ale nie należy go także lekceważyć. Zasłaniając widnokrąg, nie dopuszczają one promieni słonecznych na ziemię i w ten sposób bezpośrednio zmniejszać mogą ciepłotę, osłabiać do pewnego stopnia roślinność; z drugiej jednak strony zmniejsza się promieniowanie ciepła ziemskiego, a przez to zmniejsza i utrata ciepła. Na ustrój ludzki chmurny widnokrąg o tyle działa niekorzystnie, że zmienia nastrój umysłowy, robi go więcej posępnym, zmniejsza nawet u ludzi wrażliwszych zdolność i chęć do pracy.

Jak stopień zachmurzenia nieba, tak ilość i częstość opadów nie wszędzie i nie w każdej porze są jednakie. Na kuli ziemskiej są prawdziwe pasy deszczowe i pasy bez deszczu. Większą obfitością opadów odznaczają się okolice podzwrotnikowe, mniejszą okolice, bliższe biegunów, jakkolwiek nie brak w tym kierunku wyjątków. Ilość opadów zwiększa się także ze wzrostem wzniesienia nad poziom morza. W okolicach nadmorskich padają deszcze częściej i w większej ilości, aniżeli wśród lądu stałego.

Wielkie znaczenie dla opadów atmosferycznych mają wiatry. W całej zachodniej i środkowej Europie przynoszą wiatry zachodnie i północno-zachodnie deszcz, wiatry wschodnie suszę. Miejscowości górskie, zasłonięte ścianą gór od zachodu, mają skutkiem tego mniejszą sumę opadów, aniżeli miejscowości ku tej stronie otwarte.

Deszcz lub śnieg same przez się są w klimatoterapii czynnikami korzystnymi; spadając na ziemię, porywają ze sobą wszelkie zanieczyszczenia z powietrza, uwalniają je z wielu przymieszek gazowych, oczyszczają z pyłu. Deszcz wtedy tylko jest niepożądany, gdy trwa zbyt długo, całe dnie lub tygodnie, i gdy skutkiem tego wypada ograniczać przebywanie na wolnem powietrzu. Śnieg, leżący w nieco grubszej warstwie i przez czas dłuższy, chroni ziemię przed nadmiernem oziębianiem, nie dopuszcza do podnoszenia się z niej kurzu, powoduje, że powietrze jest przejrzyste, przepuszcza więcej promieni słonecznych. Niepomyślna dla zdrowia pora nastaje dopiero w czasie topnienia śniegu. Powietrze nasyca się więcej parą wodną, powstają w niem rozmaite prądy i wiatry; a wszystko to wpływa zazwyczaj bardzo ujemnie na zdrowie.

Wiatry. Skutkiem nierównomiernego rozgrzania, niejednakiego ciśnienia i niejednakiej prężności pary wodnej powietrza tworzą się w niem prądy, które nazywamy wiatrami. Zależeć one mogą bądź od warunków ogólnych, bądź też miejscowych, powstawać stale, peryodycznie, lub też zależeć od zmian chwilowych, niestałych.

Typem ogólnych, peryodycznych wiatrów są wiatry pasatowe, a mianowicie pasat górny, pasat dolny, pierwszy zwany także antipasatem. Zależą one od niejednakowego rozgrzania powietrza w okolicach międzyzwrotnikowych i biegunowych. Ciepłe powietrze podnosi się na równiku w górę, i w pewnej wysokości tworzy dwa prądy: jeden ku północy, drugi ku południowi. Zimne powietrze, podbiegunowe, znacznie cięższe, płynie w kierunku odwrotnym ku równikowi. Oba te prądy powietrza stykają się stale ze sobą w pasach równikowych i równoważą wzajemnie; są to okolice cisz, czyli t. z. „kalm.“ Skutkiem ruchu obrotowego ziemi zbaczają wiatry pasatowe od pierwotnego północnego, względnie południowego kierunku. Na naszej północnej półkuli wieje pasat równikowy ku północnemu wschodowi, a więc jest wiatrem południowo-zachodnim; pasat podbiegunowy ku południowemu

[1]) Licht u. Farbengesetz u. deren therapeutische Anwendung, 1899.

zachodowi, a więc jest wiatrem północno-wschodnim. W pewnych warunkach oba prądy powietrza stykać się mogą ze sobą, a także z prądami miejscowymi i zmieniać w rozmaity sposób kierunek pierwotny.

Do wiatrów peryodycznych miejscowych należą w okolicach nadmorskich wiatry: morski i lądowy; w okolicach górskich: wiatr górski i dolinowy. Powstają one także skutkiem różnicy w ciepłocie i parciu powietrza. Ląd stały rozgrzewa się szybciej i silniej aniżeli woda, skutkiem tego powstaje prąd powietrza ku górze i ku morzu, od morza napływa w powstającą próżnię powietrze chłodne, a więc we dnie wieje chłodny wiatr morski. Około zachodu słońca wyrównują się różnice między powietrzem morskiem, a lądowem, nastaje czas ciszy Po zachodzie słońca oziębia się ląd silniej, niż morze, a więc od lądu dąży ku morzu dołem chłodny wiatr lądowy od morza ku lądowi górny cieplejszy wiatr morski.

W podobny sposób łatwo wytłómaczyć powstawanie wiatrów górskich i dolinowych, wiejących stale w pewnych porach dnia i nocy. We dnie wznosi się powietrze dolin silniej ogrzane ku górze wzdłuż skłonów i tak powstaje dzienny, względnie ranny, ciepły wiatr dolinowy. Po zachodzie słońca oziębiają się rychlej wierzchołki gór, zimne powietrze spada w doliny i tak powstają wtedy wiatry górskie.

Oprócz trzech, względnie sześciu, powyższych rodzajów wiatru wieją w różnych okolicach inne jeszcze, którym odrębne nawet nadano imiona. I tak w Arabii, Persyi i w niektórych innych krajach Wschodu wieje wiatr pustynny, zwany „samum“, w Egipcie podobny wiatr, nazwany „chamsin“, w okolicach Afryki, położonych na zachód Sahary „harmattan“. We Włoszech i Sycylii zjawia się w pewnych odstępach czasu wiatr południowy lub południowo-wschodni, zwany „sirocco“; w Hiszpanii taki sam wiatr nazwany „solano“. Szwajcaryę nawiedza ciepły i suchy wiatr, zwany „föhn“, więcej ku północnemu wschodowi od południowego zachodu. Nadmorskie okolice południowej Francyi i północnych Włoch mają znów dość często wiatr północno-zachodni-francuzki „mistral“, włoski „maestro“, suchy i zimny.

Dla charakterystyki pewnego miejsca nie jest wystarczającem poznanie przeważnych kierunków wiatru. Oznaczać trzeba także siłę, ciepłotę i wilgotność prądu powietrza.

Siła wiatru bywa w zasadzie tem większa, im większa jest różnica ciepłoty i ciśnienia powietrza dwóch miejsc, między któremi nastaje wymiana powietrza. Mierzymy ją albo za pomocą odpowiednich przyrządów, zwanych anemometrami, oznaczających szybkość wiatru w metrach na sekundę, albo też za pomocą spostrzeżeń, czynionych gołem okiem, a oznaczonych na skali 1—10. Skala ta jest następująca:

0) Zupełna cisza, 1) zaledwo dający się uczuć powiew, 2) wiatr porusza liście drzew, 3) wiatr porusza liście i drobniejsze gałązki drzew, 4) wiatr porusza nieco grubsze gałęzie, 5) wiatr porusza grube gałęzie, 6) wiatr porusza konary i pnie drzew, 7) silny wiatr, obrywający gałązki, 8) burza łamiąca gałęzie i cieńsze drzewa, 9) burza łamiąca grube drzewa, 10) orkan, zrzucający kominy i dachy.

Pomiary szybkości wiatru wykazują szybkość od 0·3 do 50 i wyżej metrów na sekundę.

Ciepłota wiatrów zależy głównie od ich kierunku. U nas wiatry południowe, południowo-zachodnie i południowo-wschodnie, w dalszym rzędzie zachodnie, przynoszą prądy ciepłe; wiatry północne, północno-wschodnie i wschodnie powiewy zimniejsze.

Od kierunku wiatru i położenia obszarów, przez które wiatr przechodzi, zależy jego wilgotność. Wiatry lądowe, względnie przechodzące przez większe obszary stałego lądu, są suchsze tem więcej, im są zimniejsze. Wiatry morskie, zwłaszcza ciepłe, są wilgotne. U nas suche bywają wiatry północne i północno-wschodnie, mniej południowe i południowo-wschodnie; wilgotne wiatry zachodnie, południowo-zachodnie i północno-zachodnie. Pierwsze sprowadzają pogodę, drugie deszcze.

Znaczenie wiatrów dla klimatologii bardzo jest doniosłe. Powodują one wiele zmian klimatycznych: mogą oziębiać lub ogrzewać powietrze, nasycać je wilgocią lub czynić suchem, zmieniać wreszcie nagle i bardzo znacznie ciśnienie powietrza.

Na ustrój ludzki działają wiatry w ten sposób, że w danym razie ułatwiają parowanie wody w skórze i w płucach i szybko zabierają ciepło. Na zwiększenie parowania wpływają najbardziej suche i ciepłe wiatry; najwięcej ciepła zabierają wiatry wilgotne i zimne.

Elektryczność powietrza. Wiadomości nasze o elektryczności w powietrzu bardzo są jeszcze niedokładne, a żanych prawie danych nie posiadamy po temu, aby określać wpływ jej i działanie na ustrój ludzki. Wiemy, że elektryczność powierzchni ziemi i atmosfery nie jest równa; pierwsza najczęściej ujemna, druga dodatnia. Nie jest ona zresztą równa w różnych porach dnia i w porach roku. Największa bywa w kilka godzin po wschodzie słońca i po zachodzie słońca, najmniejsza przed wschodem i przed zachodem. W zimie i w jesieni jest powietrze więcej przesycone elektrycznością, aniżeli na wiosnę i w lecie. Podobnie pewien wpływ wywiera wysokość warstw powietrza. Warstwy górne zawierają więcej elektryczności, aniżeli warstwy dolne. Stąd też stopień nasycenia jest w górach większy, aniżeli w dolinach.

Omawiając właściwości powietrzni, wspominaliśmy niejednokrotnie o wpływach, wywieranych na nie przez wodę, budowę i ukształtowanie gruntu; wypada więc zaznajomić się z nimi bliżej, poznać z jednej strony wpływ morza i wód śródziemnych na klimat, z drugiej wpływ powierzchni ziemi, jej budowy, ukształtowania i wegetacyi.

Wpływ morza zaznacza się w trzech kierunkach: w działaniu na ciepłotę, na wilgotność i na prądy powietrza.

Woda wogóle, a tem samem i woda morska, odznacza się wyższą gatunkową ciepłotą, aniżeli ląd stały; ogrzewa się skutkiem tego wolniej, ale też i dłużej zatrzymuje ciepło. Od warstw powierzchownych rozgrzewają się warstwy głębsze i to tem głębiej, im morze leży bliżej równika i im cieplejsza jest pora roku. Gdy ciepłota powietrza robi się niższa, oddaje woda powietrzu część swego ciepła; dzieje się to jednak wolno i jednostajnie, gdyż nad powierzchnią wody unosi się pewna ilość pary, która promieniowanie zmniejsza, a także dlatego, że powierzchowne warstwy wody, oziębiwszy się, stają się cięższe, opadają ku dołowi, a na ich miejsce wstępuje cieplejsza woda z warstw głębszych. Pochodzi to stąd, że różnice ciepłoty wody w nocy i we dnie bardzo są tylko nieznaczne, że są o wiele mniejsze w różnych porach roku, aniżeli różnice ciepłoty ziemi i unoszącego się nad lądem stałym powietrza.

Jako następstwo wolniejszego ogrzewania się wody morskiej i powietrza morskiego a szybszego ziębnięcia lądu stałego i powietrza lądowego wybrzeży morskich poznaliśmy peryodyczne wiatry morski ranny, lądowy-wieczorny. One to bezpośrednio sprawiają, że ciepłota okolic nadmorskich w strefie gorącej mniej jest wysoka, w strefie zimniejszej mniej nizka.

Dla zachodniego pobrzeża Europy odrębne ma jeszcze znaczenie prąd morski t. zw. zatokowy — Golfstrom — płynący od zatoki meksykańskiej koło wybrzeży Francyi, W. Brytanii, sięgający Islandyi i zachodnich brzegów Norwegii. Prawie stała ciepłota wody tego prądu, około 37·0 C, podnosi o wiele stopni średnią roczną ciepłotę przyległych wybrzeży, sprawia, że różnice pomiędzy latem a zimą, dniem i nocą bardzo są tylko nieznaczne.

Powietrze morskie, stykając się bezpośrednio z powierzchnią wody i z unoszącymi się nad nią oparami, nasyca się prawie zupełnie parą wodną, a dążąc ku lądowi udziela jej powietrzu lądowemu, czyni je wilgotniejszem. Ta ciągła wymiana powietrza o różnej ciepłocie i różnym stopniu powoduje, że w okolicach nadmorskich częstsze i obfitsze bywają opady atmosferyczne. Wilgotne i ciepłe prądy morskie, gdy

spotkają w górnych warstwach powietrza na lądzie stałym niższą ciepłotę, nie mogą już pomieścić tyle pary wodnej, ile mieściły w pierwotnych warunkach. Część jej skrapla się, tworzy chmury, a w dalszym ciągu powoduje deszcze.

Nie można pomijać jednej jeszcze właściwości powietrza morskiego i powietrza pobrzeżnego; jest nią zawartość drobinek soli mniejsza lub większa, sięgająca dalszych lub bliższych miejsc na wybrzeżu, zależnie od wysokości fal morskich, od siły i kierunku wiatru.

Wpływ wód lądowych na klimat jest w pewnych granicach i w pewnych warunkach podobny do wpływu morza. Stopień jego zależy od rozległości obszaru wodnego i od głębokości wody. A więc podobnie jak morze i z tych samych powodów działa na ciepłotę bliższych okolic sąsiedztwo rozległych jezior lub stawów, o ile gęsto obok siebie leżą. We dnie płynie ku lądowi chłodny powiew wiatru i oziębia nieco powietrze; w nocy wznosi się prąd cieplejszego powietrza z nad wody ku górze, a dołem ciągnie bardziej oziębione powietrze lądowe ku wodzie. W zimniejszej porze roku o tyle tylko wody lądowe wpływać mogą na ciepłotę powietrza, o ile przechodzi nad ich powierzchnią powiew odleglejszego wiatru, który ku brzegom unosi cieplejsze warstwy nadwodne. Ważną jest także rzeczą, czy wody zamarzają, w danym razie, jak długo pokryte są lodem. Z wiosną lodowa powierzchnia wód wpływa na ciepłotę sąsiednich pobrzeży ujemnie, obniża ją, taksamo jak sąsiedztwo lodowców, lub pól śniegowych w górach.

Na wilgotność powietrza wpływają wody lądowe tak samo, chociaż w nieco mniejszym stopniu, jak wody mórz otwartych.

Dla naszych stosunków klimatycznych ważniejsze od wód stojących, jezior i stawów, są wody płynące, rzeki i większe potoki, gdyż z wyjątkiem kilku tylko okolic nie mamy większej ilości stawów.

Wpływ rzek nie może być z natury rzeczy zbyt wielki i zbyt daleki; ogranicza się do miejsc bezpośrednio prawie przyległych; istnieje jednak niewątpliwie. Nadrzeczne powietrze jest w dzień chłodniejsze, w nocy cieplejsze, aniżeli powietrze miejsc leżących dalej od brzegu. Mniejsze są w niem wahania stopnia wilgotności. Że między powietrzem rzecznem a powietrzem dalszem ciągła istnieje wymiana, dowodzą nie tylko wiatry, wiejące od strony rzek, ale także gromadzenie się po zachodzie słońca nieraz w znacznej ilości mgieł rzecznych. Mgły takie mogą być dla pewnych miejscowości bardzo niemiłe, a nawet szkodliwe, gdy niesione wiatrem rozścielają się nieraz w dość grubej, nieprzejrzystej warstwie.

(Dokończenie nastąpi)

IV. Wyciągi.

E. Grawitz. **Leczenie błednicy.** (*Therapie der Gegenwart. Juni*, 1900). Błednica nie jest pierwotnem cierpieniem krwi, lecz tylko częściowym objawem ogólnej nerwicy, w której przez chorobliwą czynność układu naczynioruchowego regulacya wymiany płynów między krwią a tkankami jest zaburzona, skutkiem czego wytwarza się „polyplasmia“. Skąpość hemoglobiny pojedynczych ciałek czerwonych tłómaczy się tem, że w szpiku kostnym pojedyncze komórki skutkiem napęcznienia w rozwoju są uszkodzone. Istnieje możność samoistnego wyleczeenia się z błednicy, bez podawania środków lekarskich, jeżeli tylko usuną się te czynniki, które ją wywołują. Wyszukanie tych przyczyn szkodliwych jest dla lekarza nieraz bardzo trudne, gdyż obok błędów w odżywieniu się i trybie życia grają bardzo ważną rolę czynniki psychiczne, działające niekorzystnie na młodzieńczy układ nerwowy i życie duchowe; tem się tłómaczą korzystne wyniki leczenia błednicy przy usunięciu chorych z domowych stosunków i przebycie leczenia w zakładach leczniczych.

Nawet w lekkich, a tem bardziej w ciężkich postaciach błednicy, bezwzględny spokój i ułożenie chorej do łóżka jest koniecznem, gdyż wtedy skutkiem oszczędzania mięśnia sercowego zaburzenia w krążeniu bardzo łatwo wyrównują się. Wyrazem energicznego sposobu usuwania nagromadzonej wody we krwi i w tkankach jest zabieg Dyesa upustu krwi z żył, z następowym zabiegiem, wywołującym wytwarzanie silnych potów. Metoda ta, obok silnego działania na przemianę materyi, miała wpływać na zmniejszenie się pracy serca. Zdaniem autora, zabieg ten wytwarza u chlorotyczek krew jeszcze bardziej wodnistą, niezdolną do dostatecznego odżywienia tkanek, dlatego też on nazywa go zabiegiem heroicznym, a korzystne wyniki metody tej, przez niektórych stwierdzone, przypisać należy podrażnieniu, jakie wywołuje upust krwi na komórkotwórczą czynność szpiku kostnego. O ile korzystnem jest u chlorotycznych wywoływanie potów, o tyle nieuzasadnionem jest twierdzenie niektórych autorów, jakoby poty były wynikiem i następstwem upustu krwi. Autor stosuje w początkach leczenia błednicy kilkakrotnie ciepłe kąpiele z następowemi procedurami napotnemi, po których chore czują znaczną poprawę swych przypadłości, szczególnie objawów mózgowych. Jak długo chore chlorotyczki pozostają w łóżku, stosuje autor mięsienie kończyn dla wzmocnienia krążenia krwi; następnie, skoro opuszczają łóżko, zaleca chłodne zmywanie i nacieranie. Pobyt w okolicach lesistych, w zdrojowiskach żelezistych, lub w okolicach nadmorskich jest dla chorych, błednicą dotkniętych, korzystny i lepszy, aniżeli w klimacie wysokim, n. p. St. Moritz.

Niema na świecie chemika-farmakologa, któregoby pomysłowość nie wytworzyła przetworu żelezistego, prawie swoistego na błednicę: jednakowoż, jak długo los i rola drobiny żelaza w ustroju jest niedokładnie znana, a względnie, przyjąwszy nawet wessalność żelaza wedle badań Quinckego, to nieznajomość wpływu tego wessanego żelaza na samą krew jest powodem, iż żelazo, tak jak chinina i arsen, jest tylko środkiem pomocniczym do leczenia błednicy. Wychodząc z przyjętego twierdzenia, iż każdy przetwór żelezisty nieorganiczny zmienia się w żołądku na chlorek żelaza, stosuje autor kroplami w myśl klinicznych wykładów C. Gerhardta, rozczyn wodny sześciochlorku żelaza. Środki „modernistyczne“, do których należą organiczne połączenia żelaza i inne organoterapeutyczne leki, mające coraz szumniejsze napisy, mogą działać raczej drogą poddawania, aniżeli skutkiem korzystnego wpływu na ustrój chorego. Najważniejszym, a dość trudnym działem w leczeniu błednicy, jest odżywienie osób, dotkniętych błednicą i uregulowanie czynności żołądka i kiszek.

O ile wdzięcznem jest leczenie błednicy, o tyle pamiętać należy przy rokowaniu, że istnieje nie zbyt mała liczba chorych na błednicę, u których leczenie nie daje żadnego zupełnie wyniku, a które w budowie już okazują t. zw. przez Virchowa błednicze zmiany układu naczyniowego, polegające na niedokształcie serca i wielkich naczyń, wązkiej, cienkościennej aorcie, wrodzonych zaburzeniach w budowie narządu płciowego. Chorzy tacy, mający wrodzoną przewlekłą błednicę, ulegają najczęściej przyłączającej się ostrej chorobie zakaźnej. Leczenie w takich przypadkach powinno być zapobiegawcze i należy je rozpocząć już wtedy, gdy anatomiczna podstawa tego ciężkiego stanu błedniczego się wytwarza, a więc w pierwszej młodości, gdzie układ naczyniowy, pod wpływem zwiększonej czynności mięśniowej, może się rozwinąć. Te pierwsze zarodki przyszłej błednicy powstają tak przez niedostateczną czynność mięśnia sercowego, wywołaną brakiem swobodnych ruchów i wadliwym sposobem ubierania się, szczególnie w okresie pokwitania, jak i niedostatecznem i nieodpowiedniem odżywianiem.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. Adolf Baginsky (Berlin). **Wskazówki lecznicze.** (*Die Therapie der Gegenwart. Juni*, 1900).

I. Zastósowanie *Ung. argenti colloidalis Credé* w ciężkiej płonicy. R. 1898 ogłosił Credé leczenie chorób zakaźnych za pomocą srebra, rozpuszczonego w wodzie i płynach białkowatych, mającego wrzekomo działać wstrzymująco i zabójczo na rozwijające się zarazki chorobotwórcze, a w szczególności na paciorkowca i gronkowca. Fabryka chemiczna Heydena w Radebeul pod Dreznem wprowadziła w handel maść, zwaną *Ungu. argenti colloidalis* wedle przepisu Credégo, sporządzoną w sposób zbliżony do szarej maści rtęciowej, a zawierającą 15% *argenti colloidalis*, obok 10% tłuszczu wieprzowego, nieco wosku i eteru będźwinowego. Dawka na jednorazowe wtarcie dla dziecka, oznaczona przez Credégo, wynosi 1 grm.; wcieranie odbywa się w skórę przez 20—25 minut.

Złośliwa epidemia płonicy, panująca w miesiącach zimowych, a będąca w związku z zakażeniem łańcuszkowcami dała powód Baginskyemu do zastósowania tej metody Credégo w 13 przypadkach tej choroby. Z historyi chorób zaznaczyć wypada, że 10 przypadków zakończyło się śmiercią, 3 było wyleczonych, lecz i te odznaczały się mniej złośliwem zakażeniem i łagodniejszym przebiegiem płonicy, dającym z największym prawdopodobieństwem pewność wyzdrowienia i przy leczeniu inną metodą. Autor stósował środek ten w wyżej przytoczonych przypadkach w ciągu 2 do 27 dni i stwierdził, że lecznicza ta metoda nie ma wpływu ani na przebieg go-

rączki, ani na ciężkość objawów ogólnych, zupełnie nie zmniejsza zmian chorobowych w gardle i nie jest w możności wstrzymać wystąpienia posoczniczych powikłań. Metoda więc leczenia płonicy wcieraniami maści Credégo jest bez wartości.

II. Zastósowanie sodanu sozojodolowego w płonicy. Zawód, jaki każdego lekarza spotkać może w ciężkich, częstokroć zgorzelinowych zajęciach gardła w przebiegu płonicy po zastósowaniu czyto wstrzykiwań karbolowych, czy przepłókiwań gardła mieszaniną ichtyolu i sublimatu, naprowadziła Baginskyego na myśl użycia miejscowego do gardła sozojodolu. Jako najodpowiedniejszą uznał autor mieszaninę, podaną przez Schwarza: *Natrium sozojodolicum, Flores sulphuris aa.* DS. Kilkakrotnie dziennie wdmuchiwać do gardła. Zastósowawszy w 12 przypadkach mniej lub więcej ciężkich zajęć gardła w płonicy, doszedł on do wniosku, że lek ten jest bardzo ważnym środkiem pomocniczym w leczeniu złośliwych powikłań płonicy chorobami gardła, gdyż w zasadzie już po 2—3 dniach oddzielają się brudne naloty, błona śluzowa staje się żywo-czerwoną i zwolna klęśnie razem z obrzękłymi migdałkami.

III. Leczenie *Dermatitis exfoliativa sive pemphigus malignus.* Nie wchodząc w szczegóły stosunku złośliwej pęcherzycy noworodków do złuszczającego się zapalenia skóry (*dermatitis exfoliative*) autor opisuje obraz choroby u bardzo młodych dzieci, między 2 a 3-cim tygodniem życia, a zaczynającej się od pęcherzyków drobnych, a mogącej się rozszerzyć na całe ciało, oddzielić naskórek, a przez to odsłonić miazdrę (*corium*). Leczenie tej choroby polega na zastósowanie 6—8 minutowych kąpieli z odwaru kory dębowej (1 kilo) o ciepłocie 27—28° C, następnie osuszenie ciała i obsypanie pudrem z tlenku cynkowego i talku aa. Metoda ta leczenia, poparta troskliwem odżywieniem i największą czystością jest jedyną, dająca dobre wyniki.

IV. Wstrzykiwanie istoty mózgowej w przypadku tężca noworodków. Autor opierając się na badaniach Wassermana i Takakiego o własnościach uodporniających istoty mózgowej i rdzeniowej przeciw jadowi tężca i na doświadczeniach klinicznych wstrzykiwań tych istot w przebiegu tężca przez Krokiewicza, Schramma, Żupnika, Szustera, zastósował ten zabieg leczniczy w przebiegu tężca noworodka. Dotyczy on dziecka 13-dniowego, u którego w chwili przyjęcia do szpitala już od 4 dni istniały objawy tężca. Przebieg choroby był nader ciężki i zakończył się śmiercią. Ośm gramów mózgu z królika, aseptycznie wydobytego, rozcierał autor z wodą wyjałowioną tak, że powstawała różowawo-jasnobrunatnawa zawiesina. Z tego płynu wstrzykiwał autor aseptycznie 2·5 sz. ctm. na jeden raz. Wstrzyknięć było sześć, po jednem codziennie. W miejscach wstrzyknięć nie było żadnych objawów odczynu. Autor, nie mogąc z tego jedynego przypadku wyciągnąć żadnego wniosku, wyraża tylko wrażenie, jakie odniósł z przebiegu choroby, mianowicie, że objawy tężcowe w przebiegu tego leczenia zmniejszały się nader szybko. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. Cz. Uhma. **Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych.** (*Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego,* 1900). Na podstawie 2422 przypadków chorych, zgłaszających się z powodu kiły, rzeżączki, wrzodu miękiego lub zboczeń czynnościowych narządu płciowego, zestawił autor statystykę i obliczył odsetki, przypadające na pojedyncze choroby, jakoteż oznaczył, na jaki okres życia przypada najwięcej chorób narządu płciowego. Wedle obliczenia autora przypada 34·60% na kiłę, a 72·70% na rzeżączkę; stosunek zatem kiły do rzeżączki był jak 1:2·10. Pierwotny wrzód kiłowy stwierdził autor w 22·36% przypadków, ostrą rzeżączkę w 54·95%, a wrzody miękie w 22·69%; stosunek więc wrzodu kiłowego pierwotnego do wrzodu miękiego i ostrej rzeżączki przedstawia się jak 1:1·014:2·457. Na niedomogę płciową leczyło się 5,57%. Przeważna liczba chorych nie przekroczyła 25 r. życia, najwyższa liczba zakażeń kiłą przypada na 24 rok życia. Wpływ obrzezania uwydatniał się rzadszem nabywaniem rzeżączki u żydów. Pośród chorych, zgłaszającychsię z powodu niedomogi płciowej, było aż 33·33% rasy semickiej. Zapalenia przyjądrzy i ropienia gruczołów zdarzały się częściej po stronie lewej. *Dr. Latkowski.*

L. Wachholz. **Samobójstwo przez postrzał.** (*Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego,* 1900). Autor opisuje rzadki przypadek samobójstwa przez trzykrotny postrzał w głowę. Jeden strzał był zadany w skroń prawą, a utkwił w głębi płatu czołowego; drugi w małżowinę lewą, pocisk jego przebił lewy płat czołowy, poczem przeniknąwszy kanał postrzałowy, utworzony w prawym płacie czołowym przez pocisk strzału pierwszego, i rozszerzywszy otwór w kościach skroni prawej, wydostał się na zewnątrz; postrzał trzeci zadany był o 3 ctm. ku tyłowi po za miejscem postrzału drugiego, a pocisk, przebiwszy lewą półkulę mózgu i otwarłszy tylny róg lewej komórki, w niej utkwił. Ponieważ 2 pierwsze postrzały nie należą do postrzałów, sprowadzających natychmiastową śmierć, ani nawet do wywołujących nieprzytomność, zadane bowiem były bronią małego kalibru, a nie obrażały części mózgu, niezbędnych do życia, denat więc mógł zadać sobie trzeci strzał, który obraził lewą komórkę. Za przypuszczeniem samobójstwa przemawia brak znaczniejszego krwotoku śródczaszkowego lub śródmózgowego i że denat, który, wedle prawdopodobieństwa, wykonał zamach późnym wieczorem, mimo braku wszelkiej pomocy i mimo przepędzenia w tym stanie całej nocy w szczerem polu, żył jeszcze do godziny 4½ następnego popołudnia. *Dr. Latkowski.*

Dr. Eliasz Radzikowski. **O zachowaniu się krwi w niedokrwistości urazowej.** (*Pamiętnik wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Autor opisuje przypadek niedokrwistości urazowej, która wystąpiła u chorego na wrzód okrągły żołądka, w następstwie licznych i obfitych krwotoków żołądkowych. Na podstawie dokładnych rozbiorów klinicznych krwi i zmian w niej znalezionych, a cechujących niedokrwistość ciężką, przychodzi do następujących wniosków. Niedokrwistość urazowa może przybrać znamiona najcięższej niedokrwistości, t. j. niedokrwistości złośliwej. Pojawiające się w przypadku autora megaloblasty nie mogą już mieć obecnie znaczenia rozpoznawczego dla niedokrwistości pierwotnej, gdyż niedokrwistość urazowa jest stanem następowym. Tak samo pojawienie się ich w tym przypadku niedokrwistości urazowej osłabia ich złe znaczenie prognostyczne, natomiast zbyt niski odsetek (15%) hemoglobiny jest wróżbą złowrogą. W niedokrwistości urazowej mogą się pojawiać we krwi ciałka czerwone jądrzaste, będące w karyomitozie i to w znacznej ilości, a nawet twory dwojacze. Minimum ilości ciałek czerwonych pojawia się w kilka dni po krwotoku, równocześnie z minimum zawartości hemoglobiny, a powiększaniem się leukocytozy. Stosunek między ilością ciałek czerwonych a zawartością hemoglobiny jest w pierwszych dniach po krwotoku prosty, następnie wytwarza się typ krwi bledniczej. Leukocytoza jest mierna, dotyczy ciałek jądrzastych obojętnochłonnych i ciałek jednojądrzastych wielkich, na niekorzyść limfocytów.

Z nieprawidłowych ciałek pojawiają się nieliczne myelocyty i „ciałka pobudzone". W końcu wysnuwa autor wniosek co do zachowania się jąder w ciałkach czerwonych jądrzastych, iż normoblasty pozbywają się jądra przez t. zw. „karyekbasis" wyjście jądra, a megaloblasty przez rozpuszczenie jądra i rozpad, czyli „karyolysis i karyorrhexis". *Dr. Latkowski.*

V. Ze szpitala powszechnego w Sokalu.

Jeżelibyśmy uznali za prawdziwe często głoszone zdanie, że gruźlica jest chorobą głównie krajów oświeconych, to Galicyi należałoby się jedno z naczelnych stanowisk, bo stosunek chorych na gruźlicę do zdrowych jest u nas gorszy, niż n. p. w Anglii. Zależność ta jest jednak tylko pozorna: nie oświata bowiem, jako taka, tworzy gruźlicę, lecz czynne są tu te wszystkie niepomyślne warunki, które towarzyszą nowożytnej kulturze, a więc natężona walka o byt, sztuczne przeludnienie, wzrost nędzy i t. p. Wobec szybkiego pochodu ekonomicznego — urządzenia, zabezpieczające zdrowotność, pozostały w tyle i w ten sposób wytworzyły się niejako pewne okoliczności uboczne, wielce szkodliwe, tamujące nawet sam postęp. Tu należy i gruźlica, która nie jest owocem oświaty, lecz wynikiem pewnych jej braków, pewnych warunków ujemnych.

Te właśnie warunki powstać mogą niezależnie od wysokiego stopnia oświaty w kraju o miernej, a nawet zacofanej kulturze. I tak jest w Galicyi, która z powodu położenia geograficznego i przeszłości historycznej została zgnębiona ekonomicznie przez ościenne kraje, silniejsze przemysłem, rękodziełami i rolnictwem. Uboga w kwiaty kultury, obfituje w jej pleśnie: przeludnienie, ciemnotę i nędzę. W dodatku ma klimat niekorzystny, bo kraj odarty z krasy leśnej w dolinach rzek, a świecący ogołoconem z drzewostanu, nagiem podgórzem, wystawiony jest na wiatry, gwałtowne zmiany dziennej ciepłoty i coraz skąpsze opady. W tych warunkach Galicya musiała zająć pod względem rozpowszechnienia gruźlicy wybitne stanowisko. To są przyczyny ogólnej przyrody. Wiadomo jednak, że każda okolica, obfitująca w gruźlicę, ma nadto swoje odrębne, domowe niejako, przyczyny. W okolicach fabrycznych bywają to pewne rodzaje zajęć, n. p.

szlifiernie; w miejscowościach górskich będą to skłony, mało ogrzewane słońcem, a narażone na przeciągi; to znów przyczyna tkwi w pewnych szkodliwych tradycyach budownictwa ludowego, domowego przemysłu, sposobu odżywiania się itp. I nasz też kraj, szczególnie we wschodniej części, nie jest wolny od takich sobie właściwych szkodliwości. Wymieniam tu niektóre, a każdy lekarz, który dłużej stykał się z ludem, przyzna, że własne doświadczenie jego z tem się zgadza. Tu należą n. p. posty bardzo surowo przez ludność wschodniego obrządku przestrzegane. Post główny trwa dni czterdzieści, a przez ten czas lud nie spożywa ani mięsa, ani żadnego nabiału, jak mleko, masło, ser, jaja; jedyną okrasę stanowią oleje roślinnego pochodzenia, a jedyny przysmak — śledź solony. Prócz tego są jeszcze inne posty krótsze, lecz równie ostre. Dalej na wzmiankę zasługuje zwyczaj rozpowszechniony między niewiastami karmienia dzieci piersią przez czas bardzo długi. Ma to znaczenie domorosłego „malthusianismu“ do czego kobiety nieraz wręcz się przyznają, skoro im się gani karmienie dzieci dwuletnich, a nawet starszych, doskonale biegających i dobrze obznajmionych ze sposobami walki o byt z łyżką w ręku. Kobieta młoda, przedłużająca karmienie, dotknięta początkowemi zmianami gruźliczemi, jest typowem niemal zjawiskiem w pokoju ordynacyjnym lekarza. U młodzieży męzkiej, zwłaszcza u żydów i małomieszczan, spotyka się znowu sztuczne charłactwo, wywołane głodzeniem się, obfitem piciem octu i t. p., w celu uwolnienia się od poboru wojskowego. Wielu z nich staje się pastwą gruźlicy. Innem zjawiskiem, zapewne od klimatu zależnem, są uderzające swoją częstością w północno-wschodnich powiatach kraju przewlekłe sprawy chorobowe górnych dróg oddechowych, przerosty błony śluzowej nosa, przewlekłe nieżyty przełyku z dażnością zanikową, przerost migdałków i t. p. W bardzo licznych przypadkach można napotkać osobniki młode, gruźlicą dotknięte, z wybitnemi zmianami tego rodzaju. Te przykłady przytaczam nie dla wyczerpania rzeczy, ale dla zwrócenia uwagi na szkodliwości miejscowe, których poznanie jest ważne, w razie rozpoczęcia walki z gruźlicą, ważniejsze poniekąd, niż stósowanie obcych szablonów.

Potrzebę tej walki uznać musimy, skoro rozpatrzymy się w liczbach urzędowych, a o ileż więcej uznać ją musimy wobec pewności, że te liczby nie dają nam jeszcze całego obrazu spustoszenia, przez gruźlicę sprawianego. Wykazy śmiertelności wogóle, a więc i gruźlicy, tworzą się z zestawienia kartek pośmiertnych, sporządzanych przez t. z. oglądaczy. W miastach i miasteczkach oglądaczami są lekarze, a choć i ci niezawsze mają możność trafnego określenia przyczyny śmierci, to jednak orzeczenia ich w przeważnej liczbie przypadków zasługują na wiarę. Po wsiach jednak oglądaczami są włościanie, ludzie prości i ci tworzą fantastyczne rozpoznania, czasem bardzo śmieszne, których darmo szukać w podręcznikach patologicznych. Wobec różnorodności stanów klinicznych, przez gruźlicę wywoływanych, jest wprost niepodobieństwem żądać, by tacy oglądacze byli w stanie zapisywać każdy skon, istotnie przez tę chorobę sprawiony. W ten sposób mnóstwo przypadków idzie na karb zapalenia płuc, nieżytu płucnego, zaziębienia, zapalenia, sławnej „poruchy“ lub „złego wiatru“, zmniejszając liczby śmiertelności na tle gruźlicy. A ileż to jest chorób innych, groźnych, zbierających smutne żniwo ludzkich żywotów, które do gruźlicy należą... ale bez wiedzy oglądaczów. Choroby stawów, kości, otrzewnej, opon mózgowych, nerek i tyle, tyle innych. Zesumowanie tego pogłowia podwoiłoby chyba co najmniej statystykę urzędową. Przyjmując zasadę, że śmiertelność, spowodowana przez choroby nagminne równa jest mniejwięcej śmiertelności z gruźlicy (Köhler), powiedziało się już bardzo wiele, ale nie wszystko. Biorąc rzecz z punktu widzenia gospodarstwa społecznego, zestawienie to chroma niezmiernie: choroby zakaźne załatwiają się z ludźmi szybko; — choroba trwa dnie lub tygodnie, porywa ofiarę, a zakłócony porządek domowy rodziny tej ofiary powraca znowu do zwykłego biegu. Inaczej z gruźlicą: ona jak „Frau Sorge“ Sudermanna długo towarzyszy człowiekowi. Choroba wlecze się miesiące, lata całe, chory, niezdolny do pracy, nietylko usuwa się sam od zajęć, ale jeszcze zatrudnia inne pracujące ręce i głowy, zubożając przez to pośrednio siłę wytwórczą kraju. Rodzina nie skąpi mu ratunku, ponosi wydatki na leki, lekarzy, na wygody, ubożeje i popada nieraz w ostateczną nędzę, zwłaszcza gdy choruje ojciec, który przedtem utrzymywał rodzinę, a teraz dzień po dniu zużywa dawniejsze zapasy, a potem robi długi z nadzieją wyrównania ich, a potem już bez nadziei czeka, by śmierć dobroczynna położyła kres niedoli bez granic. Ale i to jest złudzenie; śmierć nie jest kresem niedoli, bo zostaje smutne dziedziczne usposobienie do gruźlicy, które gorsze, niż klątwa starożytnej tragedyi, bo niezasłużone własnemi winami, prześladuje pozostałych przy życiu. Takie obrazy snują się codziennie przed naszemi oczami, obrazy, wobec których bledną wyszukane pomysły literackiego realizmu. Byłoby rzeczą bardzo pouczającą zestawić bilans przeciętny strat, spowodowanych przez przypadek gruźlicy w rodzinie średnio zamożnej. Może liczby dopiero odkryłyby cały ogrom klęski społecznej, jaką sprawia ta choroba w rozmiarach większych, niż można przypuszczać.

Potrzeba rozwinięcia prawidłowej walki z gruźlicą w naszym kraju jest tak słuszna, że wszelkie argumenty są zbyteczne. Za granicą wszędzie prawie od niewielu lat zabrano się do roboty, a wyniki są już zdumiewające. „Niebywałe ożywienie, — pisze Sterling, — jakie panuje w Niemczech w sprawie walki społeczeństwa z gruźlicą, powstało na tle spokojnego rozwoju wiedzy, która w gruźlicy wykazała największego wroga dobrobytu, a zarazem dowiodła uleczności tego cierpienia i to przy pomocy środków dostępnych każdemu społeczeństwu“. Tam uznano gruźlicę, jako klęskę ekonomiczną i z tego punktu widzenia zabrano się do niej; najwięcej zaś zdziałały ustawowo w tem państwie zaprowadzone Kasy ubezpieczenia na starość i od wypadku choroby, coś bardzo zdaleka przypominającego swym przymusem nasze Kasy chorych (*Invaliditäts und Alterscassen*). Kasy te, wskutek gruźliczego charłactwa swych członków, znaczne ponosiły straty i dla zaradzenia złemu poczęły zakładać własne sanatorya i wyszły na nich dobrze. Takich sanatoryów mają Niemcy obecnie już kilkadziesiąt, a dzienny koszt leczenia jednego chorego wynosi około 3 Marek. Podstawę naukową i praktyczną urządzeń zawdzięczają lekarzom, z których najzasłużeńsi Brehmer i Dettweiler; pierwsza zaś myśl leczenia klimatycznego bez wywożenia chorych na południe lub w Alpy wyszła prawdopodobnie od znanego lekarza poznańskiego, Kaczorowskiego. Zakładanie sanatoryów jest tylko jednym z objawów szeroko rozwiniętej działalności publicznej w kierunku higieny i zapobiegania chorobom, do czego ludność oświecona znakomicie dopomaga. Zwrócono uwagę na gruźlicę u bydła, na higienę szkół, urządzeń komunikacyjnych i miejskich itp., a wybrzeża Bałtyku i morza niemieckiego roją się co roku od dziatwy ubogiej, wysyłanej do morskich kąpieli. W tym samym kierunku, a poniekąd jeszcze dalej, poszły inne państwa, Anglia — z najdawniejszą na świecie organizacyą przeciwgruźliczą, Francya, Szwajcarya, Hiszpania, o czem na Kongresie berlińskim szerokie robiono sprawozdania. Na szarym końcu znalazła się Austrya, która w statystyce gruźlicy jedno z pierwszych miejsc zajmuje. Jedynie „Allandverein“ ze swym wspaniałym zakładem świadczy o początkach ruchu.

Warto się zastanowić, jakiemi drogami robota u nas w Galicyi pójść powinna. Są już i u nas początki: Sanatoryum budujące się w Zakopanem będzie okazałą inauguracyą nowego ruchu, a zarazem choć nie spełni zadania ludowego uzdrowiska, stanie się probierzem klimatycznej wartości naszych Tatr. W dziennikach coraz częściej podnoszą się głosy, pochodzące przeważnie od lekarzy, nawołujące do walki — i one też przygotowują ogół do przyszłych ofiar na rzecz tej walki. Wydatność pracy takich mężów, jak Jordan, Jakubowski i inni, oraz dobre skutki działalności kolonij wakacyjnych i stacyj ratunkowych świadczą, że kraj nasz ma lu-

dzi sięgających daleko okiem obywatela filantropa i że ziarna poczciwe nie padają na jałową skałę Nie idzie tu bowiem o sanatorya i tylko o sanatorya. Chcąc zmniejszyć rozmiary złego, trzeba je wypleniać wszechstronnie, trzeba całe społeczeństwo powołać do pomocy, — jednych przekonać przykładem, drugich przymusić przepisem. Bakteryolog, który bada własności lasecznika i stróż, który polewa wodą podłogę szkolną przed zamiataniem, — obaj pracują dla celu wspólnego, — jeden świadomie, drugi nieświadomie. Nie trzeba się łudzić nadzieją, by pomoc przyszła nam z zewnątrz lub z góry. Tylko na własne siły liczyć możemy. Szczególnie zaś oglądanie się na pomoc rządu jest złudzeniem, bo udział rządów w walce z gruźlicą jest ograniczony i trudny. Dowodzą tego przykłady z zagranicy, gdzie rządy bardzo nawet bogate nie podjęły inicyatywy i złe tak długo trwało, dopóki siły obywatelskie nie zabrały się do dzieła. Rząd może wydać te lub owe rozporządzenia, zakazy, jak n. p. istniejące u nas ostrożności co do plucia na podłogę w wagonach, co do przewożenia gruźliczych, wreszcie przepisy dla hodowców bydła, rzeźni, zakładów przemysłowych itp.; ale żaden rząd całemu brzemieniu nie podoła, ani nie wychowa pokoleń w duchu higieny osobistej i ofiarności na cele zwalczania gruźlicy. Nie należy przeto przeceniać doniosłości żądanego z wielu stron uznania gruźlicy urzędowo za chorobę zakaźną i poddania jej przepisom ogólnym, stosującym się do chorób zakaźnych. Jest bowiem ogromna różnica pomiędzy stłumianiem początków epidemii duru, a choćby i cholery, a między dezinfekcyą domu, w którym zmarł ktoś na gruźlicę. Czemże jest choćby najstaranniejsze oczyszczenie tej małej przestrzeni wobec miliardów laseczników, jakie chory przez kilka lat rozpylił w powietrzu drogą kaszlu i innych wydalin? a gdyby nawet rozciągnięto dozór nad chorymi i postarano się o ich odosobnienie, jakże trudno będzie oznaczyć, kto jest właściwie chory i kto jako taki podpada pod rygor drakońskiego przepisu. A gdzie środki na zaopatrzenie jego rodziny przez całe lata? Widzimy więc, że ogłoszenie gruźlicy za chorobę zakaźną nie wiele na rzecz wpłynie, bo rozbije się o tę samą gruźlicę, która przez swoje rozpowszechnienie i długość trwania zajmuje swoiste, odrębne stanowisko wśród chorób zakaźnych. Rząd każdy może natomiast bardzo dużo zrobić przez poszczególne przepisy, jak zaprowadzenie lekarzy szkolnych, przymus szczepienia tuberkuliny u bydła, nadzór przemysłowych inspektorów nad fabrykami i warsztatami, udzielenie opieki moralnej i materyalnej pracom przeciwgruźliczym osób prywatnych lub stowarzyszeń, ułatwienia przy zakładaniu uzdrowisk, zbieranie materyałów statystycznych i klimatologicznych itp. W ten sposób, nie kodyfikując całego obszaru szkodliwości gruźlicy w pewne paragrafy rząd może dzielnie wspierać jej zwalczanie. Zawsze jednak główny ciężar roboty spoczywa na ramionach i na kieszeni kraju. Niestety, społeczeństwo galicyjskie nad wyraz jest biedne, a szczególnie do doświadczeń dobrowolnych niezdolne, bo klasa średnia, która według doświadczenia jest najlepszem źródłem składek i ofiar na cele publiczne, — nie ma żadnych zasobów. Cóż dopiero mówić o ludzie. W Niemczech jedna maleńka, nędzna gmina górska dała na obce sanatoryum 43 Marek; czy u nas dużo miasteczek zdobyłoby się na taka wkładkę? A jednak nie można wyrzec się wszelkich widoków. Przecież kraj nasz z ofiarności prywatnej i sejmowej wspiera dużo pożytecznych zakładów, więc i dla walczących z gruźlicą droga zatarasowana nie jest. Do tego potrzeba jednak usunąć inną jeszcze przeszkodę, na którą zwrócił mi uwagę pewien głęboki znawca spraw krajowych. Oto ogół nielekarski, a więc poniekąd i Sejm, nie nabrał jeszcze zaufania do środków przez naukę zalecanych i nie dowierza, by gruźlica była chorobą istotnie uleczna. I tu właśnie otwiera się pole dla pracy humanitarnej lekarzy, godna spuścizna obywatelskich tradycyj krakowskiego Dietla i jego szkoły.

W tym skromnym szkicu chciałem zwrócić uwagę nie tylko na potrzebę, ale i na możność podjęcia walki z gruźlicą, która to walka wcześniej czy później kraj nasz czeka. pod grozą charłactwa przyszłych pokoleń i wzrostu śmiertelności.

. . . .

Piekącą sprawą jest stosunek szpitala prowincyonalnego do gruźlicy. Co roku w szpitalach tych szuka pomocy znaczna liczba chorych na gruźlicę, bo około 1500, co przy najskromniej obliczonym czasie pobytu 20 dni i opłacie dziennej 50 cnt, czyni 15,000 złr. austr. Kraj ponosi wydatek, a tymczasem w szpitalu dzisiejszej modły gruźlica nie jest uleczną. Z wyjątkiem prób ostatnich czasów, — o czem niżej, — nie widziałem nigdy chorego wyleczonego w szpitalu z gruźlicy i wątpię, czy który z lekarzy szpitalnych może się czemś lepszem poszczycić. Przyczyna tego tkwi w tej smutnej prawdzie, że urządzenie szpitali zupełnie nie odpowiada celom leczenia gruźlicy, której wymagania są zupełnie inne, niż wymagania chorób wewnętrznych, chirurgicznych, skórnych itp. Chory, przychodząc ze wsi do szpitala, zamienia poniekąd lepsze na gorsze; poprawę ma chyba tylko w żywności, — jeżeli jest bardzo ubogi i w domu nie miał co jeść. Najbardziej cierpi z powodu braku powietrza i wygód. Wyjątkowo tylko, jeżeli trafi na okres wyludnienia szpitala z chorych i dostanie się na najlepszą salę, — co w naszych stosunkach bardzo rzadko się zdarza, — ma położenie znośniejsze. Ale to jest przypadek, a nie zasada. Niektórzy znów chorzy, u których choroba ma cechę przewlekłą, odżywiając się w szpitalu lepiej niż w domu, poprawiają się zwolna, co jednak dalekiem jest od wyleczenia, bo po upływie dozwolonego czasu pobytu, t. j. sześciu tygodni, zmuszeni są szpital opuścić, wrócić do domu i wieść dalej nędzny swój żywot, starając się znów niedługo wrócić do szpitala. Powrót ten już w gorszych odbywa się warunkach; tak nie jeden chory dwa lub trzy lata przepędza między domem a szpitalem, aż w końcu ulega bez wyjątku swemu przeznaczeniu. Częstszą postacią w szpitalu jest gruźlica ostra, w której zmiany stanu ogólnego i zmiany w płucach z przerażającą postępują szybkością. Zwykle są to osobniki młode, zapisane w księgach szpitalnych z lat poprzednich, jako leczone na zołzy, lub niedokrewność. Równie często rzekomo wyleczeni z gruźlicy kości lub stawów, wracają po miesiącach do szpitala w stanie beznadziejnym. Dla lekarza wszyscy ci goście są bardzo niepożądani. Najpierwszą troską jest, gdzie ich położyć i to ze względu na nich samych, by się znaleźli w znośnych dla siebie warunkach i ze względu na drugich chorych, n. p.: z grypą, zapaleniem płuc, nieżytem oskrzelowym, blednicą itd. Nieraz jest to niepodobne do wykonania z przyczyn fizycznych, a wtedy lekarz naraża się na wielkie wyrzuty sumienia. Zazwyczaj robi się tylko połowę, to jest oddziela się takich dwóch chorych kilkoma łóżkami, zawsze jednak pozostają w tej samej sali. To są złe rzeczy widoczne, a gorsze może są niewidoczne, bo chory gruźliczy, nawet po wyjściu ze szpitala, pozostawia po sobie — znaną drogą wysychania plwocin, pył zakaźny, zostawia naczynia, bieliznę, sprzety, spluwaczki, które powierzchownie tylko zazwyczaj mogą być odrażone. Tu dopiero nabiera pełnego znaczenia zdanie Birch-Hirschfelda: „Ausnahmslos ist die Lungentuberkulose der Erwachsenen eine Inhalationskrankheit“. Wielka też tylko dobroduszność, mogłaby zaprzeczyć, że szpital dzisiejszy nie jest rozsadnikiem gruźlicy.

Byłoby rzeczą ze wszech miar korzystną pozbyć się chorych na gruźlicę ze szpitala, — gdzie sami mało, albo nic nie zyskują, a dla drugich są szkodliwi. Jestto jednak nie wykonalne, dopóki nie powstaną osobne lecznice dla ubogich tą chorobą dotkniętych, — a i wtedy jeszcze, — wobec szczupłości miejsc wolnych w lecznicach, wobec nie zawsze pewnego rozpoznania, wobec daleko posuniętej choroby, albo niemożności przewiezienia chorego, — szpital nie uwolni się nigdy od obowiązku udzielania gościny chorym na gruźlicę. Powinno się przeto dażyć wszystkiemi siłami do usunięcia wad dzisiejszego szpitala i do wprowadzenia urządzeń, które pozwolą na jakie takie bodaj znośne sąsiedztwo gruźliczych

z innymi chorymi na wspólnem obejściu. Osięgnąć się to da przez tworzenie osobnych oddziałów dla gruźliczych przy szpitalach powszechnych. Myśl ta ma gorących popleczników w takich powagach jak Leyden, Sommerfeld, Penzold i wielu innych. Oddziałów takich jest już dużo w Niemczech, Francyi i Anglii. W Rosyi myśl tę przeprowadza Unterberger z Carskiego Sioła. Na obszarach polskiej ziemi mamy dotąd (o ile mi wiadomo), jeden, ale wzorowo urządzony oddział dla piersiowych przy szpitalu im. Poznańskich w Łodzi Oddział ten utrzymywany jest kosztem datków dobrowolnych, przedstawień i t. p. Dochód wynosił w pierwszym roku 2465 rubli, za co założono już z wielkim komfortem oddział i spłacono kasie szpitalnej i administracyi 1247 rubli; urządzenie więc pochłonęło 1200 rubli. Wymieniam te liczby, by wykazać, że przeprowadzenie podobnej myśli, w rozmiarach jaknajskromniejszych będzie kosztować daleko mniej, a więc da się opędzić niewielkim kosztem. Zasada, doświadczeniami stwierdzona, jest ta, że gruźlicę można leczyć z powodzeniem w każdej mniej więcej okolicy, dając choremu ile możności najkorzystniejsze warunki, co do powietrza, odżywienia, czystości, wpływów psychicznych itp. Warunki konieczne ku temu są następujące: Dwie sale takiej objętości, by każdy chory miał przynajmniej 35 do 40 m.^{3} powietrza; wystawa południowa z oknami dużemi, tak urządzonemi, by górna część przez cały dzień, a nawet w stosownej porze i przez noc mogła być otwarta, — prócz tego przewietrzanie przez kanały w ścianach, przez piec lub kominek; podłoga — wyłożona zupełnie, albo przynajmniej w formie chodników, płytami linoleum lub wreszcie ceratą. Otoczenie powinno być ile możności wolne od kurzawy, dymu fabrycznego i innych wyziewów. Różnica w pielęgnowaniu chorych takiego oddziału, w porównaniu z innymi chorymi szpitalnymi, polegaćby mogła na dłuższym czasie pobytu (około 13 tygodni) na łóżkach, wygodniej zasłanych (materace z trawy morskiej zamiast sienników ze słomy, poduszki z włosienia zamiast poduszek z sieczką), na osobnej szafce lub stoliku dla każdego chorego, osobnej spluwaczce, łatwej do oczyszczenia, szklance, solniczce, na jadaniu przy stole, na żywności obfitszej i lepszej, co zrównoważyćby się dało zaniechaniem zupełnem takich drogich leków, jak kreozotowe i gwajakolowe przetwory, tiokol, syrolina itp., a zastąpienie ich zabiegami wodoleczniczymi, zwłaszcza w postaci nacierań, ściśle oznaczonemi codziennie przez lekarza, wylegiwaniami na wolnem powietrzu (o ile temu warunki miejscowe sprzyjają), a wreszcie zatrudnieniem lżejszem, przez lekarza określonem. W niniejszym szkicu, który musi być ogólnikowy, nie podobna wymienić całego szeregu czynników, działających na usposobienie chorego, jak dostarczenie mu książek, dzienników, umieszczenie na sali roślin, obrazów, itp. i bardzo wielu innych środków pomocniczych, dostępnych przy dobrej woli bez kosztów. Jako sposób bardzo pomocny, znajdujący się u nas dopiero w okresie prób, powinne być zastosowane wstrzykiwania do żył (w okolicy łokciowej) roztworów kwasu cynamonowego, a raczej jego soli sodowej, tak zw. hetolu. Sposób ten, zalecony i wykonywany przez Alberta Landerera w Stuttgarcie, pozyskał w świecie lekarskim gorących naśladowców, zachęconych niewątpliwą skutecznością tego środka w odpowiednich przypadkach (Bernheim, A. Mann, White, Łowski, Juriew, Hessen i inni). Stosując ten środek od 3 miesięcy w szpitalu, mogę tylko zachęcić każdego do prób, które niekiedy są świetne, a bezwarunkowo nie dadzą się wyjaśnić działaniem jakichś ubocznych czynników (odżywieniem, wypoczynkiem itp.) i muszą być przypisane hetolowi. Rzecz jest zrazu bardzo żmudna, bo oparta na aseptyce, obejmującej płyn wstrzykiwany, narzędzia, pole operacyjne i opatrunek; z czasem jednak upraszcza się robota przez pomoc samych chorych i przyuczonej służby. Leczenie trwa długo, bo wstrzykując nawet co dwa dni, musi się trzymać chorego co najmniej dwa miesiące. Miejscowi chorzy mogą się później leczyć jako przychodni, ale obcych musi się zostawiać w zakładzie. Leczenie jest nadzwyczaj tanie: 5 gramów hetolu kosztuje 0·75 M., a wstrzykuje się jednorazowo od 1 do 15 miligr. Roztwory można robić w domu i wyjaławiać przed każdem użyciem. Instrumentoryum bardzo proste, złożone z dobrej strzykawki podskórnej, kilku ostrych igieł, kilku miseczek szklanych (Petriego), kilku opasek gumowych i najprostszego małego sterylizatora, ogrzewanego wyskokiem. Bez złudzeń osobistych, badając wszystkimi dostępnymi mi sposobami, — mogę wykazać trzy zupełnie pomyślne wypadki, — co na krótki czas prób jest już chyba wielką zachętą. Sądzę zaś, że stosowanie hetolu przy sprzyjających innych jeszcze warunkach, będzie skuteczniejsze, — aczkolwiek zagoźralcy mały na to kładą nacisk. Słyszałem, że kilka szpitali w kraju robi próby z hetolem, ale nie spotkałem się z żadnem sprawozdaniem [1]).

Wprowadzenie osobnych oddziałów dla piersiowych nie może być dziełem jednej chwili i ogólnem. Nie każdy z teraźniejszych szpitali, nawet przy najlepszej chęci, nadaje się do tego; z pewnością jednak w kilkunastu znajdą się podobne warunki, a przy budowie nowych szpitali, powinno się z góry liczyć z tą potrzebą. Stosowne urządzenia w starych szpitalach mogą być stopniowo wykonywane w granicach corocznego budżetu, bez obciążania dodatkowego funduszów krajowych. Początki mogą być najskromniejsze: po 3 do 5 łóżek dla każdej płci. Idzie bowiem głównie o ten pierwszy krok ku poprawie, o uprawdopodobnienie wyleczenia gruźlicy w szpitalu, choroby, która dotąd na prowincyi kosztuje kraj około 15,000 złr. rocznie, wydanych może z pożytkiem humanitarnym, lecz bez skutku leczniczego. Są jeszcze inne daleko sięgające względy, które za takimi oddziałami przemawiają. Najprzód przekonanie ogółu o skuteczności pomocy umiejętnej wobec gruźlicy, co może ożywczo wpłynąć na wzniecenie nowego ruchu w kraju ku zwalczeniu tej klęski; powtóre oddziały podobne będą znakomitą szkołą profilaktyki dla chorych samych, a po wyjściu ich ze szpitala, dla ich otoczenia. Chorzy nauczą się wielu szczegółów, które przecież mają ogromną doniosłość, n. p., że trzeba mieszkanie przewietrzać, usta przy kaszlu ręką zasłaniać, nie używać wspólnie ze zdrowemi łyżek, — i mnóstwo innych szczegółów dla higieny publicznej ważnych. Nic tak nie uczy, jak pomyślne przykłady. Przez poprawionych na zdrowiu pacyentów szpitalnych, rozsądne zasady trafią do domków małomiasteczkowych, do warsztatów, do chat odległych, dotrą tam wszędzie, gdzie najmądrzejsze okólniki magistratów i zwierzchności gminnych będą martwą literą. Co więcej, jest to może jedyna stosowna droga do rozpowszechnienia przepisów zdrowotnych. Gdyby n. p. władze zapomocą rozporządzeń zdołały nawet zwrócić uwagę nieoświeconej ludności na niebezpieczeństwo suchotnika dla swego otoczenia, — to postawiłoby go to w rozpaczliwem położeniu średniowiecznych trędowatych, unikanych i pogardzanych, podczas gdy nauka, jego własnem słowem rozniesiona po kraju, tylko z wzajemną korzyścią chorych i zdrowych będzie się rozpowszechniać. Zadania te w stosunkach naszych mogą paradoksem trącić, a przecież zagranica zgodziła się już na nie, — uznała je za pożyteczne i wciągnęła skutecznie w plan walki z gruźlicą. U nas sprawa jest nowa, — złe, — niestety, do niej się odnoszące, — bardzo stare. Raz początek musi być zrobiony, a im wcześniej tem lepiej. Społeczeństwo ubogie i w rdzeniu swoim mało oświecone nie może z takim rozmachem stawać do tej pracy, jak bogate, kipiące kulturą, narody zachodnie. Musi rozpocząć od skromnych ofiar, nie nad swe siły, — a najwłaściwszem polem do pierwszych kroków praktycznych mogą być szpitale — i to, ze względu na rozmieszczenie swoje po kraju, szpitale prowincyonalne. Stać się one powinny niejako stacyą doświadczalną, w której urobi się typ rodzimy przyszłych uzdrowisk ludowych, a te dopiero główny ciężar zadania obejmą.

Dr. Józef Łuszczkiewicz.

---

[1]) Autorowi nie mogła być jeszcze znaną praca Dra Krokiewicza, która okazała się dopiero 16 czerwca w Nrze 24 »Przeglądu lekarskiego. (*Red.*).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 26 lipca.

* Zjazd lekarzy i przyrodników polskich zakończył swą działalność ściśle podług programu we wtorek. Czy miał powodzenie? czy goście nasi, uczestnicy zamiejscowi, wywieźli przeświadczenie, że byli przedmiotem najtroskliwszej pieczy kolegów krakowskich? sąd nie należy do nas. Natomiast mamy wszelkie powody mniemać, że Komitet gospodarczy może w całej pełni oddać się temu błogiemu uczuciu, jakie napełnia serce, gdy człowiek wykona włożony na siebie obowiązek sumiennie i podług najlepszej woli i chęci; a jeśli słowa te można we właściwej mierze zastosować do wszystkich kolegów krakowskich, którzy w całej pełni świadomi byli swej roli gospodarzy, to oczywiście cała zasługa przypada obu prezesom i sekretarzowi Zjazdu.

Lecz najlepsza wola, najusilniejsze starania Komitetu gospodarczego nie zdołałyby może zapewnić powodzenia naukowej działalności Zjazdu i doniosłości jego uchwał, gdyby go nie poparła zbiorowa siła uczestników: niebywała liczba, bo sięgająca okrągłego tysiąca, pilność w uczęszczaniu na posiedzenia sekcyjne, znakomite opracowanie referatów, ożywiona dyskusya nad odczytami, objęcie w zakres swej działalności zagadnień higienicznych, wychowawczych i t. d., o ile się zespalają z nauką lekarską; jednomyślność w przyjęciu zmian statutowych, uzupełniających kierunek zadań zjazdowych, wreszcie tak ułatwiająca rolę gospodarzy — pogoda ducha, zadowolnienie, a być może, tu i ówdzie pobłażliwość, a więc to wszystko, co stanowi treść i istotę Zjazdu, to jest niepodzielna zasługa każdego z osobna i wszystkich członków w ogólności.

Nie piszemy sprawozdania z działalności naukowej Zjazdu, gdyż czynność tę spełnia z powodzeniem Dziennik Zjazdowy; zresztą, dla perspektywicznego przejrzenia tej działalności potrzeba będzie na nią spojrzeć z pewnego oddalenia. Atoli mamy to wrażenie, że Zjazd IX., jak każda rzecz, będąca w rozwoju, był obfitszy w plon naukowy, że cechowały go powaga i nastrój ściśle naukowy, że zapuścił on lemiesz w mniej więcej ugorem dla siebie leżącą glebę spraw społeczno-lekarskich, że wszedł na drogę samoistnej działalności na gruncie potrzeb swojskich. Powołaniem organu pośredniczącego między Zjazdami: »Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich«, zapewnił wykonanie zapadłych uchwał, ciągłość Zjazdów i pogłębienie zadań tej instytucyi.

Z rękojmią jeszcze obfitszego plonu w przyszłości, z błogiem uczuciem spełnionego czynu dodatniego, z niezatartemi wrażeniami, które wywołuje zetknięcie się z ludźmi, „czem dalszymi tem bliższymi sercu«, żegnamy Was, drodzy goście nasi, słowami podzięki serdecznej za zaszczyt tak licznego obesłania Zjazdu krakowskiego, za Wasze trudy, wyrozumiałość, za te chwile, tak pożytecznie, a tylko dzięki Wam tak górnie, tak uroczo spędzone.

* X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie za trzy lata.

* Delegacya Zjazdowa składać się będzie z 7 członków i 5 zastępców; IX. Zjazd lek. i przyrodn. polskich powołał do delegacyi z grona lekarzy na członków: Baranowskiego, Kostaneckiego, Kwaśnickiego, Merunowicza, Święcickiego; na zastępców: Ciechanowskiego, Chłapowskiego, Rychlińskiego i Ziembickiego.

W godzinę po zamknięciu Zjazdu odbyła Delegacya pierwsze swe posiedzenie, na którem ułożyła regulamin przyszłej swej działalności i ukonstytuowała się, wybierając na prezesa Radcę I. Merunowicza, na wiceprezesa prof. K. Kostaneckiego, na sekretarza prof. S. Ciechanowskiego.

* Ostatni N. „Časopisu lék. č.“ zawiera na pierwszej stronicy pozdrowienie IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w którym Redakcya tego zasłużonego czasopisma, w słowach ciepłych i podniosłych, wita kolegów »bratniego narodu“ życząc im najobfitszego plonu z zamierzonej pracy. Powitanie to kończy się wezwaniem: Bracia Polacy! Kroczcie dalej, jak dotąd, pewną nogą na polu oświaty. My Wam życzymy, abyście na tej drodze zbliżyli się do spełnienia Waszych ideałów narodowych“,

Do liczby kolegów czeskich, którzy przybyli na nasz Zjazd, należeli i redaktorowie „Časopisu lék. č.“ dr. Veselý i dr. Vlasák. Cieszyliśmy się serdecznie ich między nami pobytem, pociągani szlachetnością zapatrywań i wyższością umysłu.

* Dzięki wysoce rozumnemu użyciu grosza wyjdą w osobnem wydaniu, kosztem grona uczestników IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, prace Sekcyi gruźliczej i Sekcyi wychowania fizycznego.

* Prof. dr. Karol Chodounský z Pragi, dobrze znany lekarzom polskim ze Zjazdów poprzednich, wziął udział i w Zjeździe tegorocznym, witany z wyróżniającą i należną mu czcią.

* Redaktor „Przeglądu Lekarskiego“, dr. A. Kwaśnicki, wyjeżdża z Krakowa na miesiąc sierpień; podczas jego nieobecności obowiązki redaktorskie pełnić będzie prof. Stanisław Ciechanowski (Wielopole, 4).

* W dniu jutrzejszym, podczas pobytu w Krynicy członków IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, nastąpi odsłonięcie pomnika dla wskrzesiciela i założyciela zdrojowisk krajowych, ś. p. prof Józefa Dietla. Artystycznej wartości pomnika, sądząc z łaskawie nadesłanego przez Komitet wzoru, odpowiada szlachetne uczucie wdzięczności, które podyktowało utrwalenie pamięci tak zasłużonego dla kraju, a w szczególności dla rozwoju naszych zdrojowisk, męża.

* Znany autor licznych prac z dziedziny historyi medycyny, dr. Wacław Zaremba z Wrocławia, uzyskał na konkursie im. prof. Romualda Pląskowskiego, za rozprawę p. t. „Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi“, nagrodę konkursową, przyznaną mu przez Tow. lekar. warszawskie. Pracę tę drukuje „Pamiętnik Tow. Lek. warszawskiego«.

* Zeszyt 5 i 6 Odczytów klinicznych zawiera rozprawę dr. Oskara Pietinga „O poronieniu“. Z niemieckiego przełożył na język polski dr. Zweigbaum.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell.: Jan Kaz. Andruszewski, Stanisław Wik. Bieczyński, Roman Merunowicz, Julian Nieć, Edward Niezabitowski, Jan Bilwin, Stanisław Gólski, Tad. Kasprzycki, Jan Brzeski, Fryderyk Polaschek, Roman Puzon, Józef Górka, Gustaw Lippel, Maryan Jüttner.

* Na fundusz imienia Edwarda Korczyńskiego, przeznaczony dla chorych ubogich, opuszczających klinikę lekarską, nadesłali: prof dr. Obrzut 20 Koron, doc. dr. Gabryszewski 10 Kor., dr. J. Krzyszkowski 5 Kor., dr. Chalbazany 5 Kor., dr. Bohosiewicz 5 Kor., dr. Rencki 5 Kor., dr. M. Sołtysik 5 Kor.

* Głośny w całym świecie okulista, dr. Liebreich, w cichości obchodził, jak donosi »Deutsche med. Wochenschrift«, 70-letnią rocznicę swoich urodzin.

* Naczelnym lekarzem wojsk niemieckich, wysłanych do Chin, mianowany został prof. Kohlstock.

Mianowania i odznaczenia. Prof w Erlangen, dr. O. Ewersbusch, mian. został prof. zwycz. i kierownikiem kliniki okulistycznej w Monachium. Prof nadzwyczajnymi mianowani docenci: Sandor Kaestner w Lipsku, M. B Schmidt i D. Gerhardt w Strassburgu Prof. nadzw L Medicus mian. prof. zwycz. farmacyi w Würzburgu. Doc. N. Hesse i W Küster zostali mianowani prof. nadzwyczajnymi.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 13: Neugebauera Fr.: 19 przypadków koincydencyi zboczeń umysłowych z wrzekomem obojnactwem, 4 przypadki samobójstwa wrzekomych obojnaków, oraz 57 spostrzeżeń spraw sądowo-lekarskich, dotyczących wrzekomych obojnaków (c. d.). Dudrewicza K.: Współczesne poglądy na leczenie tętniaków tętnicy głównej. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 29: Malewskiego Br.: Przypadek śmiertelnych krwotoków kiszkowych w przebiegu zapalenia okołokątniczego. Majewskiego A.: Z kazuistyki chorób chirurgicznych kiszek. Dr Troczewskiego A.: Przyczynek do sprawy leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego (dok.). Łapowskiego B.: Leczenie syfilisu (c. d.)

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 4 Sierpnia 1900. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O zadaniach biologicznej chemii.

Podał
Prof. Marceli Nencki. *)

Jeżeli kto, jak ja, przeszło 30 lat poświęcił pracy naukowej w pewnym kierunku, to mimowoli nasuwa się myśl, iż czas, który mu pozostaje jest już krótki i że trzeba się liczyć z siłami z jednej, a zadaniami z drugiej strony, by pozostające mu jeszcze chwile zużytkować jak najlepiej i nie rozpraszać nabytej wprawy w metodyce, oraz środków materyalnych, ale rozsądnie je ześrodkować — *parce diem* — mówi mu jego naukowe sumienie.

Jeżeli sobie uprzytomnię to, co na początku mojej działalności naukowej wydawało mi się jako wysoki, trudny do osiągnięcia cel i porównam z tem, co po 30 latach już jest osiągnięte, to mogę powiedzieć z Goethem „wonach ich mich in der Jugend sehnte, davon habe ich im Alter die Fülle". Synteza wytworów wstecznego przeobrażenia, jak n p. ciał ksantynowych, kwasu moczowego i innych, synteza cukrów, rozkład białka na wytwory krystaliczne, których chemiczna budowa prawie wszystkich jest zbadana, krystaliczne białka itd., wszystko to już jest osiągnięte. Z czasem i to, co nam prawie do osiągnięcia wydawało się niemożebnem, wpadło w nasze ręce; lecz my, dążąc ciągle naprzód, już inne, trudniejsze do wypełnienia mamy życzenia. Nie wątpię, iż te zamiary przez nowe pokolenie badaczy zostaną osiągnięte, że nasi następcy znowu będą mieli cele, których my obecnie nie przeczuwamy. Powstały nowe gałęzie wiedzy, jak bakteryologia, seroterapia i setki nowych faktów, tyczących się przemiany materyi i wogóle życia tak istot jednokomórkowych, jak i ustrojów o budowie więcej złożonej. Jeżeli więc osiągnięte wyniki zachęcają nas do wyjaśniania i badania coraz trudniejszych spraw życiowych, to wartoby sobie uprzytomnić, jaki jest ostateczny cel naszych badań w biologicznej chemii?

Zadaniem chemii biologicznej jest nietylko poznanie części składowych istot jedno- lub wielokomórkowych, lecz i przemiany materyi w tych istotach: Na każdym kroku nasuwa się nam tu pytanie, na czem właściwie polega zjawisko, iż żywa komórka wykształca się, odżywia, rośnie, rozmnaża i w końcu zawsze, prędzej czy później, umiera, a w martwej znajdujemy najzupełniej te same składniki, co w żywej? Weźcie n. p. Panowie żyjącą jednokomórkową istotę, jak drożdże, amebę lub białe ciałko krwi; w nich są wszystkie te objawy, które uważamy za cechujące dla życia: *organisatio, nutritio, evolutio, reproductio et mors*; nagrzejmy te istoty o 10° wyżej ponad *optimum* ich ciepłoty życiowej, z 40° na 50°, to żywa istota stanie się martwą. *Intra vitam* tej żywej istoty możemy stwierdzić, iż ona się składa z wody, białka, węglowodanów, tłuszczów, materyj wyciągowych i ciał nieorganicznych; te same części składowe i w tym samym odsetku znajdziemy i w składzie tej istoty martwej. A zatem, co właściwie zaszło? jaka jest zmiana materyi przy przejściu komórki żywej w martwą? Pytanie to powtarza się na każdym kroku naszych badań i wyjaśnienie jego jest ostatecznym celem nauk biologicznych.

Czy jest to możebne, ażeby cel ten został osiągnięty? albo też, jak to niektórzy twierdzą, *semper ignorabimus?*

Z góry mogę powiedzieć, iż każdy, pracujący w zakresie biologii, dąży świadomie czy nieświadomie do tego celu. Co dotychczas w tym kierunku zrobiono i jakie sposoby i drogi ku temu będą użyte w najbliższej przyszłości, to stanowi przedmiot mego dzisiejszego wykładu.

Naprzód trzeba nam się porozumieć w dwóch głównych punktach: 1) iż drobiny (molekuły), z których się składa materya, nie są nieskończenie małe, lecz mają pewną wielkość i 2) że, podług prawa Avogadra, w stanie gazu w jednakowej objętości przy jednakowej ciepłocie i jednakowem ciśnieniu jest jednakowa ilość drobin, a ztąd wagi ciał w stanie gazowym są równe wagom drobin. Ponieważ n. p. waga kwasu octowego jest 30 razy większa, aniżeli waga wodoru (H_2), to i waga drobiny kwasu octowego $C_2 H_4 O_2$ w stanie gazowym jest odnośnie do H_2 30 razy większą.

Z badań nad dyfuzyą i tarciem gazów okazało się, iż n. p. drobiny 1 cm³ wodoru, jeżeli sobie przedstawimy, iż drobiny są rozłożone jedna obok drugiej, zajmują przestrzeń, równą 9500 centymetrów kwadratowych. Z dalszych obliczeń wynika, iż ilość wszystkich drobin, znajdujących się w 1 cm³ równa się liczbie $= 5.10^{19}$. W mikroskopijnej przestrzeni o średnicy 0,001 cm³ znajduje się około 50 tysięcy milionów drobin wodoru Najmniejszy przedmiot, widzialny przy najsilniejszem naszem obecnem powiększeniu, równa się mniej więcej = 0,000025 cm. W takim punkciku byłoby przy ciśnieniu jednej atmosfery zawsze przeszło milion drobin wodoru (porównaj Ostwald: *Allg. Chem. T. I. Stochiometrie* str. 222).

Fakt ten, iż drobiny mają wielkość, chociaż tak ogromnie małą, jest nader ważny, gdyż ztąd wynika, iż mamy do czynienia w drobinach z cząstkami materyi pewnej, oznaczonej wielkości i uprawnieni jesteśmy do przekonania, iż i atomy, składające drobiny, także mają pewną ograniczoną wielkość.

Jak wiadomo, tylko stosunkowo małą ilość ciał można bez rozkładu drobiny zamienić w stan gazowy. Mamy jednak

*) Odczyt wygłoszony na IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

dostateczną ilość faktów dowodzących, iż gdyby i związki złożone można było zamienić na gaz, to i one by również podlegały wyżej wymienionym prawom. Przypatrzmy się teraz dalszym własnościom drobin:

Drobiną (molekuł) nazywa Maxwell taką cząstkę materyi, która w ruchu porusza się jako całość, jeżeli mamy na względzie punkt środkowy massy. Oprócz tego ruchu jest jeszcze w drobinie i ruch jej części składowych (konstytuentów) względnie do środka. Jeżeli przypuścimy, iż te części składowe są właśnie atomy, z których się składa drobina i iż każdy atom jako punkt się porusza, to każdy atom poruszać się musi w 3 kierunkach przestrzeni i wskutek tego liczba zmiennych (Variable) dla oznaczenia położenia i konfiguracyi atomów jest 3 razy większa, aniżeli liczba atomów w danej drobinie.

Jeżeli teraz uwzględnimy, iż drobiny większej części związków organicznych składają się z kilkudziesięciu, a w wysoko złożonych drobinach i z kilku tysięcy atomów, to możecie sobie Panowie przedstawić, jak wielka musi być rozmaitość i różnorodność konfiguracyi drobin.

W drobinach o mniej prostej budowie, jak n. p. w eterach (tłuszczach), więcej złożonych węglowodanach, glukozydach, ciałach białkowatych, gdzie kilka lub kilkanaście drobin, bądź to jako anhidrydy, polyglykozydy, polyureidy itp. są złączone, muszą być obok głównego ośrodka jeszcze centra drugo- trzecio- i t. d. rzędne, które dla ruchu atomów całej drobiny są miarodajne.

W istocie wszystkie badania na polu chemii organicznej w ostatnich 50 latach udowodniły i udowodniają ciągle, iż charakter drobin zależy od wzajemnego stosunku atomów w drobinie, *resp.* od ruchu, który atomy w drobinie wykonują. Połączenie węgla z tlenem i wodorem w formie karboksylu czyni, iż taka drobina ma własności kwasu. Inne formy konfiguracyi stanowią o tem, czy ten związek będzie alkoholem, aldehydem, ketonem lub eterem. W połączeniach zaś z azotem — czy będzie amidem, nitrilem, aminą i t. d. Każdy chemik wie, że jeżeli w drobinie jeden atom węgla jest połączony z czterma różnorodnymi atomami lub drobinami, to drobina ta będzie optycznie aktywną, taki atom węgla jest asymetryczny. Ja sądzę, iż i przejście w stan magnetyczny polega na osobnym swoistym ruchu atomów w drobinie żelaza. Każdemu chemikowi znaną jest równie rzeczą, jak ważną rolę gra w połączeniach aromatycznych położenie grup bocznych, czy one są w ortho, meta lub parapołożeniu. W chemii technicznej wiemy dobrze, że jeżeli w ciałach aromatycznych są dwie grupy boczne w położeniu ortho, a obok tego jeszcze jedna grupa z charakterem nie karboksylowym, to takie związki mają własność barwić zaprawy — teorya tak zwanych „beizenziehender Farbstoffe“. Niedawno dowiódł V. Meyer, iż połączenia ortho trudniej się eteryfikują aniżeli meta lub para, a E. Fischer — iż aminy, mające dwie sąsiednie alkylowe grupy, można wprawdzie zamienić na zasady trzeciorzędne (tertiäre), ale nie na t. zw. czwartorzędne amonowe zasady. Mógłbym przytoczyć cały szereg innych faktów, dowodzących, że wzajemne położenie atomów w drobinie nadaje jej różne swoiste własności. Należy teraz sobie uprzytomnić, iż w drobinach wysoko złożonych składających się z pięciu, dziesięciu lub kilkudziesięciu grup drugiego, trzeciego, czwartego i t. d. rzędu, wszystkie te wymienione konfiguracye mogą mieć miejsce. Wiemy n. p., iż w białkach muszą być grupy z asymetrycznymi atomami węgla, gdyż białka są optycznie aktywne; zresztą zostały one wydzielone jako aktywne leucyny, tyrozyny, i t. d.; w białku mamy 3 aromatyczne grupy, t. j. tyrozyny, fenylalaniny i kwasu skatoloctowego. Przy rozkładzie białka powstaje cały szereg kwasów amidowych jedno i dwuzasadowych, ciała z grupy diaminów, jak lisyna, histydyna, arginina i t. d. Tu jeszcze wspomnieć należy, iż wiele ciał białkowatych zawiera w swej drobinie i grupy węglowodanów.

Łatwo pojąć, iż taka wysoko złożona drobina z różnymi bocznymi „ośrodkami, w molekularnym swym ruchu jako całka odnośnie do głównego centra, nie może być tak skupiona, jak proste drobiny, złożone z kilku lub kilkunastu atomów. Taka wysoko złożona drobina nie jest w stanie stosować się do wszystkich fizykalnych zmian, które spostrzegamy w mniej złożonych drobinach; białka nie możemy przemienić w stan płynny, tem więcej i w gazowy. Z drugiej strony taka wysoko złożona drobina będzie przedstawiała ogromną rozmaitość i różnorodność względnie do czynników chemicznych, termicznych, elektrycznych, a nawet i mechanicznych.

Warunki istnienia tak wysoko złożonych drobin będą coraz ciaśniejsze. Jak to już dawno wykazałem, białka, równie jak cukier, chłoną w roztworach alkalicznych już przy ciepłocie zwyczajnej tlen atmosferyczny. Roztwory białek nie znoszą ciepłoty wyżej 50°—70°, oraz działania wodnych roztworów alkaliów, kwasów, soli metalicznych, alkoholu i t. d. bez tego, iżby atomy w drobinie białka nie zmieniały swego położenia Ścinanie się białka przy nagrzaniu bezwątpienia polega na takiem przestawieniu atomów w drobinie białka. Być może nawet, iż w niektórych białkach przy ścinaniu się następuje i polimeryzacya w tym sensie, jak n. p. polimeryzacya kwasu cyanowego na cyanurowy, lub aldehydu na paraldehyd; chociaż prawdopodobniej przy ścinaniu się następuje przestawienie „labilnych“ w więcej stałe (stabilne) układy tylko w bocznych ośrodkach, bez polimeryzacyi całej drobiny, jak n. p. przestawienie „labilnej“ drobiny hydroazobenzolu w więcej stałą (stabilną) benzydyny

$$\begin{array}{l} NH - C_6H_5 \\ NH - C_6H_5 \end{array} = \begin{array}{l} C_6H_4 \cdot NH_2 \\ C_6H_4 \cdot NH_2 \end{array}$$

cyanamidu w carbodiimid $C \begin{array}{l} \equiv N \\ \diagdown NH_2 \end{array} = C \begin{array}{l} NH \\ NH \end{array}$

lub cyanowego amoniaku w mocznik

$$C \begin{array}{l} \equiv N \\ \diagdown O.NH_4 \end{array} = CO \begin{array}{l} NH_2 \\ NH_2 \end{array}$$

Im większa jest czułość drobiny na odczynniki, tem słabszą staje się potencyalna siła spójności, t. j. tem słabsze jest tak zwane chemiczne powinowactwo.

W sokach i wydzielinach ustrojów żywych znajdują się w rozczynach takie ciała białkowate; wiele z nich odznacza się tą własnością, iż w obecności innych drobin złożonych, te pierwsze są w stanie rozkładać ostatnie na mniej, niż one, złożone. Białka takie nazywamy „hidrolityczne enzymy“; inne znowu w obecności tlenu są w stanie przenosić ten tlen na drobiny dalsze. Takie enzymy nazywamy „oksydazy“. Inne znowu białka, znajdujące się głównie w komórkach żywych, a nie w wydzielinach tych komórek, wypełniają funkcye jeszcze więcej złożone. Niedawno Buchner, wyciskając komórki drożdży, otrzymał bogaty w białko sok,

który w 40% roztworze cukru wywołuje fermentacyę alkoholową, t. j. przemienia cukier na alkohol i kwas węglowy. Cremer zauważył, iż ten sok drożdżowy (Hefepresssaft) wytwarza z cukru także i glikogenę. Wiener stwierdził, iż sok, wyciśnięty z komórek bydlęcej wątroby, wytwarza kwas moczowy, a takiż sam z komórek nerek — niszczy kwas moczowy. Sprawy takie jedni uważają za wywołane specyficznymi enzymami, drudzy, jako działanie jeszcze żyjącej protoplazmy w roztworze. Ścisłe odgraniczenie pojęć staje się tutaj trudnem. Być może, że dalsze badania wyjaśnią nam, iż protoplazma żywa jest tylko mięszaniną różnych enzymów, albo też, iż protoplazma jest jedną całą drobiną, która może spełniać różne funkcye. Zwracam jednak uwagę na ten fakt ogromnej doniosłości, iż w takich roztworach, wyciśniętych z żywych komórek, odbywają się sprawy życiowe, które my dotychczas uważaliśmy, jako wyłączną własność istot żywych. Tu ginie granica między tem, co martwe, a co żywe. Jak struna naciągnięta, będąc uderzona wykonuje drgania, które przy małej „amplitudzie“ są dla naszego oka tylko widzialne, lecz gdy ilość drgań wynosić będzie 32 na sekundę, to podrażni i nasze ucho, jako najniższy ton słyszalny, tak również według mego zdania jest i będzie na razie rzeczą konwenansu, czy my takie objawy nazwiemy działaniem enzymów, czy też żywej protoplazmy lub żywego białka *resp.* życiem. Panowie możecie ocenić jak wielką przyszłość mają badania w tym kierunku i jaki żal owłada jednostkę, gdy musi schodzić z pola pracy, widząc takie ważne zadania dla późniejszego pokolenia.

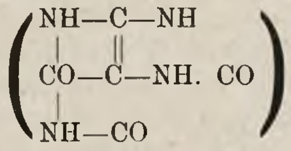
Z drugiej jednak strony, jako badacz trzeźwy, poczuwam się do obowiązku ostrzedz przed przedwczesnymi wnioskowaniami, a przedewszystkiem przed uogólnieniami. W naukach przyrodniczych wogóle, a w biologicznych w szczególności, nigdy nie należy z kilku lub kilkunastu faktów udowodnionych robić ogólnego prawa. W ostatnich czasach, kiedy cały zastęp badaczy pracuje nad enzymami, dzieje się dużo nadużyć z wyrażeniami „enzym“, „ferment“. O ile bliżej poznaliśmy niektóre enzymy, twierdzić jesteśmy w prawie, iż należą one do ciał białkowatych o „labilnej“ drobinie; byłoby jednak przedwczesnem utrzymywać, iż wszystkie enzymy są ciałami białkowatemi. Dalej, w stanie czystym w takiem pojęciu, jak n. p. alkohol, mocznik, kwas benzoesowy itp., nikt jeszcze enzymów nie wydzielił. Im więcej usiłujemy je uwolnić od tak zwanych przymieszek, im więcej one na pozór są oczyszczone, tem więcej tracą na swej działalności, co naprowadza na przypuszczenie, iż rzekome te przymieszki są w istocie dla pełnej działalności enzymu nieodzowne. Jako przykład przytoczę moje spostrzeżenia nad pepsyną: oziębiając sok żołądkowy psa, osiągnięty metodą Pawłowa, otrzymujemy pepsynę w kształcie ziarnek, które w 0,1%—0,5% kwasie solnym trawią energicznie białko. Ziarnka te składają się głównie z białka z grupy nukleoproteinu, lecz oprócz tego zawierają kwas solny, fosforan żelaza i lecytynę; przez dyalizę można z soku żołądkowego tak dalece wydzielić te ostatnie, iż wysuszona pozostałość białkowa zawierać będzie tylko 0,2% HCl, 0,3% $(PO_4)_2$ Fe i ślady lecytyny. Otóż taka pepsyna zawsze trawi słabiej, aniżeli ziarna pepsyny bez oddzielenia lecytyny i fosforanu żelaza.

Konieczna obecność pewnych, na pozór obcych ciał, by enzymy swą specyficzną działalność mogły odbywać, uwydatnia nam ich analogię z istotami żywemi. W każdej komórce żywej znajdują się nieodzowne dla życia, oprócz ciał białkowatych, także i tłuszcze, lecytyny i inne ciała organiczne i nieorganiczne. W tak wysoce złożonych drobinach białkowatych, jakie znajdujemy w komórkach żywych, jest zresztą nader trudno odróżnić, co tu jest tylko mechaniczną przymieszką, a co rzeczywiście składową częścią drobiny. Obecnie większa część chemików biologicznych już chyba nie wątpi, że tak zwany popiół, to jest materye nieorganiczne, otrzymane przy spaleniu białka, po większej części nie jest zanieczyszczeniem, ale rzeczywistym pierwiastkiem składowym drobiny, jak wodór lub azot. Wiele drobin, wchodzących w skład ustrojów, traci swe pierwiastki już przez działanie wody, t. j. przy opłókiwaniu wodą przekroploną; n. p. hemina, opłókiwana wodą, utraca chlor, a przy dłuższem opłókiwaniu i żelazo. W istotach żywych, a szczególnie w ustroju zwierzęcym, spotykamy na każdym kroku związki, które bardzo łatwo tworzą tak zwane wytwory „adycyi“, jak n. p. kwas cholalowy z alkoholem lub fenolem, hemina z alkoholami i kwasami. Niedawno Bing ogłosił pracę, w której twierdzi, iż opisane przez Drechsla ciało złożone, nazwane „jekoryna“, jest adycyonalnem połączeniem lecytyny z cukrami, a już dawniej opisał Liebermann w Peszcie różne tego rodzaju połączenia ciał białkowych z lecytyną pod nazwą „lecitalbuminatów“ Być więc może, iż i w pepsynie lecytyna, kwas solny i fosforan żelaza są w takiem luźnem połączeniu z białkiem, które przez działanie wody przekroplonej rozkłada się na swe części składowe.

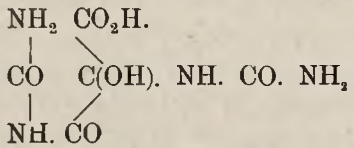
Na jakiej konfiguracyi atomów w drobinie polega różnica „labilnego“ (żywego) a martwego białka? Na to obecnie dać odpowiedź jest bardzo trudno i mamy tylko hipotezy, oparte na stosunkowo małej ilości faktów. Z góry można powiedzieć, iż ilość tych konfiguracyj musi być ogromnie wielka, mając na uwadze wielce złożoną drobinę ciał proteinowych i najróżnorodniejsze ciała białkowate, swoiste nietylko każdemu ustrojowi, ale i każdej żywej komórce. Jako wzór „labilnych konfiguracyj“, lepiej nam znanych, przedstawiają się z związków organicznych ciała z grupy cyanu, aldehydy, ketony, aziny, superoksydy, tak zwane związki niewysycone itp. Pflüger przypuszczał, iż różnica między żywem, a martwem białkiem polega na grupie cyanowej. Loew, opierając się na swych badaniach nad algami *(Spirogyra orthospira, nitida i d.)*, u których zauważył, iż białko żywe energicznie redukuje bardzo rozcieńczone roztwory alkaliczne srebra — reakcya charakterystyczna dla aldehydów, — a po przejściu w stan martwy, reakcyę tę traci, sądzi, iż dla żywego białka cechującą jest grupa aldehydowa. Przy przejściu w stan martwy, pod wpływem czynników chemicznych, termicznych, elektrycznych lub mechanicznych, tlen zmienia swe położenie aldehydowe względem węgla, przechodząc w „stabilną konfiguracyę“. — Liczne i staranne prace Loewa przemawiają za tem, iż jeżeli nie jedynym, to ważnym czynnikiem w białku żywem Spirogyr jest grupa aldehydowa. Zastosowanie tej teoryi aldehydowej do wszystkich form „labilnego“ białka okazało się jednak pojęciem zbyt ciasnem. Badania w tym kierunku są jednem z najważniejszych badań biologicznej chemii w przyszłości, gdyż objawy życia polegają na „labilnej“ konfiguracyi takich drobin złożonych i na ruchach swoistych atomów w tych drobinach. Faktem jest, iż woda, tlen i nieznaczne podwyższenie ciepłoty są głównymi czynnikami przy przejściu mar-

twego, lub ściśle powiedziawszy, „inertnego“ białka w żywe, jak to dowodzą zjawiska przy przejściu życia utajonego (*vie latente*) w jawne (*vie manifestée*), które spostrzegamy nietylko w nasionach roślin, ale i w niższych ustrojach zwierzęcych, jak wymoczki, *rotifera, tardigrada*, lub u robaczka mąki (*anguillula tritici*). Spostrzeżenia i badania w tej sprawie zestawił Cl. Bernard w swej zajmującej monografii „Leçons sur les phénomènes de la vie“, p. 65—124.

Jak głębokie i jakiego charakteru są przemiany drobin organicznych przy względnie niskiej ciepłocie, lecz współudziale powietrza i wody, ilustruje już dawniej zrobione przezemnie spostrzeżenie nad kwasem moczowym. Ciało to, którego budowa jest znana:



i którego drobina jest, że tak powiem, skupiona w alkalicznym roztworze i przy dostępie powietrza w krótkim czasie. przy ciepłocie 37⁰—40⁰, przyjmując w drobinę wodę i tlen, przechodzi w kwas uroksanowy: $C_5H_4O_3N_4 + 2H_2O + O = C_5H_8O_6N_4$. Budowa tego kwasu jest podług wszelkiego prawdopodobieństwa następująca:



Być może, iż charakter przemiany drobin ciał białkowatych, które w alkalicznym roztworze już przy zwyczajnej ciepłocie wchłaniają tlen z powietrza, jest podobny.

Ciekawem jest pytanie, czy takie „labilne“ drobiny białkowate, jak enzymy, toksalbuminy i antytoksyny mogą być zachowane nieograniczenie lub względnie długi czas, nie tracąc swej specyficznej działalności? Szczupłe w tym kierunku badania wykazują znowu podobieństwo między istotami żywemi a „labilnem“ białkiem. Niektóre enzymy, jak chymozyna *(Labferment)* lub trypsyna, wysuszone przy niskiej ciepłocie, rozpuszczają się po latach w wodzie i strącają sernik *resp.* peptonizują białko. Jest to podobieństwo z wyżej wspomnianem życiem utajonem nasion i wymoczków. W wodnych roztworach, przy przystępie światła i powietrza, tracą one w krótszym lub dłuższym czasie swe specyficzne własności, w ich „labilnej“ drobinie następuje przestawienie atomów na więcej „stabilną“ konfiguracyę; rzecby można, iż obumierają. Z pięciu dla każdej żywej istoty cechujących objawów, t. j. organizacyi, odżywiania się, rozwoju, mnożenia się i zaniku, tylko ten ostatni, t. j. znikomość, byłby wspólny tak dla organizowanych istot, jak i dla rozpuszczalnego białka żywego.

Oto są w ogólnych zarysach główne problemata chemii biologicznej. To, ażebyśmy nawet najprostszą, jednokomórkową, żywą istotę w naszych pracowniach stworzyć mogli, o tem obecnie marzyć nie podobna; ale już to samo przeświadczenie, że tak jest, stanowi postęp, gdyż dowodzi, że zdajemy sobie sprawę z trudności, które nam stają na drodze badania. Obecnie nasze dążenie jest skierowane głównie ku temu, aby otrzymać sztucznie takie „labilne“ ciała białkowate, któreby miały własność enzymów. I to zadanie pokazuje się nam tylko, jako w dalekiej przyszłości możebne do urzeczywistnienia. Ale i tu trudno być prorokiem. Usilna praca tak wielkiej liczby pracowników całego świata cywilizowanego na tem polu, może, jak sądzę, wcześniej ten cel urzeczywistni. Postępy biologii są zależne od postępów nauk również doświadczalnych, jak fizyka, chemia i morfologia. Głównem zadaniem chemii biologicznej jest wyjaśnienie zjawiska życia, które to zadanie najłatwiej nam opracowywać w istotach jednokomórkowych. Zadanie to jednak nie jest jedynem. Wyjaśnienie zjawisk życiowych w ustrojach więcej złożonych jest również naszym celem, a jest to obszar ogromny, prawie bezgraniczny. Tu dążymy do poznania specyalnej funkcyi każdego narządu, do wyjaśnienia, o ile komórki, składające pewien narząd, są zależne od całego ustroju, a o ile posiadają pewną niezawisłość indywidualną. Jak długo one żyją, jak się odżywiają i mnożą? Badania ostatnich lat, np. nad białemi ciałkami krwi zwierząt dowiodły, iż te ciałka są pod wielu względami istotami niezawisłemi. One pochłaniają tłuszcz, trawią białko i skrobię zupełnie samoistnie; dalej strzegą cały ustrój od obcych, szkodliwych związków, chorobotwórczych ustrojów, przenoszą nierozpuszczalne substancye z jednego narządu do drugiego, możnaby rzec, że wypełniają w ciele zwierzęcia zadania poczty i ochronnej policyi. Zadań, czekających na rozwiązanie, jest nieskończona ilość i pojedynczy badacz, przepracowawszy całe swe życie, nie może powtórzyć słów Seneki „si quis totam diem currens pervenit ad vesperum, satis est“, gdyż widzi, jak jedne pokolenia po drugich dalej kroczyć i pracować muszą, a końca badań nie ujrzą. Za to wiedza nasza będzie coraz obszerniejsza i głębsza, a korzyść praktyczna, mianowicie w medycynie, coraz większa.

II. Samozatrucie, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych.

(Zarys krytyczny)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski.

(Dokończenie).

VIII.

Wszystkim, wyżej przytoczonym wymaganiom, czyni zadość zbiór objawów, który oddawna jest znany pod nazwą „śpiączki moczówkowej“ (*coma diabeticum*). Już Walter, wprowadzając królikom znaczną ilość kwasów, otrzymał obraz właściwy śpiączce moczówkowej; we krwi tętniczej tych królików ilość dwutlenku węgla okazała się znacznie niższą, co wskazywało na obniżenie zasadowości krwi. Toż samo stwierdził i Minkowski. Opierając się na tych badaniach, uczynił Stadelmann przypuszczenie, że śpiączka moczówkowa przedstawia samozatrucie ustroju kwasami. Rzeczywiście Winterberg stwierdził w jednym przypadku śpiączki moczówkowej znaczne zwiększenie ilości amoniaku we krwi (3,78 klg. zamiast 0,58 na 100 sz. ctm. krwi). Wyniki, otrzymane przez różnych autorów przy leczeniu moczówki zasadami, jeszcze więcej przekonywająco przemawiają na korzyść tego poglądu (Lepine, Reget et Balvay, Herzog etc.). W nowszych czasach teorya ta znalazła nowe dowody w pracy v. Limbecka, który przekonał się w jednym przypadku śpiączki moczówkowej o zwiększonem

wydzielaniu się w moczu amoniaku, ługów sodowego i potasowego, oraz azotu; w drugim przypadku otrzymał on także zwiększoną ilość amoniaku i ługów; azotu, niestety, nie można było oznaczyć. Nie ulega więc wątpliwości, że spiączka moczówkowa przedstawia istotnie samozatrucie ustroju kwasami. Pozostawało tylko określić, z jakim kwasem mamy do czynienia. Poszukiwania w tym kierunku, wykonane przez Stadelmanna, Minkowskiego i Magnus-Levyego, wykazały, że w ciężkich postaciach moczówki cukrowej, które często się wikłają ze spiączką, wydziela się w moczu znaczna ilość kwasu β-tlenomaślanego. Magnus-Levy znajdował 20—30, nawet 60 grm. tego przetworu w całodobowym moczu. Na ten kwas zwrócono uwagę, gdy przekonano się, że kwas acetooctowy jest względnie nieszkodliwy. Badania wykazały, że kwas β-tlenomaślany w spiączce moczówkowej u człowieka wydziela się moczem w niewielkiej tylko ilości; znaczna zaś część jego zatrzymuje się w ustroju i nagromadza się w nim w ilości (do 2—4,5‰, co stanowi 100—200 grm. kwasu), wystarczającej dla działania trującego. Źródło, z którego powstaje ten kwas, nie jest należycie wyjaśnione. Zwykle, jak wiadomo, utrzymywano, że on pochodzi z węglowodorów lub dzięki zwiększonemu rozkładowi białka. W ostatnich zaś latach Magnus-Levy, na zasadzie prostych wyliczeń matematycznych, odrzuca podobną genezę i staje się zwolennikiem pochodzenia z tłuszczów lub drogą złożoną, n. p. z kwasu octowego lub z gliceryny i kwasu mlecznego. Ten pogląd potwierdzają nowsze poszukiwania Waldvogela i Seelmuydena. Autorowie ci postanowili zbadać warunki powstawania acetonu, który, jak wiadomo, wytwarza się z kwasu β-tlenomaślanego. Otóż okazało się, że białko pokarmowe i organiczne (ustrojowe) nie odgrywa żadnej roli w powstaniu acetonuryi. Rzeczywiście przy wyłącznie białkowem pożywieniu przytoczeni autorowie spostrzegali bardzo słabą acetonuryę; przy bezwzględnem zaś głodzeniu, wyłącznem pożywieniu tłuszczowem lub mięszanem białkowo-tłuszczowem, lecz z przewagą tłuszczu, zawsze występowała bardzo silna acetonurya. Jednocześnie te badania dają nam punkt oparcia dla rozstrzygnięcia sprawy o miejscu, gdzie powstaje kwas β-tlenomaślany, wskazując, że przemiana tłuszczu pokarmowego i ustrojowego ma prawdopodobnie jednakowe znaczenie w patogenezie acetonuryi. Co prawda Lüthje przekonał się o małem prawdopodobieństwie powstawania acetonu, a więc i kwasu β-tlenomaślanego w przewodzie pokarmowym, jak to utrzymuje większość autorów. Magnus-Levy nakoniec wygłosił zdanie, że aceton i kwas β-tlenomaślany wytwarzają się przeważnie w tych tkankach, które posiadają więcej ożywioną przemianę materyi, więc głównie w mięśniach i dużych gruczołach, jak wątroba i inne.

IX.

Widzimy więc, że pomimo znacznych trudności które napotykamy przy rozstrzygnięciu sprawy o samozatruciu ustroju, ta jeszcze tak młoda nauka wyświetliła już nam wiele zjawisk patologicznych. Omówione stany chorobowe oczywiście nie wyczerpują jeszcze wszystkich objawów, których źródłem jest samozatrucie ustroju. Przypomnijmy sobie n. p. spostrzeżenia Knauera, Szegotiewa, Rubinsteina, Ribberta i innych, dowodzących, że trzebienie zwierząt nie daje zaniku macicy, jeśli jajniki przyrosły na jakiemkolwiek nowem miejscu, nawet w znacznem oddaleniu od macicy. Spostrzeżenia te świadczą wprost, że jajniki są narządami z tak zwaną „wydzieliną wewnętrzną“ (*sécrétion interne*). Jeśli zaś jest tak, to bardzo możebne, że przypadłości nerwowe, powstające po usunięciu tych narządów, występują właśnie wskutek braku tej ich wydzieliny wewnętrznej. Za podobnem tłómaczeniem przemawiają przynajmniej niedawno ogłoszone spostrzeżenia Heislera (skuteczne leczenie dusznicy bolesnej u kobiet w okresie przejściowym (*climax*) owaryną Mercka). Przypomnijmy dalej badania Ajella, stwierdzające nagromadzenie substancyj trujących u zwierząt przy powolnem ich duszeniu. Być więc może, że właśnie tym substancyom należy przypisać niektóre objawy, zwłaszcza nerwowe, spostrzegane u chorych z utrudnionem oddechaniem, jak to bywa nietylko w chorobach serca, układu oddechowego i ośrodków nerwowych, lecz także w chorobach różnych innych narządów. Wobec całego szeregu podobnych faktów pomimo woli przychodzą na pamięć słowa jednego ze znakomitych klinicystów, wypowiedziane jeszcze w roku 1875: „Nie ulega żadnej wątpliwości, że i w samym ustroju mogą powstawać substancye, które będą mieć na narządy miąższowe działanie, podobne do działania substancyj zakaźnych i trujących (wyskok, fosfor, kwas siarkowy etc.). Przy głodzeniu się, przy częstych upustach krwi itd., oczywiście rozwijają się lub zatrzymują się w ustroju jakieś substancye, które działają na narządy miąższowe jednakowo z różnymi pierwiastkami zakażenia. Powstanie przewlekłych stanów zapalnych wątroby, nerek i śledziony podczas długo trwających ropień może z wielkiem prawdopodobieństwem być odniesione do podobnego samozatrucia ustroju“.

Piśmiennictwo: Przytaczam tylko nowsze prace, w których można znaleźć wszystkie dawniejsze prace.

1) Bouchard: Leçons sur les autointoxications dans les maladies. Paris 1887. 2) Albu: Virch. Arch. Bd 149. 3) v. Bergh: Ztschr. f. kl. Med. 1898 Bd 35. 4) Jeltz et Ritter: De l'urémie experimentale. Paris 1881. 5) Astaschewsky: Petersb. med. Woch. 1881 Nr. 27. 6) Stadthagen: Zeitschr. f. kl. Med. 1889. Bd 15. 7) Beck: Pflüg. Arch. 1898. Bd 71. 8) Horbaczewsky: Medizin. Jahrb. 1883. S. 389—395. 9) Bohne: Fortsch. d. Med. 1897. Nr. 4. 10) Snyers: Bullet. de l'Acad. r. de med. de Belg. 3 Serie. T. 16. Nr. 11. 11) Bruner: Centralbl. f. in. Med. 1898. Nr. 18. 12) v. Jaksch: Zeitschr. f. kl. Med. 1887. Bd 13. 13) Hahn, Massen, Nencki i Pawłow: Arch. biolog. nauk. 1892, t. I. (po rosyjsku). 14) Brandenburg: Z. f. kl. M. Bd 36. 15) Winterberg: Ibid. 1898, Bd 35. 16) Walter: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd 7. 17) Coranda: Ibid. Bd 12. 18) Hallervorden: Ibid. Bd 10 i 12. 19) Biernacki: Münch. med. Woch. 1896. Nr. 28—29. 20) v. Limbeck: Zeitschr. f. k. M. Bd 34. 21) Posner und Vertum: Berl. kl. W. 1900. Nr. 4. 22) v. Korányi: Z. f. kl. Med. 1898. Bd 33—34. 23) v. Koranyi: Berl. kl. W. 1899 Nr. 5. 24) v. Koranyi: Z. f. kl. Med. Nr. 36. 25) v. Koranyi: Deut. Arch. f. kl. Med. 1899. Bd 65. 26) v. Koranyi: B. kl. W. 1899. Nr. 36. 27) H. Senator: Ibid. 1899. Nr. 31. 28) M. Senator: Deut. med. W. 1900. Nr. 3. 29) Lindemann: Deut. Arch. f. kl. Med. 1899. Nr. 65. 30) Vaquer et Bousquet: C. R. Soc. de Biol. 1899. 4/II. 31) Kövesi und Róth: Berl. kl. W. 1900. Nr. 15. 32) Bugarszky und Tangl: Pfl. Arch. 1898. Bd 72. 33) W. Orłowski: Mocznica w świetle badań współczesnych. Gaz. Lek. 1900. 34) Biedl und Kraus: C. f. in. M. 1898. Nr. 47. 35) Bickel: Pfl. Arch. Bd 72. 36) Meister: Wracz. 1891. Nr. 41. 37) Denys et Stubbe: Przytoczony podług Albu. Über die Autoint. des Intestinaltractus. Berl. 1895. 38) Ewald: Nothn. Spec. Path. u. Ther. 1896. Bd 22. 39) Mac Lennan: Brit. med. Iourn. 1898. 40) Korczyński: W. med. Presse. 1898. Nr. 36-37. 41) Lange: Mün. m. W. 1899. Nr. 10. 42) Sklarek: B. kl. W. 1899, Nr. 16. 43) Cyon: Comp. rend. 1897. T. II. Nr. 11. 44) Blumreich und Jacoby: Pfl. Arch. Bd 64. 45) Notkin: Russ. Arch. pat., klin. med. i bakt. 1896. 46) Möbius: Nothn. Spec. Path. u. Ther. 1896, Bd 22. 47) Eulenburg: D. m. W. 1897. Nr. 25 i 27. 48) Möbius:

M. m, W. 1899. Nr. 1. 49) Bourghart: C. f. in. M. 1899. Nr. 31. 50) Notthafft: Ibid. 1898. Nr. 15. 51) Sternberg: Nothn. Spec. Path. u. Th. 1897. Bd 7. 52) Cyon: Neurol. Centralbl. 1899. Nr. 2. 53) Faworski: Trudy kl. nierw. bolicznej Kazansk Uniw. 1899. 54) Sikorski: Wracz. 1900. Nr. 16. 55) Gajkiewicz: Gaz. Lek. 1896 i poprzed. lata. 56) Müller: Przytoczony wedł. Löba. C. f. in M. 1898, Nr. 35. 57) Buday und Jancsó: D. Arch. f. kl. Med. Bd. 60. 58) Neusser: Nothn. Spec. Path. u. Ther. 1897. Bd. 18. 59) Cybulski: Gaz. Lek. 1895. 60) Szymonowicz: Pfl. Arch. 1896. Bd. 64. 61) Nothnagel: Z. f. kl. M. 1879—1880 i 1885. 62) Kahlden: C. f. allg. Path. u. path. Anat. 1896. Bd. J. 63) Guinard et Martin: C. R. Soc. de Biol. 1899. 4/II. i 4/III. 64) Mańkowski: Russ. Arch. patol. kl. med. i bakter. 1898. 65) Philipen: Jour. méd. de Brux. 1896. Nr. 15. 66) Cyon: Pfl. Arch. Bd. 74. 67) Dauber: Arch. f. Verdaungskrankh. Bd. III. 68) Krawkow: Arch. de méd. exp. et d'anath. path. 1896. (po rosyjsku 1895). 69) Rovighi: Przytoczony według refer. w C. f. in M. 1898. Nr. 2. 70) Inghilleri: Ibid. 1898. Nr. 34. 71) Boix: La foie des dyspept. Thése de Paris. 1894. 72) Josselin de Jong: Przytoczony wedł. Siegenb. von Heukelom. Ziegl. Beiträge etc. 1896. Bd. 20. (obszerny zbiór literat. o dowiadcz. marskości wątroby). 73) Bonini: Według sprawozd. w Arch. f. Verd. 1898. 74) Nesbith: Journ. of. exp. med. IV. 75) Kublin: Alkoholizm etc. Rozpr. dokt. Petersb. 1895. 76) Freidenstein: Izmienienja w paoczkach etc. Petersb. 1899. Rozpr. dokt. 77) Ferrio und Bosio: Wedł. sprawozd. w Arch. f. Verd. 1898. 78) Senator: Z. kl. Med. 1884. 79) Englisch: W. m. Jahrb. 1874. 80) Frank: B. kl. W. 1887. 81) Wiltschutz: D. m. W. 1893. Nr. 30–31. 82) Hunter: The Lancet. 1888 i Brit. m. Jour. 1896. 83) Ewald: B. kl. W. 1896 Nr. 10. 84) Ewald: M. m. W. 1898. Nr. 17. 85) Strauss: B. kl. W. 1899. Nr. 10. 86) Białokur: Gazeta Lek. 1896. 87) Minnich: Z. f. kl. Med. Bd. 17. 88) Jacob und Maxter: C. f. in. M. M. 1998. Nr. 28. 89) Bödeker und Juliusberger: Arch. f. Psych. u. Nerv. Ad. 30. 90) Voss: D. Arch. f. kl. Med. Bd. 58. 91) Aporti: Wedł. sprawozd. w C. f. in M. 1898. Nr. 51. 92) Schaumann und Talqvist: D. m. W. 1898. Nr. 20. 93) Bohlam: M. m. W. 1894. 94) Klemperer: B. kl. W. 1889. Nr. 40. 95) Lubarsch: Z. f. kl. M. Bd. 31. 96) Keller: C. f. in M. 1896, Nr. 42. 97) Keller: Ibid. 1898. Mr. 6. 98) Keller: Ibid. 1899. Nr. 42. 99) Czerny und Keller: Ibid. 1897. 100) Müller und Mannicatide: D. m. W. 1898. Nr. 9. 101) Vergely: Rev. mens. des malad. de l'enfance. T. 16. 102) Stadelmann: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883. Bd. 17. 103) Minkowski: Ibid. 1884. 104) Magnus-Levy: Ibid. Bd. 42. 105) Lépine: Lyon. med. 1857. Nr. 15. 106) Roget et Balvay: Ibid. 1899. Nr. 2. 107) Herzog: B. kl. W. 1899. Nr. 14. 108) Waldvogel: C. f. in Med. 1899. Nr. 28. 109) Geelmuyden: Z. f. phys. Ch. Bd. 23. 110) Lüthje: C. f. in. M. 1899. Nr. 38. 111) Geisler: Wracz. 1900. Nr. 7. 112) Ajello: Wedł. sprawozd. w C. f. in. M. 1899. Nr. 22. 113) Knauer: W. kl. W. 1899. Nr. 49. 114) Rubinstein: Petersb. med. W. 1899. Nr. 31. 115) Ribbert: Arch. f. Entwickelungsmechanik Bd. 7. 116) Gregorieff: C. f. Gyn. 1856. Nr. 22.

III. Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego.

Podał

Dr. Mieczysław Nartowski.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc obecnie do wyników, otrzymanych w różnych sprawach patologicznych, a głównie w niektórych sprawach schorzenia układu nerwowego, przy stósowaniu światła elektrycznego w celach leczniczych, przedstawiam przynajmniej kilka przypadków, w których wynik leczenia był pod każdym względem pomyślnym*).

*) Za część kliniczną niniejszej rozprawy redakcya *Przegl. Lek.* pozostawia całą odpowiedzialność autorowi.

I. S. A. właściciel dóbr, l. 36, zgłosił się do mnie w dniu 17 października 1899 r. z powodu ogólnego osłabienia, bólu pomiędzy łopatkami, zwiększającego się przy chodzeniu, szumu w uszach, niemożności dłuższego czytania i silnego bólu w mięśniach całego ciała po najmniejszych już ruchach. Nadto od czasu do czasu występują zawroty głowy, lęk i bicie serca, nadmierne wydzielanie potu i to raz na rękach, to znowu na stopach, ucisk w mózgu, ogólne zdenerwowanie, brak łaknienia i bezsenność.

Wywiady wykazały, że chory w dzieciństwie przechodził odrę, od 12 do 19 roku życia oddawał się samogwałtowi, potem dużo pracował umysłowo, nie wysypiał się należycie i nie był wolnym od licznych trosk i kłopotów. Badanie przedmiotowe dobrze zresztą zbudowanego chorego wykazało wyraźne punkta bolesne na wyrostkach ościstych kręgów piersiowych, znieczulenie na prawej połowie klatki piersiowej, drżenie rąk i języka, przyspieszenie czynności serca, objaw Romberga, dreszcz nerwowy i wzmożony odruch kolanowy i stopowy.

Rozpoznanie: *Neurasthenia hysterica.*

Leczenie: Ogólne mięsienie, dobre odżywianie i kąpiele w świetle elektrycznem po dwie tygodniowo, w połączeniu z zabiegami hidropatycznemi.

Bezsenność ustąpiła już po dwóch kąpielach, łaknienie się wzmogło, a chory po każdej kąpieli czuł się mocniejszym na siłach tak, że po 11-tej kąpieli uważał się za zupełnie zdrowego.

II. K. O z Królestwa Polskiego, lat 41, silnie zbudowany i odżywiony; zgłosił się 3 października 1899 r. z powodu gwałtownego bólu w okolicy dolnych kręgów lędźwiowych, wzmagającego się przy najmniejszem poruszeniu.

Wywiady i badanie przedmiotowe chorego nic uwagi godnego nie wykazały, oprócz bolesności przy ucisku na okolicę dolnych kręgów lędźwiowych i obok znajdujących się mięśni.

Rozpoznanie: *Lumbago.*

Leczenie: Mięsienie trzy minutowe okolicy lędźwiowej, kąpiel elektryczna świetlna do ciepłoty 38° R. i opromienianie miejsca bolesnego przez czas dziewięciu minut.

W czasie opromieniania, po upływie dwóch pierwszych minut chory stracił uczucie bólu. Ciepłotę w kąpieli podniosłem do 48° R., a następnie ochłodziłem chorego w zwykłej wannie o ciepłocie wody od 30° R, początkowo, a przy końcu 27° R. Waga ciała przed kąpielą 67·350 kg., po kąpieli 67·020 kg.

Chorego widziałem 15 stycznia b. r., a cierpienie nie powtórzyło się wcale, pomimo upłynięcia od zastósowania powyższej kąpieli czterech miesięcy.

II. S. K., l. 37, zamężna, wieloródka, zgłosiła się w dniu 19 października 1899 r., z powodu znacznych potów i silnych bólów, umiejscowionych w różnych częściach ciała, a głównie w łydkach i mięśniach karku. Badanie wykazało bolesność przy ucisku prawie na wszystkich mięśniach ciała, obrzęk nieznaczny skóry nad łydkami i mięśniami karku, przyczem przy wymacywaniu czuć pewnego rodzaju twardość, robiącą wrażenie mocno napiętego mięśnia. Odruchy nieznacznie tylko wzmożone, ciepłota ciała prawidłowa, tętno 80 uderzeń na minutę; w narządach wewnętrznych zmian niema. Mocz prawidłowy.

Rozpoznanie: *Polymyositis rheumatica.*

Leczenie: Ponieważ chora dosyć już zażywała różnych środków wewnętrznych bez osiągnięcia zwolnienia bólów, przeto chętnie zgodziła się na polecone jej kąpiele w świetle elektrycznem, które stosowałem codziennie przez dwa tygodnie, przy ciepłocie początkowo 30° R.; w ostatnich dwóch kąpielach zniżyłem ją do 33° R.

Bóle zmniejszały się powoli po każdej kąpieli, ustępując najpierw z klatki piersiowej i okolicy kości krzyżowej tak, że po 14 kąpielach chora czuła się w zupełności zdrową.

III. E. U., lat 35, zgłosił się dnia 22 października r. z. z powodu silnego bólu w lewym stawie barkowym, trwającego od pięciu miesięcy, a który wystąpił, jak chory powiada, po przebytem zapaleniu gośćcowem kolana prawego.

Badanie wykazało obrzmienie, upośledzenie i bolesność zarówno przy ruchach czynnych jak biernych w lewym stawie barkowym. Reszta stawów wolna i tylko w prawym stawie kolanowym, przy przesuwaniu rzepki, wyraźny chrzęst, jaki często spotykamy w przewlekłem zapaleniu stawów. Chory poci się obficie, cierpi na bezsenność i szum w uszach. Narządy wewnętrzne zmian znaczniejszych nie wykazują.

Rozpoznanie: *Arthritis synovialis humeri sinistri.*

Leczenie: Choremu poleciłem o ile możności zachowanie spokoju, unikanie zbytecznych ruchów i kąpiele w świetle elektrycznem co drugi dzień, z równoczesnem opromienianiem barku lewego i kolana prawego.

Badając chorego po dziewiątej kąpieli w świetle elektrycznem (40° R). znalazłem ruchy czynne i bierne w barku lewym mniej bolesne i swobodniejsze. Bezsenność po każdej kąpieli stawała się nie tylko mniejszą, ale ustępowała tak, że począwszy od 14 kąpieli chory sypiał doskonale, a po 19 kąpielach sprawa patologiczna ustąpiła w zupełności i dotąd nie powróciła.

IV. J. J., lat 49. słabo odżywiona, zgłosiła się w dniu 28 października 1899 r. z powodu silnego bólu prawej połowy twarzy, który miał powstać przed trzema miesiącami z powodu przeciągu.

Badanie wykazało nieznaczny zanik mięśni prawej połowy twarzy, ścieńczenie i bladość skóry, nadzwyczajną bolesność przy ucisku na szczerbę nadoczodołową, dziurę podoczodołową i żuchwową. Ból przy ucisku na jedno z powyższych miejsc przenosił się szybko na wszystkie gałązki nerwu trójdzielnego. Na przestrzeni nerwu nadoczodołowego przeczulica skóry, zresztą znacznego stopnia znieczulenie.

Rozpoznanie: *Neuralgia nervi trigemini.*

Leczenie: Początkowo zastosowałem franklinizowanie prawej połowy twarzy. Ponieważ po siedmiu posiedzeniach ustąpiła jedynie bolesność nad szczerbą nadoczodołową i przeczulica skóry w tem miejscu, zastosowałem świetlną kąpiel elektryczną skombinowaną, to jest kąpiel elektryczną świetlną pojedynczą na całe ciało, a opromienianie na miejsca bolesne twarzy, które, dziesięciokrotnie powtórzone, usunęło cierpienie w zupełności.

Przypadek ten przemawia za dobrem działaniem franklinizacyj w schorzeniach niezbyt zastarzałych, albowiem bolesność nad szczerbą nadoczodołową ustąpiła, a nadczułość w tem miejscu, usunięta z bolesnością. przemawia za niedawno powstałą sprawą patologiczną. Według Nothnagla bowiem przy świeżych nerwobólach znajdujemy na skórze nadczułość, przy dłużej trwających zaś — znieczulenie.

V. S. B., lat 34, zgłosił się dnia 31 października 1899 r., z powodu bólu w mięśniach rąk i nóg, obfitych potów i bólów w stawach kolanowych, łokciowych i barkowych.

Wywiady wykazały, że chory często narażał się na przeziębienie; przed czterema laty przechodził zapalenie stawu kolanowego, a od 26 do 30 roku życia nadużywał napojów wyskokowych. Badając chorego, znalazłem zanik podściółki tłuszczowej, na twarzy wyraz cierpienia, policzki zapadłe, błony śluzowe blade. Klatka piersiowa dość dobrze rozwinięta. Badanie serca wykazało szmer skurczowy na wierzchołku serca, o średniem natężeniu, powiększenie stłumienia serca w wymiarze podłużnym, uderzenie serca przemieszczone za linię sutkową lewą i silne wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej. Tętno bez wyraźnych zmian, liczba uderzeń 83 na minutę. Ciepłota 38·1. Reszta narządów wewnętrznych nie przedstawia zmian ważniejszych. Stawy łokciowe barkowe i kolanowe zgrubiałe nieznacznie, ruchy bierne i czynne nadzwyczaj utrudnione i bolesne. Przykurczeń niema. Ucisk na poszczególne mięśnie wywołuje nieznaczny ból, pomimo braku wyraźnych zmian zewnętrznych. Odruchy prawidłowe W moczu, prócz nieznacznie wzmożonego kwasu moczowego, zmian niema żadnych.

Rozpoznanie: *Rheumatismus articulorum chronicus in individuo cum endocarditide in valvula bicuspidali.*

Leczenie: Kiedy podawanie środków swoistych przez 14 dni zmniejszyło jedynie i to nieznacznie bolesność w stawach i usunęło nadmierne poty, a badanie serca nie wykazało najmniejszej poprawy, zastosowałem kąpiele w świetle elektrycznem, początkowo co czwarty dzień, później co trzeci dzień i to jedynie na kończyny dolne, a zatem na zajęte stawy kolanowe, które ponadto opromieniałem od 5—15 minut przy ciepłocie kąpieli elektrycznej świetlnej 28° R. Wynik był nadspodziewanie dobry, albowiem chory już po czwartej kąpieli czuł znaczną ulgę w stawach kolanowych. Ruchy bierne i czynne nie tylko nie były utrudnione, ale bezbolesne. Zachęcony tem, zastosowałem kąpiel elektryczną świetlną na całe ciało chorego, na głowę zaś i na serce rurki Leitera z wodą lodową i po włączeniu wszystkich lampek badałem zachowanie się serca. Otóż tętno przed wejściem chorego do kąpieli, wynoszące 80 uderzeń na minutę, dopiero przy ciepłocie 31° R., w kąpieli podniosło się do 85 uderzeń na minutę. Ponieważ chory nie tylko nie odczuwał żadnych przypadłości ze strony serca, ale doznawał pewnego rodzaju uczucia przyjemnego i swobody ruchów czynnych w stawach łokciowych i barkowych, dodałem jeszcze opromienianie zajętych stawów łokciowych i barkowych przez 6 minut, w którym to czasie, po podniesieniu się ciepłoty kąpieli do 39° R, tętno wzmogło się tylko do 89 uderzeń na minutę. Kąpiel ta z następowem ochłodzeniem w wodzie i jednogodzinnym wypoczynkiem chorego, usunęła bolesność ze stawów, a stosowana następnie śmielej i do 41° R, po 23 dniach usunęła nie tylko przypadłości ze strony chorych stawów. ale wyrównała zmiany ze strony serca tak, że chory w dniu 19 grudnia 1899 czuł się zupełnie zdrowym.

Zestawiając obok tych kilku przypadków resztę leczonych do połowy kwietnia b. r. świetlnemi kąpielami elektrycznemi, otrzymałem wyniki następujące:

Rodzaj choroby	Ilość przypadków	Leczenie	Wynik leczenia
Neurasthenia hysterica	1	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie zupełne
Lumbago	3	Mięsienie, kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie zupełne
Polymyositis rheumatica	1	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie zupełne
Arthritis synovialis humeri sinistri	1	Kąpiele w świetle elektr. Opromienianie	Wyleczenie
Neuralgia nervi trigemini Rheumatismus articul. chronicus in indiv. c. Endoc. in valv. bicusp.	3	Franklinizacya. Opromienianie. Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
	1	Kąpiele w świetle elektr. Opromienianie	Wyleczenie
Neurasthenia visceralis	1	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
Neurasthenia sexualis	1	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie w 2 przypadkach; w 3-im poprawa.
Hysteria	5	Kąpiele w świetle elektr. Franklinizacya	Wyleczenie w 2 przypadkach, w 1 poprawa, a 2 przypadki pozostały bez wpływu.
Lipomatosis univer.	4	Kąpiele w świetle elektrycznem. Mięsienie, gimnastyka, dyeta	Wyleczenie
Ischias	11	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
Asthma bronchiale	5	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
Asthma nervosum	3	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie w 2 przypadkach, 3-ci bez wpływu
Neuralgia intercostalis	3	Kąpiele w świetle elektrycznem. Opromienianie.	Wyleczenie
Nephritis chronica	6	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie w 3 przypadkach; w 3 poprawa
Diabetes mellitus	1	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
Tabes dorsualis	4	Kąpiele w świetle elektrycznem	Zniknięcie zupełne bólów strzelających
Myelitis chronica	5	Opromienianie	Poprawa
Chlorosis	2	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
Zaburzenia czucia Bernhardta	2	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
Rheumatismus musculorum chronicus	5	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie
Adipositas universalis. Lipomatosis cordis. Nephritis chronica	1	Kąpiele w świetle elektrycznem. Opromienianie. Gimnastyka. Mięsienie	Wyleczenie. Waga ciała z 115·500 Klgr. spadła w końcu leczenia (po 8 tygodniach) na 85·320 Klgr. Po następnych 13 tygodniach podniosła się jedynie do 86 110 Klgr.
Amenorrhoea	1	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie.
Varices	3	Kąpiele w świetle elektrycznem	Wyleczenie.

(C. d. n.).

IV. O KLIMACIE.

Ustęp z wykładów o balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem r. szk. 1899/1900.

Podał
Dr Ludomił Korczyński
Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

(Dokończenie).

Wpływ lądu stałego na klimat zależy od ukształtowania powierzchni ziemi, od jej budowy geologicznej i od uprawy, od wegetacyi.

Rozległe bardzo równiny bez względu prawie na swe wyniesienie nad poziom morza odznaczają się bardzo znaczną zmiennością klimatu. W obszernych granicach waha się w pierwszej linii ciepłota. Powietrze rozgrzewa się bardzo szybko i bardzo silnie we dnie i taksamo oziębia w nocy. Wynikają stąd w dalszym ciągu równie znaczne wahania w ciśnieniu i w wilgotności powietrza.

Kraj pagórkowaty znajduje się pod tym względem w warunkach nieco korzystniejszych. Skutkiem falistego kształtu powierzchni ziemi, większego odsłonięcia w jednych, a zakrycia w innych miejscach, ogrzewa się ziemia niejednostajnie i niejednostajnie ochładza, a z nią równocześnie powietrze; niejednakie są więc także ogólne warunki dla nasycenia powietrza parą wodną i dla powstawania prądów powietrznych w blizkich nawet miejscach. Różnice muszą się z konieczności wyrównywać; a na takiej wymianie o tyle zyskują warunki klimatyczne, że ogólne wahania mniej są znaczne, aniżeli w równinach.

Góry wywierają na klimat wpływ bardzo wieloraki. Zależy on nie tylko od wzniesienia nad poziom morza, ale także od kierunku pasm górskich i od położenia danej miejscowości na skłonach, więcej lub mniej ogrzewanych, wystawionych na działanie wiatrów zimnych lub ciepłych. Zbocza, zwrócone ku stronie południowej, mają ciepłotę wyższą aniżeli zbocza, leżące po stronie przeciwnej. Na półkuli północnej najcieplejsze są skłony, zwrócone ku stronie południowo-zachodniej, najzimniejsze — nachylone ku stronie północno-wschodniej. Zbocza zachodnie są cieplejsze, niż wschodnie. We wszystkich górach znajduje się w pewnej wysokości tak zw. pas (rejon) chmurny; miejscowości, leżące poniżej tego pasa mniej silnie ogrzewane, ale też i mniej tracące ciepła, odznaczają się większą stałością w przebiegu zasadniczych zjawisk meteorologicznych, mniejsze są wahania ciepłoty, ciśnienia atmosferycznego i wilgotności powietrza.

Odosobnione wierzchołki oddziałują na klimat odmiennie przy niebie pogodnem, a zachmurzonem. Rozgrzewając się silnie w świetle słonecznem wydzielają wiele ciepła i powodują względną suchość powietrza, po zachodzie słońca oziębiają się równie szybko, chłodzą powietrze, wpływają na skraplanie się pary wodnej, powodują mgły i chmury. Tworzą się więc wielkie różnice w przebiegu ciepłoty i w wilgotności powietrza. Gdy niebo zasnute chmurami, dzieje się przeciwnie Niema wtedy ani zbyt silnego rozgrzewania się, ani zbyt wielkiego oziębiania powietrza. Wahania ciepłoty i wilgotności są tylko nieznaczne. Pasma górskie, ciągnące się w linii prostopadłej do kierunku wiatrów wilgotnych, wywierają nadto bardzo wybitny wpływ na stopień wysycenia powietrza tych prądów parą wodną i na częstość i obfitość opadów atmosferycznych na dwóch przeciwnych sobie zboczach górskich. Wiatr ciepły i wilgotny, natrafiwszy na ścianę górską, podnosi się ku górze, powietrze w wyższych warstwach ochładza się, nie może już pomieścić pierwotnej ilości pary wodnej, para skrapla się, powstają chmury, deszcz lub śnieg; przekroczywszy wierzchołek góry opada prąd powietrza na przeciwległym skłonie w linii skośnej (tak zw. spadek wiatru), dochodzi do warstw powietrza bardziej ogrzanych, ogrzewa się sam od nich, a wtedy względna wilgotność tego prądu robi się mniejsza, powietrze staje się suchsze.

Warstwę powietrza, leżącą między płaszczyzną spadku wiatru a zboczem góry, nazywamy cieniem wietrznym.

Następstwem skraplania się pary wodnej po jednej stronie góry jest względna suchość powietrza strony przeciwnej, a przez to większe wahania w jakości zjawisk meteorologicznych po tejże stronie. Klimat staje się bardziej zmienny.

Sąsiedztwo gór wywiera wpływ także i na miejscowości nieco odleglejsze. Znać go bardzo wyraźnie i u nas. Gdy w górach nastaje pora śniegów, pojawiająca się wcześniej, aniżeli w równinach, gdy śniegi zaczynają tam topnieć, co znów w późnej wiośnie, a nawet z początkiem lata się dzieje; wieją od gór zimne wiatry, ciepłota odleglejszych nawet okolic obniża się bardzo wyraźnie, zmienia się zawartość pary wodnej w powietrzu, tworzą się miejscowe prądy powietrzne, pojawiają się większe opady atmosferyczne.

Kilku uwag wymaga także klimat d o l i n i w ą w o z ó w górskich. W znacznej części zależy on od szerokości, głębokości i kierunku, w jakim dolina przebiega, co wszystko stanowi o ogrzaniu powietrza. Doliny szerokie wystawione są więcej na działanie promieni słonecznych, powietrze rozgrzewa się w nich także promieniami, odbitymi od zboczy górskich. Ztąd też ciepłota dzienna bywa w nich bardzo wysoka. Po zachodzie słońca nastaje czas silnego promieniowania ciepła, powietrze ochładza się szybko, tem bardziej, że także i z wierzchołków górskich spadają ku dołowi zimne prądy. Różnica między ciepłotą dzienną a nocną, a także różnice w stopniu innych zjawisk meteorologicznych są skutkiem tego w szerokich dolinach większe, aniżeli na najbliższych skłonach górskich.

W jesieni, zimie i na wiosnę zalegają doliny trwałe i dość zbite mgły; śnieg topnieje tu wogóle później, aniżeli w wystawionych na działanie słońca górach. Przyczynia się to tem więcej jeszcze do stwarzania różnic bardzo znacznych w ciepłocie przeciętnej zimy i lata.

Głębokie i wązkie doliny, jary górskie ogrzewane są bez porównania krócej i mniej silnie przez promienie słoneczne; w nocy słabsze jest promieniowanie ciepła. Wahania ciepłoty dobowej są w nich wogóle mniejsze. Tworzą się zato na dnie takich jarów najczęściej bardzo obficie mgły, a te, wznosząc się do góry, zasłaniają przyległy widnokrąg chmurami.

B u d o w a g e o l o g i c z n a wierzchnich warstw ziemi nie jest bez doniosłego wpływu na klimat. Przy odnośnych badaniach zwracać należy uwagę na zbitość i jakość gruntu, większą lub mniejszą zdolność wchłaniania ciepła, zdolność nasiąkania wodą i przepuszczania wody.

Zdolność wiązania ciepła przez ziemię zależy w równych innych warunkach od ciepła gatunkowego rozmaitych rodzajów ziemi, które w dość ścisłym stoi związku z jej wilgocią, czyli zawartością wody.

Grunt kamienisty rozgrzewa się szybko i szybko traci ciepło, a więc powstają w takiej kamienistej okolicy duże wahania ciepłoty. Pewne znaczenie ma tutaj także i barwa skał. Skały białe, względnie jasne, rychlej odbijają promienie słoneczne i mniej chłoną ciepła, mniej go też tracą następnie; skały ciemne zachowują się wprost przeciwnie.

Porównując ze sobą grunt piaszczysty, gliniasty i próchnicowy stwierdzamy, że pierwszy z nich chłonie najmniej wody, ostatni najwięcej, a więc pierwszy rozgrzewa się o wiele szybciej, ostatni wolniej; pierwszy traci ciepło rychło, ostatni powoli. Niejednakowe jest także i parowanie; najsilniejsze z ziemi piaszczystej, mniej silne z ziemi gliniastej i próchnicowej.

Nadmiar wody atmosferycznej, nie wessanej przez ziemię, przesącza się po prostu, gdy ziemia jest przepuszczalna, pozostaje na jej powierzchni, gdy grunt jest nieprzepuszczalny. W pierwszym i drugim razie powstaną różne warunki dla ciepłoty i dla parowania ziemi, a tem samem także dla ciepłoty i dla wilgotności powietrza. Badaniem wpływu, wywieranego przez drenowanie, a więc do pewnego stopnia osuszenie ziemi, zajmował się przed wielu już laty B u c h a n. Stwierdził on, że średnia roczna ciepłota zdrenowanej roli

podnosi się o 0·5° C., średnia letnia o 1°—1·5° C., że wahania w ciepłocie takiej roli są mniejsze. Zmiany te nie mogą pozostawać bez wpływu na ciepłotę powietrza, a wpływ ten może być nawet bardzo wyraźny, gdy odwodnione są znaczne obszary ziemi. Okolica taka staje się niewątpliwie klimatycznie zdrowszą.

Ze stanowiska więcej może higienicznego, niż klimatologicznego, zwracać także trzeba uwagę na brak lub obecność w ziemi resztek zwierzęcych i roślinnych. Domieszki te są, jak u nas, w porze mrozów obojętne dla zdrowia; w porze gorącej rozkładają się i gniją i mogą powodować zanieczyszczenie powietrza.

Nie sama tylko jakość gruntu wpływa na zjawiska meteorologiczne; wpływa także na nie i jego okrycie, względnie uprawa. Różnem jest powietrze w lesie, na łąkach, względnie na polach i na rozległych torfowiskach i bagniskach.

Ziemia leśna odznacza się ciepłotą więcej stałą, aniżeli ziemia odkryta. Wogóle biorąc jest średnia ciepłota roczna niższa, ale za to mniejsze są różnice między ciepłotą letnią a zimową. A więc i ciepłota powietrza leśnego zachowywać się będzie tak samo. W lecie jest powietrze leśne chłodniejsze, w zimie cieplejsze, aniżeli poza lasem. Zachowuje się także tak samo przy porównaniu ciepłoty dziennej i nocnej. Znaczne różnice wykazuje także porównanie względnej wilgotności. Jest ona w każdej porze większa, aniżeli wilgotność powietrza miejsc odkrytych o tym samym czasie. Pomijać nie należy, jako ważnej rzeczy, ochrony, którą las daje przed wiatrami. Powietrze jest więc w lesie znacznie spokojniejsze.

Powietrze pól i łąk tylko w cieplejszych porach roku jest odmienne od powietrza, unoszącego się nad gołą ziemią. Zwłaszcza w lecie jest mniej ogrzane, a przytem wilgotniejsze.

O torfowiskach i bagniskach wspomnieć należy tylko ze względu na wpływ niekorzystny, wywierany przez nie na klimat nie tylko danej okolicy, ale także okolic sąsiednich. Unoszące się nad niemi powietrze jest chłodniejsze i wilgotniejsze, przeważnie zanieczyszczone wyziewami, powstającymi z rozkładu istot organicznych w ciepłej porze roku. Bagniste zaduchy dostawać się mogą z prądem wiatru w dalsze okolice i zanieczyszczać tam powietrze.

Zbierając razem wszystko to, co poznaliśmy w klimatologii, łatwo nam przyjdzie złożyć szczegóły potrzebne do dokładnego określenia klimatu pewnej miejscowości. W określeniu takiem podać należy:

1. Położenie geograficzne: *a)* szerokość geograficzną, *b)* długość geograficzną, *c)* położenie względem morza.
2. Wzniesienie nad poziom morza.
3. Ukształtowanie i budowę geologiczną ziemi.
4. Okrycie i uprawę ziemi.
5. Ciepłotę: *a)* średnią ciepłotę roczną i amplitudę rocznych wahań, *b)* średnią ciepłotę miesięcy wraz z amplitudą miesięczną, *c)* średnią ciepłotę dzienną, a przynajmniej średnią ciepłotę okresów pięciodniowych (pentad) i przebieg dziennej ciepłoty.
6. Stopień natężenia promieni słonecznych.
7. Ciśnienie powietrza: *a)* średnie roczne, *b)* średnie miesięczne, *c)* wahania roczne, miesięczne i dzienne.
8. Wilgotność powietrza względną i bezwzględną i jej wahania roczne, miesięczne i dzienne.
9. Stopień zachmurzenia nieba.
10. Sumę opadów atmosferycznych roczną i miesięczną, oraz ilość dni opadów.
11. Kierunek wiatrów, siłę wiatrów, ich ciepłotę i wilgotność.
12. O ile są daty odnoszące się do elektryczności powietrza, częstości i stopnia burz elektrycznych.

Podział klimatów.

W praktyce byłoby dla lekarza rzeczą możliwą, niekiedy nawet pożyteczną, określać klimat poszczególnych miejscowości, jako rzecz samą w sobie zamkniętą, ale przedmiot cały, klimatologia, rozstrzeliłaby się wtedy na tak nieskończoną wielość szczegółów, że powstałby chaos niemożliwy prawie do opanowania. To też zupełnie uzasadnione są dążenia, zmierzające do stworzenia pewnego podziału klimatów. Co jednak wziąć za podstawę podziału? Odpowiedzi zadowalniającej dać nie możemy, nie dają jej dotychczasowe systemy. Mamy ich głównie trzy. Pierwszy przyjmuje za podstawę odległość od równika, a więc szerokość geograficzną; drugi ciepłotę średnią roczną; trzeci wreszcie, niewątpliwie najściślejszy, położenie wśród morza, względnie wśród lądu stałego.

W pierwszym podziale mamy:
1. Klimat między-zwrotnikowy.
2. Klimat umiarkowany.
3. Klimat podbiegunowy.

W podziale drugim z ciepłotą, jako podstawą, widzimy kilka odmian. I tak odróżnia Lévy:
1. Klimat bardzo gorący. Średnia roczna ciepłota 27·5° C. do 25° C.
2. Klimat gorący. Średnia roczna ciepłota 25° C.—20° C.
3. Klimat ciepły. Srednia roczna ciepłota 20° C—15° C.
4. Klimat umiarkowany. Średnia roczna ciepłota 15° C. do 10° C.
5. Klimat zimny. Średnia roczna ciepłota 10° C.—5° C.
6. Klimat bardzo zimny. Średnia roczna ciepłota 5° C. do 0° C.
7. Klimat lodowaty. Średnia roczna ciepłota poniżej 0° C.

Rochard odróżnia tylko pięć klimatów:
1. Klimat bardzo gorący. Od równika do izotermów o ciepłocie 25° C.
2. Klimat gorący. Między liniami izotermicznemi o ciepłocie 25° C.—15° C.
3. Klimat umiarkowany. Między liniami izotermicznemi o ciepłocie 15° C.—5° C.
4. Klimat zimny. Między liniami izotermicznemi o ciepłocie + 5° C.—5° C.
5. Klimat podbiegunowy. Między liniami izotermicznemi o ciepłocie 5° C.—15° C.

Podział Rocharda przyjęła swego czasu większość klimatologów, zwłaszcza francuzkich. Nie utrzymał się on jednak, gdyż oznaczając średnią roczną ciepłotę, nie oznaczamy w ten sposób bynajmniej ani innych właściwości klimatu, ani nie nabieramy nawet pojęcia o przebiegu samej ciepłoty. Uwidacznia to bardzo dobrze Weber, zestawiając obok siebie ciepłotę średnią czterech pór roku dwóch miast nadmorskich: Londynu i Odessy, których średnia roczna ciepłota wynosi nieco ponad 9° C., a które co do ciepłoty różnią się bardzo w różnych porach roku, zwłaszcza w zimie i w lecie.

	Wiosna	Lato	Jesień	Zima
Londyn . .	8·0	15·5	9·6	3·1
Odessa . .	7·6	21·1	10·4	—2·5

Takich i podobnych przykładów stworzyćby można bardzo wiele.

Trzeci, obecnie ogólnie przyjęty podział, podany przez Webera, odróżnia:

1. Klimat lądowy. 2. Klimat morski.

Oba rozpadają się na poddziały:

Klimat lądowy:

1. Klimat górski: *a)* Suchy i ciepły, *b)* Suchy i zimny, *c)* Wilgotny i ciepły, *d)* Wilgotny i zimny.
2. Klimat nizinny: *a)* Suchy i ciepły, *b)* Suchy i zimny, *c)* Wilgotny i ciepły, *d)* Wilgotny i zimny.

Klimat morski:

1. Morski w ścisłem tego słowa znaczeniu.
2. Wyspiarski.
3. Nadmorski.

Każdy z nich przedewszystkiem wyspiarski i nadmorski z poddziałami: *a)* Klimat morski wilgotny i ciepły. *b)* Kli-

mat morski wilgotny i chłodny. *c)* Klimat morski miernie wilgotny i ciepły. *d)* Klimat morski miernie wilgotny i chłodny. *e)* Klimat morski suchy i ciepły. *f)* Klimat morski suchy i chłodny.

V. Wyciągi.

Dr. W. Kędzior. **Wpływ słońca na bakterye.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Na podstawie licznych i bardzo dokładnych doświadczeń określa autor wpływ światła słonecznego jako dość silnie zabójczy na bakterye, z wyjątkiem pewnych gatunków. Siła działania słońca zawisłą jest od dostępu tlenu, od przyrody środowiska, w którem bakterye się znajdują. Ciepłota nie odgrywa wielkiej roli, działanie zaś występuje tem wolniej, im więcej bakteryj w danem środowisku się znajduje. Pod wpływem światła słonecznego jadowitość bakteryj chorobotwórczych się zmniejsza, ruchliwość bakteryj i wydzielanie barwików bywają upośledzone. *Dr. Latkowski.*

Turban (Davos). **O dziedziczeniu *locus minoris resistentiae* w gruźlicy płuc.** (*Zeitschrift f. Tuberculose und Heilstättewesen,* B. I, H. 1, 1900). Dziedziczności gruźlicy płuc, przy obecnem pojmowaniu choroby, nie uznajemy. Natomiast wykazuje spostrzeganie lekarskie usposobienie do zakażenia gruźliczego. Na czem ono polega, nie wiemy dokładnie. W związku z tą sprawą przytacza autor w swej publikacyi historye chorób 55 rodzin gruźliczych, bądź to rodziców i dzieci, bądź tylko rodzeństwo (braci i siostry). Spostrzeżenia te wykazują, że u 44 rodzin rozpoczynała się gruźlica u wszystkich członków tej samej rodziny nietylko po tej samej stronie płuc, lecz i w tem samem miejscu, a równocześnie miała choroba u nich podobny przebieg kliniczny. Ztąd autor wnioskuje, że dziedziczność usposobienia do gruźlicy płuc polega na odziedziczeniu miejsca mniej odpornego przeciw zarazkowi gruźliczemu. *W. J.*

Strzelbicki J. **O znaczeniu rozpoznawczem „plam Koplika“ przy odrze, oraz kilka słów o języku odrowym.** *(Gazeta lekarska* Nr. 8, 1900). Plamy Koplika, opisane już poprzednio przez Filatowa i Bielskiego, są dziś powszechnie uznane, jako cechujące dla wczesnego rozpoznania odry; znikają one w miarę rozkwitu osutki. Autor w swej statystyce znalazł w 84% odry plamy Koplika, jako charakterystyczne dla odry, a w 72% plamki na podniebieniu miękkiem. W swej „Semiotyce“ Filatow mówi, że plamki takie, jak Koplik opisuje na błonie śluzowej policzków i warg, można nieraz spotkać i na spojówce, a Bielski miał je widzieć na błonie śluzowej nosa. Autor, zwracając szczególniejszą uwagę na język, wykazuje pewne zmiany, przeważnie na przedniej części języka, robiące wrażenie takie, jakgdyby był posypany otrębami, lub jakby na nim były rozrzucone drobne wzgórki pleśniawek. Cechujące wejrzenie języka „odrowego“ znalazł autor w 57·1% przypadków. Objaw ten znika jednocześnie z plamami na innych częściach błony śluzowej. Częściej od plam Koplika zauważył autor zmętnienie i całkowite zbielenie błony śluzowej dziąseł. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. Adolf Winter. **Wyjałowienie mleka.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* 51. I Bd., 5 H.). O rzeczywistem i trwałem wyjałowieniu mleka nie ma dotychczas mowy. Najodporniejszy jest prątek krezkowy (*bacillus mesentericus*), który może się utrzymywać nawet przy dwunastokrotnem, co 6, 12 i 24 godzin dokonywanem i do wrzenia doprowadzonem, ogrzewaniu mleka. Gdy na końcu mleko zdawało się być wyjałowione, zawierało ono taką ilość wytworów rozkładowych, że dla ustroju dziecięcego było wprost szkodliwe. Doświadczenia wykazały, że przerywanemu wyjałowieniu nie można przypisać pierwszeństwa przed zwyczajną pojedynczą steryliżacyą, jeżeli zastosowany jest odpowiedni czas, uwzględniwszy, iż wytworzenie się karamelu zależnem jest od czasu trwania ogrzewania. Najlepsza metoda wyjałowienia jest ogrzanie mleka parę sekund do 125—130°; wytrzymałość takiego mleka jest bardzo dobra a karamel się prawie nie wytwarza. Ogrzanie mleka do tej ciepłoty jest nader trudne, dlatego autor poleca jednorazowe ogrzanie do 100 — 102° przez najmniej 20, najwyżej 30 minut. Mleko takie winno być przechowywane w ciepłocie lodowej, o ile możności niżej 15°; doświadczenia wykazały, iż mleko wyjałowione, trzymane następnie w ciepłocie, korzystnej dla wzrostu bakteryj, podpada zepsuciu tak, jak mleko świeże. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. M. Thiemich. **Tężyczka i tężycowe stany we wczesnem dzieciństwie.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 51. 1900 13. I. 14. I i II). Autor opisuje 28 przypadków tężyczki, udowadniając, że rozpoznanie tej choroby może opierać się li tylko na szczegółowem badaniu prądem stałym i wykazując, że w rozpoznawaniu tężyczki nie jest wystarczającem, jak to Ganghofner podawał, KSZ., ani KSTet. (Hauser i Escherich), gdyż liczby, oznaczająco KSZ. są wprawdzie po większej części mniejsze w tężyczce, niż u zdrowych dzieci, lecz mogą też dochodzić do równych wartości, badanie zaś KSTet. jest niepewne i niemoże zastąpić badania KOZ. — Bardzo ważne jest w tężyczce stałe przeważanie AnÖZ. nad AnSZ., a prawie rozstrzygającem w rozpoznaniu jest zachowanie się KOZ, o tyle, że wartości poniżej 5 MA. tylko w tężyczce, a ponad 5,0 MA. tylko u dzieci prawidłowych się spotyka. Wszystkie inne objawy są niepewne i nie znamienne, szczególnie dla tężyczki ukrytej. Do innych znamiennych objawów zaliczyć natomiast należy: 1) wzmożenie mechanicznej pobudliwości nerwów obwodowych i pobudliwości mięśniowej; 2) objaw Trousseau, będący wyrazem zwiększonej mechanicznej pobudliwości pni nerwowych w *sulcus bicipitalis internus*, a więc przedewszystkiem n. łokciowego; 3) objaw twarzowy (*Facialis-phänomen*) polegający na nadmiernej mechanicznej pobudliwości n. twarzowego; 4) objaw wargowy (*Lippenphänomen*), spostrzegany w 2 przypadkach, a polegający na tem, że uderzając pewne miejsce wargi górnej u dziecka nieśpiącego, otrzymuje się kurcz m. okrężnego ust, przez co twarz przybiera na krótki czas wejrzenie ryjkowate. Podobny objaw opisuje Escherich pod nazwą *»Mundphänomen«*, spostrzegany u dzieci śpiących, a polegający na kurczu m. okrężnego ust po stronie przeciwnej, jak badamy. 5) Kurcz głośni, pozostający, jak wykazali Escherich i Loos, w ścisłym związku z tężyczką. O ile pora roku, ostre lub przewlekłe choroby przewodu pokarmowego, lub istniejąca krzywica, o której na razie wiemy tyle, że wywołuje zmiany w rozroście kości, a w której prawie nie znamy zaburzeń przemiany materyi, — wpływa na powstanie i przebieg tężyczki — tego autor rozstrzygnąć nie próbuje, uważając swój materyał za zbyt mały. 6) Bardzo ważnym objawem są kurcze ogólne, tak zwana *eclampsia infantum*. Kurcze te mogą być drgawkowe (kloniczne), połączone z asfiksyą w następstwie ciężkiego napadu kurczu głośni i nasycenia krwi kwasem węglowym; albo też kurcze te mają cechy napadu rzucawki (*eclampsia*), względnie padaczkowego, z utratą przytomności, a bez asfiksyi i sinicy mimo kilkuminutowego trwania drgawek. Kurcze rzucawkowate mogą być jedynym objawem, zwracającym uwagę, a dopiero ścisłe badanie prądem elektrycznym może wykazać istniejącą lub ukrytą tężyczkę. — Te kurcze rzucawkowate należy odróżnić od zwyczajnej rzucawki, w której nie można wykazać żadnego objawu tężyczki, a nawet objawu Erba zwiększonej pobudliwości nerwowej na prąd galwaniczny. Ma to bardzo ważny wpływ na leczenie. Jeżeli bowiem drgawki występują przy prawidłowej pobudliwości układu nerwowego, to dążyć należy wyłącznie do usunięcia przyczyny, wywołującej drgawki, a względnie zapobieżenia nowym. Osiągamy to przez szybkie i zupełne wypróżnienie przewodu pokarmowego, przez dostateczny dowóz wody i przepłókanie ustroju. Te drgawki nie zagrażają żadnem niebezpieczeństwem ani dalszemu rozwojowi mózgu, ani życiu. Zupełnie inne znaczenie mają drgawki, występujące na tle stanu tężycowatego. Tu podnieta, wywołująca drgawki, może być bardzo mała, natomiast najważniejszym czynnikiem jest chorobowa nadmierna pobudliwość układu nerwowego i dlatego zastosowanie środków narkotycznych czyni zadość nietylko objawowemu, lecz i przyczynowemu wskazaniu, a nader ważnem jest szybkie usunięcie wszystkich zmian chorobowych, jakie tylko można wykryć w chorym ustroju, a jakie mogą właśnie być powodem owych ciężkich objawów nerwowych. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Prof. Pel (Amsterdam). **Leczenie włóknikowego zapalenia płuc.** *(Wiener med. Presse* Nr. 18, 1900). Stan płuc bynajmniej nie rozstrzyga o losie chorego na zapalenie tego narządu; ważne atoli znaczenie mają budowa osobnika i jego większy lub mniejszy zasób odporności. Chorzy więc z przewlekłą rozedmą płucną, cierpiący na cukrzycę i choroby nerkowe, osoby starsze i wycieńczone, a nadewszystko alkoholicy, są bardziej zagrożeni zapaleniem płuc, aniżeli osoby dobrze zbudowane bez innego cierpienia ustrojowego. Środka takiego, któryby opanował zapalenie płuc w ścisłem tego słowa znaczeniu, lekospis dotychczas nie zna; z licznych zaś środków zalecanych, upust krwi wywiera znakomity wpływ, szczególniej tam, gdzie występuje dusznica, sinica, w połączeniu z bardzo nikłem tętnem, lub też przy rozpoczynającym się obrzęku płucnym; nie mniej korzystnie działa naparstnica w małych dawkach, jako *cardiotonicum*.

Utrudnione odkrztuszanie lub kłócie w boku bywają bardzo dobrze zwalczane proszkami Dowera, a względnie słabemi wstrzykiwaniami morfiny; nieprawidłowo zaś przebiegające przypadki wymagają środków podniecających, jak alkohol, kamfora z eterem (najlepiej podskórnie) i obmywania. Przy prawidłowym przebiegu

zapalenia płuc dobrze jest trzymać się zasady, że im mniej lekarz czynnie wkracza, tem większe jest prawdopodobieństwo pomyślnego zakończenia się sprawy; nie wynika atoli z tego, by nic nie robić, lecz przeciwnie, należy postawić chorego w warunkach dla niego najkorzystniejszych (higiena, odżywianie), gorączkę zaś zwalczać jest rzeczą zbyteczną z powodu krótkiego względnie trwania choroby. *Dr. Henryk Pisek.*

Ehrman (Wiedeń). **Petrosulfol, nowy środek w leczeniu chorób skórnych.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 18, 1900). Na podstawie blisko 500 przypadków, leczonych tym przetworem, przychodzi autor do następującego wniosku: Petrosulfol jest nader korzystnie działającym środkiem w leczeniu niesztowic (*ecthyma*), strupienia (*impetigo*), wyprysków krostkowych lub łuszczących się przewlekłych i ostrych; również dobre jest jego działanie w przypadkach odmrożenia, przy poceniu się rąk lub nóg, wreszcie w ropieniu gruczołów, występującem często w przebiegu rzeżączki (*prostatitis, periurethritis*). Drażniącego działania ubocznego nie było; stosowana formułka brzmi: *Rp. Petrosulfol 4,00 Unguent. casein. 20,00—40,00*, albo *Rp. Petrosulfol 6,00 Lanolin. Vaselin. fl. americ. aa 20,00 Oxyd. Zinci, Amyli* albo *Talci venet. aa 10,00* Mds. Zewn. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. K. Brodmann. **Neuritis ascendens bez zewnętrznego zranienia.** (*Muench. med. Wochft. 24 i 25, 1900*). W skutek tępego urazu w opuszkę czwartego palca kończyny górnej przyszło do zapalenia (niezakaźnego) skórnej gałązki czuciowej nerwu, z którego zapalenie to, powoli rozszerzając się ku górze, objęło cały splot barkowy. Najprawdopodobniej te same zmiany przeszły następnie i na sam rdzeń, albowiem u chorego pojawiły się po pewnym czasie objawy zapalenia rdzenia.

Przypadek ten był spostrzegany w kasie chorych; rozpoznanie zatem, co do etyologii, bardzo ważne. *Dr. St. B. K.*

Prof. Dr. G. Treupel. **Obecny stan naszych wiadomości o gruźlicy, a gruźlicy płuc w szczególności.** (*Muench. med. Wochft. 24. 1900*). T. zbiera w ogólny pogląd to wszystko, z czem w zakresie gruźlicy w ostatnich czasach spotykaliśmy się. A więc najpierw co do morfologii prątka gruźliczego zaznacza, że najnowsi badacze (Lubarsch, Schulze) uważają go raczej za pewien rodzaj grzybka, zbliżony nadzwyczaj do grzybka promienicy, — dalej, że, jak na dziś, badanie drobnowidowe prątka gruźliczego w celach rozpoznawczych nie wystarcza, ale że koniecznem jest przeprowadzanie doświadczeń na zwierzętach.

Z zakresu etyologii gruźlicy przypomina prace Corneta i Fraenkla co do niebezpieczeństwa zakażenia się wprost od chorego, dalej możność zakażenia się wytworami spożywczymi, jak mlekiem, masłem, mięsem (krów i świń przedewszystkiem). Niebezpieczeństwo zakażenia się drogą przewodu pokarmowego jest względnie największe; badania np. Hormanna i Morgenrotha wykazały, że ryby, karmione plwocinami suchotników, aczkolwiek same gruźlicy nie ulegają, przez długie tygodnie wykazują w wydzielinach swych prątki gruźlicze, zupełnie dobrze utrzymane i do rozwoju dalszego zdolne.

Mówiąc o osobniczem usposobieniu chce T., uznając zresztą wpływ wieku, płci, zawodu, stosunków życiowych, przyznać przedewszystkiem racyę zdaniu Corneta, że w wielu przypadkach, które dawniej przez zmniejszanie lub zwiększanie się odporności tłómaczono, wielkość i jakość niebezpieczeństwa zakażenia jest decydującą. W końcu oświadcza jednak, że sprawa istnienia jakichś pewnych własności, czy to osocza, czy komórek tkanek, zwiększających, lub zmniejszających usposobienie do gruźlicy, musi być pozostawiona dalszym badaniom.

Przechodząc do usiłowań obecnych — rozpoznawania jak najwcześniejszych okresów zakażenia gruźliczego, podnosi trudności, z jakiemi się spotykamy, tem większe, że czyste zakażenie gruźlicze przebiega zawsze bez gorączki.

Drogowskazami dla nas tutaj są: pewnego stopnia znużenie, jakie chory odczuwa, kaszel suchy, bladość powłok, a wreszcie czasem i zmniejszanie się ciężaru ciała. Najpewniejszym dziś środkiem rozpoznawczym (Fraenkel na 8000 własnych spostrzeżeń, miał tylko 3% mylnych rozpoznań) jest tuberkulina; obok niej poleca obecnie Henkel nakłówanie płuca. Aglutynacya prątków gruźliczych (Bendix) w surowicy krwi gruźlicą dotkniętych, nie jest jeszcze rzeczą pewną. Że te rozpoznawcze wysiłki są rzeczą konieczną, dowodzi choćby świadomość, że krwotok płucny i naciek szczytowy mogą być wynikiem zupełnie różnych schorzeń, jak rak, kiła, pasorzyty, a właśnie zasługą ostatnich dziesiątków lat jest, że możemy gruźlicę jako taką uważać za uleczalną. Leczniczego środka dotychczas nie mamy; tuberkulina Kocha, surowica Maragliano, *cantharidin* i *myrosin* Liebreicha, a wreszcie hetol Landerera, nie wyszły jeszcze po za ramy doświadczeń, ogólnie zaś rozpowszechnionymi, dzięki Sommerbrodtowi, są dotychczas przetwory kreozotowe, które w postaci kreozotu, gwajakolu i t. p., używamy. Że mimo tego dotychczasowe nasze zabiegi nie zostały bez skutku, zasługą jest Brehmera i jego szkoły, która na hygieniczno-odżywczem leczeniu oparła swoje tak świetne wyniki. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Dr. C. Menge. **Zmiany w moczu po obmacywaniu nerek.** (*Münch. med. Wochenschrift* 23, 1900). Przejściowy białkomocz pojawiać się ma często przy nerkach przedtem zdrowych, po ucisku, jaki wywrzeć może badanie, pelota paska, wreszcie nawet ubranie. Białko pojawia się w mniejszej lub większej ilości, znika zaś po krótszym lub dłuższym czasie, po usunięciu tej mechanicznej przyczyny. Jako powód pojawiania się w moczu białka podaje M. częściowe przechodzenie przez ścianki naczyń włosowatych — surowicy krwi, pod wpływem mechanicznego ucisku, a w razie silniejszego urazu przedostają się i czerw. ciałka krwi. Ilość białka ma zależeć od siły i czasu trwania ucisku, od stopnia odżywienia ustroju, napięcia powłok brzusznych, obsunięcia nerek samych, a wreszcie i stopnia ich wrażliwości, To też nie chcąc przesądzać wpływu innych przyczyn na pojawianie się białka w moczu, przestrzega M., na podstawie dotychczasowych, przez siebie przedsiębranych badań, przed mięsieniem okolic nerkowych i używaniem pelot nerkowych. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Dr. Pollak. **Fersan, nowy środek w leczeniu gruźlicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25). Fersan został otrzymany przez dr. A. Jollesa działaniem kwasów (najlepiej HCl) na oddzielone zapomocą centryfugi erytrocyty krwi bydlęcej. Zawiera 90% rozpuszczalnych istot białkowatych i z wziętej ilości ciałek czerwonych całą zawartość żelaza i fosforu. Preparat w wodzie rozpuszczalny, prawie bez smaku, ulega chłonieniu dopiero w jelitach, przeszedłszy w postaci niezmienionej przez żołądek. Zaletą jego jest, że nie tylko nie nadweręża czynności żołądka prawidłowego, lecz także w stanach jego patologicznych może być podawany z korzyścią. Z przytoczonych kilku przykładów widać, jak w stosunkowo krótkim przeciągu czasu u osobników, którym stosowano fersan, ilość hemoglobiny i ciężar ciała się podnosiły, a łaknienie poprawiało. *L. W.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

III. Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w dniu 14 lipca 1900.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, członkowie Izby; Dr. Bylicki, Dr. Eckhardt, Dr. Muszkiet, Dr. Papée, Dr. Pisek, Dr. Smolarski. Nieobecność usprawiedliwili: Dr. Piaskiewicz i Dr. Lechowski.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. *a*) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału od 3 lutego do końca czerwca i zawiadamia o wniesieniu ważniejszych podań do Władz. Następnie podaje do wiadomości członków Izby, że wiec Izb lekarskich prawdopodobnie się w tym roku nie odbędzie, gdyż taka propozycya wyszła od komisarza rządowego w Izbie wiedeńskiej (dotychczas nieukonstytuowanej), na którą zdaje się zgodzą się wszystkie Izby. Wreszcie zawiadamia o wnioskach, jakie Wydział na wiec przygotował. Następnie zawiadamia o przedstawieniu, jakie Wydział wniósł do Wydziału krajowego w sprawie lekarzy szpitalnych, jak również o memoryale, jaki przez Wydział Izby zostanie wniesiony w sprawie lekarzy kolejowych. W końcu podaje do wiadomości, że na mającym się odbyć kongresie lekarskim w Paryżu będzie utworzoną sekcya dla medycyny socyalnej; zapytuje członków, czy uchwala wysłanie delegata. *b*) Prezydent zdał sprawę z czynności Rady honorowej za czas powyższy, Delegatem na kongres został wybrany Dr. Pisek, który na własny koszt jedzie do Paryża.

II. Sprawa instytucyi zapomogowej. Przystąpiono do dyskusyi szczegółowej projektu Kasy pożyczkowo-zapomogowej, ułożonego i przerobionego przez Dra Lechowskiego. Dr. Smolarski zawiadamia, że zaprosił kolegów swego okręgu celem poinformowania się. W zasadzie oświadczyli się za projektem Dra Lechowskiego, na poszczególne punkta jednak

zgodzić się nie mogą. I tak podniesiono zarzuty co do tego, że w projekcie nie jest podaną wysokość emerytury; dalej co do tego, że emeryci lub wdowy mają tracić pensyę po przeniesieniu się poza okręg Izby; następnie żądają wyjaśnienia co do funkcyi i płacy dyrektorów, jakoteż kosztów ogólnej administracyi, w końcu proszą o przysłanie każdemu z nich w powyższy sposób uzupełnionego projektu. Te same mniej więcej zarzuty podnosi imieniem kolegów okręgu Tarnopolskiego Dr. Eckhardt. Wyjaśnienia na powyższe zarzuty daje prezydent Izby, w szczególności co do wysokości pensyj wdowich i emerytalnych. Przedyskutowano wszystkie paragrafy i poczyniono w niektórych zmiany, w końcu na wniosek prezydenta uchwalono projekt zmieniony wydrukować i wszystkim lekarzom rozesłać celem przygotowania materyału na następne posiedzenie Izby.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 31 lipca.

* Ostatni numer „Dziennika IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich" wyjdzie z druku w ciągu najbliższego tygodnia. Krakowscy uczestnicy Zjazdu będą go mogli odebrać w księgarni S. A. Krzyżanowskiego, uczestnikom zaś zamiejscowym, o ile dostarczą swych adresów zapomocą kart korespondencyjnych Redakcyi „Dziennika" (Doc. Dr. Raczyński, Podwale 9. Kraków), rozesłany zostanie ostatni numer pocztą pośrednio lub bezpośrednio z Krakowa.

* IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich uchwalił trwałym pomnikiem uwiecznić pamięć ś. p. Dra Adryana Baranieckiego, założyciela instytucyi Zjazdów naszych. Będzie to pierwszy, a ufamy, że nie jedyny dowód wdzięczności dla zasłużonego męża. Fundator Muzeum naukowo-przemysłowego i wyższej szkoły dla kobiet, ma on zapowiedziany przez Radę miejską pomnik na grobie, oraz biust przy budynku lub w budynku zakładu szkolnego jego imienia, święcie przyrzeczony przez dawne uczennice. — Dziesięć lat dobiega od dnia pogrzebu Baranieckiego, a płyty nadgrobowej nie zdobi żaden pomnik, jak nie mniej czeka napróżno na odlanie w bronzie biust, dzieło śp. Rożniatowskiej. Nie uwierzymy nigdy, ażeby wdzięczność dla męża, godnego następcy Czackiego i Staszica, była tak krótką i powierzchowną; jest to tylko naganne odkładanie, które już jednak przekroczyło przyzwoitą granicę.

O ile nam wiadomo, pomnik zjazdowy ma polegać na wmurowaniu artystycznie wykonanej tablicy w kościele Franciszkanów, w którego murach klasztornych śp. Baraniecki żył, założył obie instytucye i dokonał życia.

* Kongres prasy lekarskiej, odbyty świeżo w Paryżu, uchwalił dążyć do zawiązania międzynarodowego związku prasy lekarskiej. Zadaniem tego związku byłoby czuwanie nad prawami autorskiemi co do własności literackiej, wymiana wydawnictw pomiędzy członkami związku i organizacya wspólnej pracy na międzynarodowych zjazdach lekarskich. Oprócz tego poruszono wiele ważnych spraw, jak n. p. sprawę jawności w prasie lekarskiej, stosunki prasy lekarskiej do codziennej politycznej i t. p. Dla opracowania ustawy zamierzonego związku wybrano komitet, którego zadaniem będzie także powołać do życia towarzystwa prasowe w krajach, jeszcze ich nie posiadających.

* Potrzeba ściślejszego porozumienia się prasy lekarskiej między sobą, która wytworzyła już we Francyi i w Niemczech stowarzyszenia, oddające wielkie usługi w sprawach wydawniczych, w organizacyi zbiorowych sprawozdań ze zjazdów naukowych i t. p., a która zaznaczyła się wybitnie w r. b. zwołaniem pierwszego zjazdu prasy lekarskiej do Paryża, znalazła swój wyraz i u nas przez utworzenie sekcyi prasowej na IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich. Że sekcya ta była potrzebną, udowodnił najlepiej przebieg jej rozpraw i liczny udział uczestników, że będzie bardzo pożyteczną, jeżeli, w co nie można wątpić, zbierze się i na następnych Zjazdach, — o tem świadczy zarówno już powzięta uchwała ujednostajnienia pisowni według przepisów krakowskiej Akademii Umiejętności, jak i rzuconych wśród rozpraw kilka praktycznych pomysłów, garść zdrowych poglądów, które, tuszymy, nie padły na nieurodzajną glebę. Jeżeli nie doszło do stanowczych uchwał we wszystkich poruszonych sprawach, to powodu szukać należy w tem, że spadły one na obradujących „trochę nagle", jak to słusznie zauważył prezes Zjazdu Dr. Dunin. Nie było więc czasu na oswojenie się zupełne z tem, co nowe, na przetrawienie zamierzonych reform; bez tego zaś najbardziej nawet stanowcze uchwały byłyby zostały na papierze, jak każda rzecz narzucona, która nie przeniknęła jeszcze do przekonań jednostek. Dlatego nawet lepiej się stało, że sprawy, niezupełnie do załatwienia dojrzałe, zamknęły się w ramach dyskusyi bez stanowczych wniosków; samo bowiem przeprowadzenie rozpraw, wyjaśnienie spraw wątpliwych, obliczenie się z brakami i potrzebami naszych czasopism uważać należy za znaczną zdobycz na drodze do postępu, za połowę mających dokonać się napraw i zmian. Stwierdzenie jednozgodności w zapatrywaniu, że tworzenie nowych czasopism powinno mieć na oku wyrabianie nieistniejących jeszcze u nas ich typów, że unikać należy mnożenia pism o typie, już istniejącym, było ze wszech miar pożądanym, a nie mało ważnym wynikiem narad, a zarazem wyrazem uznania dla inicyatorów powstającego we Lwowie „Polskiego Archiwum nauk lekarskich". Potrzeby takiego wydawnictwa ze względu na prace doświadczalne, dawno powszechnie odczuwanej, żadne z istniejących czasopism, skrępowane swoistymi warunkami, zaspokoić dotąd nie zdołało, przeto pomysł wydawania wyłącznie na to przeznaczonego »Archiwum« jest stanowczo na czasie.

* Dżuma nie tylko nie wygasa w dotychczasowych ogniskach, ale zdaje się szerzyć coraz wybitniej według ostatnich zestawień, dotyczących Egiptu (Port-Said, Aleksandrya), Japonii, Chin, (Hongkong), Brazylii (Rio de Janeiro), N. Walii.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Stanisław Przybylski, Izydor Chotinger.

* Rzeczywistymi nauczycielami gimnastyki mianowani zostali: dr. Jan Bielawski w gimnazyum św. Anny w Krakowie, dr. Adam Raczyński w gimnazyum Stanisławowskiem.

Mianowania i odznaczenia: Powołani zostali: prof. Siemerling do objęcia katedry psychiatryi w Kilonii; prof. Axenfeld na katedrę okulistyki w Marburgu. Profesorami nadzw. mianowani: Al. Korányi i E. Grósz w Peszcie, Kaestner w Lipsku, M. B. Schmidt i D. Gerhard w Strassburgu, A. Kreidl w Wiedniu, Stern we Wrocławiu, Nagel we Fryburgu w B.

Nekrologia: Zmarli: W Petersburgu zakończył życie Stanisław Koneczny w 72 r. życia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Gazeta lekarska* Nr. 30: A. Krokiewicz: Dalsze przypadki tężca urazowego, leczone wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej. Adam Majewski: Z kazuistyki chorób chirurgicznych kiszek (dok.). *Medycyna* Nr. 30: Józef Pstrokoński: Dwa nowe przypadki raka skrzelowego oraz kilka uwag ogólnych o tych nowotworach. (dok.)

Redakcya otrzymała: Dr. J. Piltz: Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiver Paralyse. Odb. z »Neurol. Ctblt.« 1900 Nr. 10 i 11. — Dr. Bubis: K'jubileu 50-l. diejatelnosti laboratoryj prof. Pela, Petersburg 1900. Feliks Laberschek: O chorobie Glenarda. Odbitka z »Księgi pamiątk. uczniów Uniwers. Jagiellońsk.«. Kraków 1900. Prof. Struve, Dr. W. M. Kozłowski i Dr. J. Kodisowa: Energietyka. (Przegląd filozoficzny, Rok III, Zesz. III.), Warszawa 1900. Rektor J. Szpilman: Bericht über die Thätigkeit der Station für diagnostische Lyssa-Impfungen an der k. k. Thierärztlichen Hochschule in den Jahren 1897 bis 1899 (Odbitka z »Oesterreichische Monatschrift für Thierheilkunde« Wiedeń 1900). Rektor J. Szpilman: Nowa metoda fotografowania hodowli w zwykłych i własnego pomysłu probówkach. (Odbitka z Księgi Pamiątkowej wydanej przez Uniw. lwowski ku uczczeniu 500-letniego Jubileuszu Uniw. Jagiell.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Rok XXXIX. Kraków, 11 Sierpnia 1900. Nr. 32

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej *(aortitis acuta et subacuta)* w następstwie chorób zakaźnych.

Podał

Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Lat temu sto, w czasie ogłoszenia przez I. P. Franka dzieła „*De curandis hominum morbis epitome*", ostre zapalenie tętnic *(arteriitis)* odgrywało poważną rolę w całej patologii. Było to w czasach, gdy różowe zabarwienie, które tak często znajdujemy przy sekcyach na błonie wewnętrznej tętnic, zwłaszcza tętnicy głównej (aorty), uważano za dowód tego zapalenia. Zapatrywanie to dzięki nauce Pinela, Broussaisa stało się podstawą całych teoryj, które, im były ogólniejsze, tem szybciej upadły. Krytyczny umysł Läeneca, badania Trousseaua, Rigota rozwiały ten pewnik, wykazując, że różowe zabarwienie bł. wewnętrznej, to objaw pośmiertny, imbibicyjny, a wreszcie śmiertelny cios ówczesnej nauce o zapaleniu tętnic zadały wyniki prac Virchowa o zatorze *(embolia)* i zakrzepie *(thrombosis)*. Zapalenie tętnic ostre znikło zupełnie z widnokręgu nauki, znikło jednak na czas pewien, bo od dłuższego już czasu budzi się znów reakcya przeciw temu zapatrywaniu.

Anatomia patologiczna podaje nam dzisiaj obrazy przewlekłego zapalenia tętnic obwodowych, mówiąc o *endarteriitis obliterans, periarteriitis nodosa* etc. i odróżniając te obrazy od obrazów zmian, powodowanych przez zwyrodnienie naczyń *(arteriosclerosis, atheroma)*. Znamy również obrazy kliniczne, które tym zmianom nieraz towarzyszą. Mniej zgodne wyniki mamy co do ostrej sprawy zapalnej naczyniowej i jej dalszego przebiegu. Pomijając ostre sprawy ropne, które z sąsiedztwa przenoszą się na bł. zewnętrzną tętnic *(periarteriitis purulenta)* i na dalsze warstwy, dając powód do przerwania ciągłości tętnic, a obchodzące przeważnie chirurgów; pomijając wreszcie wyjątkowe przypadki ropni przerzutowych w ścianach większych tętnic (przypadek Eppingera w aorcie), faktem już jest dziś stwierdzonym, że mamy prawo mówić o ostrem lub podostrem zapaleniu bł. wewnętrznej tętnic *(endarteriitis acuta v. subacuta)*.

Zapalenie to, którego patogenezy nie znamy jeszcze dokładnie, nie ogranicza się do samej bł. wewnętrznej, lecz następczo zajmuje warstwę średnią i zewnętrzną, lub też może rozpocząć się w odwrotnym kierunku, t. j. od bł. zewnętrznej *(periarteriitis)* aż do wewnętrznej *(endarteriitis)*.

Samoistnego zapalenia tętnic ostrego lub podostrego nie znamy; jest ono zwykle następstwem choroby ogólnej ustroju, a jedyną, nie ulegającą już wątpliwości przyczyną zapalenia są choroby zakaźne. Przebiegają one klinicznie nieraz niespostrzeżenie, im też czasami zawdzięczamy te ciężkie powikłania wśród przebiegu chorób zakaźnych, gdy wystąpi zakrzep *(thrombus)* w miejscu zmienionej ściany tętnicy, a w związku z tem zgorzel odpowiednich tkanin.

I tak n. p. Potain, Barié etc. opisują przypadki zapalenia tętnic wśród przebiegu duru brzusznego, Brouardel w przebiegu ospy, Martin w błonicy, Legroux w ostrym gośćcu stawowym, Simpson w gorączce połogowej, Estander w durze osutkowym, Guttman i Leyden w przebiegu grypy (influenzy) i t. d. Zapalne te zmiany dotyczą przeważnie tętnic kończyn.

Zakażenie ściany tętnicy może nastąpić albo drogą *vasa vasorum* naczyń, a wtedy sprawa rozpoczyna się od *periarteriitis*; to też Romberg w durze brzusznym, płonicy, błonicy stwierdził w niektórych przypadkach rozmaitego nasilenia naciek zapalny w bł. zewnętrznej większych i mniejszych tętnic; albo też główny prąd krwi w samej tętnicy może przynieść szkodliwość, a więc sprawa rozpocznie się jako *endarteriitis*, bo o możliwości szerzenia się sprawy zapalnej *per continuitatem* mówiłem już wyżej.

Zapalne te zjawiska, ostre lub przyostre, mogą ustępować i sprawa klinicznie się kończy. Czy jednak anatomicznie tak samo? Wątpliwą jest rzeczą, by tętnica, uległa raz zapaleniu, wracała *ad integrum*; prawdopodobniej stan ten pociąga za sobą zmiany następcze, przewlekłe: ściana tętnic — jużto dzięki zniszczeniu pewnych warstw, jużto z powodu przeobrażenia ich tkanko-łącznego, oraz złożeniu w tych miejscach wytworów wstecznego przeobrażenia (soli wapniowych) staje się podatniejszą, rozszerza się jednostajnie *(dilatatio)*, lub niejednostajnie *(aneurysmata)*, a zmiany w niej znalezione odpowiadać mogą tym, które znamy, jako cechujące dla stwardnienia tętnic *(arteriosclerosis)*.

Stosunek sprawy zapalnej tętnic *(arteriitis)* do stwardnienia tętnic (arteriosclerosis) jako sprawy degeneracyjnej, to stały spór, obracający się około pytania, czy stwardnienie tętnic *(arteriosclerosis)* może być wynikiem poprzedniej sprawy zapalnej tętnic?

Zamięszanie pojęć, jakie w tym kierunku panuje, maluje się najlepiej w nazwach, używanych do dnia dzisiejszego dla oznaczenia spraw przewlekłych w naczyniach. Gdy jedni mówią *endarteriitis chronica*, wyrażając przez to swoje zapatrywanie na sam proces, który mógł się rozpocząć z początku ostro lub odrazu przewlekle, to drudzy używają nazwy *arteriosclerosis* dla objaśnienia, że sprawa ta niema nic wspól-

nego z zapaleniem. „Ich setze, mówi Schrötter[1]), die Krankheit mit dieser Bezeichnung (Arteriosclerosis) u. nicht mit der Endarteriitis chronica hierher, denn wie jetzt mehr u. mehr anerkannt wird, handelt es sich in erster Reihe um einen hypertrophischen Vorgang, nicht einen Entzündungsprocess“.

Opierając się dzisiaj na pracach Thomy i jego uczniów, którzy szeregiem badań wykazali, że cały ten proces przewlekły w tętnicach jest najprawdopodobniej pierwotnie tylko objawem niejako wyrównawczym (kompenzacyjnym), wywołanym osłabieniem sprężystości naczyń, spowodowanem sprawami życiowemi i rozmaitemi szkodliwościami, które uznajemy, jako wywołujące stwardnienie tętnic (dziedziczność, nadmierna praca, wyskok, tytoń, rozmaite stany patologiczne etc.), a do procesu tego w następstwie dopiero przyłączają się sprawy wstecznej przemiany, musimy rzeczywiście przyznać, że najczęściej proces ten nie ma łączności ze sprawą zapalną. Nie ma on jej prawdopodobnie szczególnie tam, gdzie proces jest ogólnym, a nie ograniczonym do pewnego tylko miejsca, n. p. do aorty wstępującej. Lecz w tym ostatnim przypadku, czy nie może istnieć żaden związek między przebytem ograniczonem zapaleniem tętnicy, a ograniczoną zmianą sklerotyczną?

Z rozstrzygnięciem tego pytania stoi w pewnym związku rozstrzygnięcie także sprawy, czy choroby zakaźne wogóle mogą dać powód do powstania tych spraw i jaką drogą? Nikt nie śmie dzisiaj zaprzeczyć, że tak być nie może, istnieją jednak dwa poglądy. Jedni, szukając dowodów tylko w wynikach sekcyi, w obrazie anatomo-patologicznym, nie mogąc oczywiście znaleźć niezbitych dowodów łączności między sprawą zakaźną, przebytą przed laty, a gotową sprawą, stwierdzoną w naczyniu, wyrażają się niepewnie, drudzy, do których i ja się zaliczam, uwzględniając więcej doświadczenie kliniczne, jedynie w takich razach rozstrzygające, wyrażają się twierdząco.

Opierając się tylko na zapatrywaniach Thomy, który wykazał, że rozmaite choroby podkopujące ustrój, powodują utratę elastyczności naczyń, a więc, w myśl jego teoryi, mogą dać pierwszy warunek do rozwijania się sprawy kompenzacyjnej, t. j. stwardnienia tętnic *(arteriosclerosis)*, musimy powiedzieć, że jeżeli sama sprawa chorobowa ustroju sprowadza zmianę sprężystości bez poprzednich zmian anatomicznych w naczyniach, to tembardziej to nastąpi, gdy zmiany anatomiczne powstaną, bo one tembardziej osłabią sprężystość naczyń. Sądząc bez uprzedzenia, na podstawie zebranego materyału można dzisiaj przecież powiedzieć, że choroby zakaźne sprowadzają ograniczone sprawy zapalne w naczyniach, tak w naczyniach poprzednio zdrowych, a tem łatwiej w naczyniach poprzednio zmienionych, a więc że albo mogą dać początek ograniczonym zmianom sklerotycznym, albo przyspieszyć i rozszerzyć rozwój już istniejących, a poprzedniemi szkodliwościami wywołanych tych zmian sklerotycznych.

Anatomia patologiczna, zdaniem mojem, sprawy tej ściśle rozwiązać nie zdoła. Dokonując sekcyi w kilka lub kilkanaście lat po przebytej chorobie zakaźnej i znajdując gotową sprawę sklerotyczną w jakiemś naczyniu, z obrazu anatomicznego nie stwierdzimy przecież, czy w tem naczyniu przed laty podczas zakaźnej choroby nie powstały jakieś zmiany i czy ten proces nie wtedy wziął swój początek.

Badając z drugiej strony zwłoki człowieka, zmarłego wśród choroby zakaźnej, znajdujemy albo nieznaczne świeże zmiany zapalne, rozumie się bez możności powiedzenia, co z nich po latach byćby mogło, gdyby ten ustrój wyszedł zwycięsko z choroby zakaźnej, albo obok dawnych zmian sklerotycznych znajdujemy sprawę świeżą, a wtedy tylko o powstawaniu łatwiejszem sprawy jednej obok drugiej mówić możemy.

Klinika i tylko klinika może tu dać pewniejsze wskazówki. A ponieważ ograniczoną sprawę sklerotyczną najczęściej stwierdzamy w tętnicy wstępującej i łuku tej tętnicy, ponieważ często proces ten widzimy tu najwięcej rozwinięty, lub nawet do tej części układu naczyniowego ograniczony, dlatego też, nie wspominając już o ważności samego naczynia, na tę część układu naczyniowego, na tętnicę główną (aortę), powinna być zwróconą przeważnie uwaga klinicystów. Jeżeli choroby zakaźne, drogą zajęcia ścian tętnicy głównej, grają jaką rolę w rozwoju spraw sklerotycznych tętnicy głównej, to powinniśmy też stwierdzić zboczenia w tej części układu naczyniowego wśród trwania, lub wkrótce po przebiegu choroby zakaźnej.

Ta ostatnia uwaga musi naturalnie odnosić się do wszystkich pojedynczo branych naczyń tętniczych; powody jednak wyżej wymienione, brak klinicznych cech dla spraw zapalnych naczyń w tętnicach obwodowych (z wyjątkiem skutków zakrzepu tam powstałego), każą się nam i z tego także powodu zająć przeważnie samą tętnicą (aortą), a zwłaszcza jej częścią wstępującą i łukiem.

Przechodzę w ten sposób do głównego przedmiotu, o którym chciałem mówić, t. j. do zapalenia tętnicy głównej *(aortitis)* wśród chorób zakaźnych i do stosunku tej sprawy do późniejszych zmian sklerotycznych.

Pierwszem zadaniem w sprawie tej jest rozstrzygnięcie pytania: czy możemy wogóle mówić o zapaleniu tętnicy głównej (aorty) wśród chorób — i czy ją klinicznie rozpoznawać możemy?

Zapalenie tętnicy głównej *(aortitis)* tak często przyjmowane wraz z zapaleniem innych tętnic w czasach Franka, Pinela, Broussaisa etc. znikło z horyzontu nauki tak samo, jak i zapalenie tętnic *(arteriitis)* wogóle. Starałem się wykazać poprzednio, jak w ostatnich czasach nastała reakcya i że dzisiaj, na innych naturalnie podstawach i w zakresie nieporównanie mniejszym, zmuszeni jesteśmy przyjąć istnienie zapalenia tętnic *(arteriitis)* i to albo rozpoczynającego się od tkanki otętniczej *(periarteriitis)*, gdy n. p. zakażenie idzie drogą *vasa vasorum* i szerzącego się przez błonę środkową ku błonie wewnętrznej, lub też rozpoczynającego się odwrotnie od błony wewnętrznej, gdy zakażenie nastąpiło głównym prądem krwi. Główna zasługa w podniesieniu całej sprawy zapal. tętnicy głównej *(aortitis)*, by dla niej stworzyć i anatomiczną podstawę i kliniczny obraz, należy się bezsprzecznie Francuzom. Nie chcę tu przytaczać całej historyi tych świeżo rozwijających się zapatrywań, które po większej części przyjęte zostały przez badaczy francuskich, z powątpiewaniem zaś oceniane przez badaczy niemieckich. Stan ten dzisiejszy nauki o „aortitis“ charakteryzują najlepiej następujące dwa zdania:

[1]) Erkrankungen der Gefässe, Specielle Pathologie u. Therapie v. Nothnagel. T. XV. Wien 1899.

„Grâce a ces travaux, mówi Oettinger[2]), grâce aussi aux recherches experimentales, l'existence et la nature de l'aortité sont aujourd'hui des faits indiscutables; et si l'on ne donne plus à cette affection la valeur et l'importance que Frank et ses successeurs voulaient lui attribuer, elle n'en constitue pas moins une lésion dont l'anatomie pathologique et les symptômes sont parfaitement définis".

„Eine andere aber Frage ist die" odpowiada niejako na to Schrötter[3]), „ob man nach Ausscheidung dieser ganz seltenen Fälle, die noch mit keinen charakteristischen Symptomen hervorgetreten sind, die Aortitis als eine selbständige, aus bestimtem Erscheinungen erkennbare, einen typischen Verlauf zeigende Erkrankung aufstellen kann? Eine solche Annahme muss auch heute noch verneint werden".

O ile zdanie Oettingera jest za apodyktyczne w jednym kierunku, o tyle Schröttera w drugim. Rozbierając cały dotychczas nagromadzony materyał, sekcyjny i kliniczny, musimy powiedzieć, że o ile w literaturze francuskiej jest pewna dążność podciągnięcia wielu zmian, zwłaszcza przewlekłych, toczących się w tętnicy głównej, względnie w tętnicach, do wspólnego punktu wyjścia ich, t. j. do zapalenia, o tyle znów autorowie niemieccy (nie wszyscy) zbyt są wymagający, kładąc wszystko na karb sprawy zwyrodnienia. Gdy w pierwszych, wobec ich stanowiska, etyologia *aortitis* schodzi się z etyologią miażdżycy tętnic, i tu leży cały, zdaniem mojem, błąd zapatrywania, stąd pochodzi pomięszanie obrazów anatomicznych i utrudnienie ustalenia pojęcia, to drudzy, odrzucając słusznie to stanowisko, odrzucają zarazem i sam fakt istnienia sprawy, jak to widzieliśmy w przytoczonem zdaniu Schröttera ze strony klinicznej lub w następującem zdaniu anatomopatologa Marchanda[4]) „Die Existenz einer selbständig auftretenden acuten Entzündung der Arterien (der Aorta u. Pulmonalis) etwa nach Art einer acuten Endocarditis muss stark bezweifelt werden". A jednak i w piśmiennictwie niemieckiem nie brakuje nam danych, stwierdzających anatomicznie fakt istnienia sprawy zapalnej w tętn. głównej. Nauwerck i Ejrich w pracy swej[5]) stwierdzają fakt jej istnienia, zestawiając znane opisy i przytaczając swoje dwa spostrzeżenia, jedno odnoszące się do kobiety, 41 lat liczącej, zmarłej wskutek posocznicy (*graviditas extrauterina*), drugie, kobieta 40-letnia wśród ropnicy (*pyaemia*) po przebiciu wyrostka robaczkowego.

Ziegler[6]) w swojem dziele wyraża się już bardzo zbliżenie do zapatrywań autorów francuskich mówiąc: „In der *Aorta* kommen solche Processe Z. Th. unter denselben Bedingungen wie die acute Endocarditis, also bei Gelenkrheumatismus und pyämischen Infectionen vor; können auch gleichzeitig mit Endocarditis auftreten und dürfen danach auch ätiologisch in eine Linie mit denselben gestellt werden".

Tak zatem i w piśmiennictwie niemieckiem mamy dane anatomiczne, stwierdzające niezbicie, że sprawa zapalna w tętn. głównej istnieje i wystąpić może wśród chorób zakaźnych.

[2]) Traité de médecine par Charcot, Bouchard et Brissaud T. V. str. 443.

[3]) l. c. str. 16.

[4]) Real. Encykl. der ges. Heilk. v. Eulenburg, T. I. str. 702 wyd. II.

[5]) Zur Kenntniss der verrucösen Aortitis. Zieglers Beiträge zur path. Anat. u. allg. Path. v., 1889 str. 49.

[6]) Lehrb. der path. Anat.

W tym kierunku nie brakuje nam już dzisiaj, podobnie jak to się stało dla zapalenia wsierdzia i prac doświadczalnych, wykazujących, że i u zwierząt można w odpowiednich warunkach wywołać sprawę zapalną w tętnicy głównej.

Gilbert i Lion[7]) raniąc poprzednio aseptycznie błonę wewnętrzną tętn. głównej i wstrzykując *bac. typhi*, wywoływali *aortitis* prątkiem duru brzusznego i paciorkowcami.

Therese[8]) w szeregu doświadczeń otrzymał nacieki drobnokomórkowe naokoło *vasa vasorum* w tętnicy głównej (*periaortitis*), Crocq[9]) stwierdził, że samo zranienie aseptyczne błony wewnętrznej, jak również samo wstrzyknięcie bakteryi, pozostaje bez wpływu, gdy natomiast równoczesny uraz błony wewnętrznej i zakażenie sprowadzają zmiany zapalne. Dla wywołania zatem sprawy zapalnej potrzeba i zakażenia i *punctum minoris resistentiae* naczynia, które przy doświadczeniu powstaje przez uraz, klinicznie zaś, albo przez poprzednio już istniejącą zmianę, lub przez poprzednie zaburzenia odżywcze.

Wreszcie Bainet i Romary[1]) rozszerzyli o tyle swe poszukiwania, że badali wpływ zakażenia [wśród rozmaitych warunków, nie tylko urazu, lecz i przewlekłych zatruć ołowiem, rtęcią, wśród wstrzykiwania kwasu moczowego, wywoływania cukrówki (phloridziną)], jak również badali nie tylko działanie samych prątków, lecz i ich toksyn i doszli do wniosku, że wszystkie te sprawy sprowadzają *locus minoris resistentiae* w tętn. głównej i ułatwiają powstanie spraw ostrych i przejście spraw ostrych w przewlekłe. (C. d. n.)

II. O wstrząśnieniu błędnika usznego (*Commotio labyrinthi*).

Podał

Dr. Rafał Spira.

Wybrałem temat ten z tego powodu, że w podręcznikach otyatrycznych bywa on przeważnie albo pominięty zupełnie, albo też pobieżnie i powierzchownie tylko obrabiany. A przecież jest on bardzo ważny i to nietylko pod względem praktycznym, lecz jeszcze więcej sądowolekarskim. W rzeczy samej rozprawa ta zawdzięcza swoje źródło przypadkowi sądowo-lekarskiemu, który z różnych powodów był dla mnie pobudką i zachętą do opracowania tego przedmiotu.

Wstrząśnieniem błędnika w ścisłem słowa znaczeniu nazywamy czynnościowe zaburzenie błędnika usznego, wywołane przez jakikolwiek uraz, jeśli dla wyjaśnienia tych zaburzeń ani wolnem okiem ani drobnowidowo żadnych zmian anatomicznych wykazać nie możemy, a tem samem zmuszeni jesteśmy przyjąć zboczenia ściśle czynnościowe. W omówieniu tego cierpienia nie uwzględniam różnicy między zaburzeniem w samym błędniku a w n. słuchowym, gdyż odróżnienie to, jak dotąd, jest bardzo trudne i po części niemożliwe; pod

[7]) Arterites infectieuses experimentales. Soc. de biol. 1889.

[8]) Etude anat path. et experimentale sur les artérites secondaires aux maladies infectieuses. Thése de Paris 1893.

[9]) Contribution a l'etude experim. des artérites infect. Arch. de Med. 1894.

[1]) Recherches experim. sur les aortites. Arch. de med. exp. m. K. 1897.

względem zaś praktycznym ma tylko bardzo małe znaczenie.

Etyologia. Do przyczyn zewnętrznych, mogących spowodować wstrząśnienie błędnika, zaliczyć należy różnego rodzaju urazy, które dla lepszego przeglądu dzielimy na trzy gromady, a mianowicie:

I. Urazy, które sprowadzają wstrząśnienie całego ciała, jak upadnięcie, albo mniej lub więcej silne poruszenie ciała całego, n. p. przy huśtaniu się, jeździe koleją, powozem, okrętem albo konno, dalej w tańcu, rażeniu piorunem, trzęsieniu ziemi, popchnięciu i t. p.

II. Silne i nagłe ruchy lub wstrząśnienie samej tylko głowy, jak uderzenie głową o twardy przedmiot, bicie po głowie, strzał, nagłe pochylenie się, obrócenie głowy itp. Tu należy też elektryzowanie głowy.

III. Bezpośrednie lub pośrednie wstrząśnienie samego narządu słuchowego zdarza się przypadkowo przy pewnych zabiegach leczniczych i przy pewnych wahaniach ciśnienia powietrza. Najważniejszą rolę odgrywają tu często się powtarzające, długo trwające, albo też jednorazowe, nagłe wrażenia słuchowe, jak zadziałanie silnych i nagłych dźwięków, wybuchu, strzału, wysokich tonów, jak dzwonienie, gwizd lokomotywy, a przy istnieniu idyosynkrazyi także zadziałanie pewnych, niekoniecznie głośnych albo rażących tonów, szmerów, dźwięków. Dalej tu zaliczyć wypada nagłe zgęszczenie lub rozrzedzenie powietrza w uchu środkowem, albo w przewodzie ucha zewnętrznym, jak wpędzenie powietrza do ucha środkowego sposobem Politzera za pomocą cewnika albo metodą Walsalwy; dalej ucisk na skrawek, policzek, wykonanie aspiracyi w uchu zewnętrznem zwierciadełkiem Siegla, albo aspiratorem Delstanchego, nagłe opuszczenie miejsca, posiadającego powietrze zgęszczone, silne wytarcie nosa, kichanie i t. p. Do podobnych przyczyn należą przestrzykiwania ucha, zwłaszcza nagłe i zimną wodą, dotknięcie zgłębnikiem błony bęb. lub pewnej części wewnętrznej ściany jamy bębenkowej, n. p. wzgórza; nagłe dostanie się do ucha ciał obcych, szczególnie owadów żyjących, nareszcie prąd elektryczny z powietrza, uderzający w przyrząd telefoniczny, używany podczas nawałnicy.

Objawy spostrzegane przy wstrząśnieniu błędnika są bardzo cechujące. W pierwszym rzędzie wymienić należy zawrót głowy (*Vertigo auralis*). Objaw ten jest tu tak wybitny i tak znamienny, że brak jego jest w pewnych przypadkach najważniejszą wskazówką, przemawiającą przeciw zajęciu błędnika. Chory nagle doznaje uczucia, jak gdyby wszystkie otaczające go przedmioty się poruszały, wirowały, albo jak gdyby podłoga pod nogami jego się obniżyła lub wahała, albo wreszcie, jak gdyby głowa jego się kręciła. Straciwszy zdolność zoryentowania się i równowagę, chory zatacza się, szuka oparcia, chwyta się rękami blizkiego przedmiotu, by się utrzymać na nogach, albo też upada. Zawrót głowy zmusza go nieraz do zajęcia pewnego położenia ciała, najczęściej na wznak. W postawie leżącej zawrót ustępuje, albo się tylko zmniejsza. Chory nie może głowy podnieść, obrócić się, a nawet ócz otworzyć. Czasem musi się dłuższy czas utrzymywać w jednem położeniu, gdyż najlżejsza zmiana albo próba zmiany położenia może wywołać wzmożenie się zawrotu, a nawet zemdlenie i upadnięcie chorego. Jeden chory znosi tylko leżenie na wznak, drugi tylko na jeden albo drugi bok; zawsze jednak położenie poziome przynosi ulgę. Rzadziej występuje krótkotrwała utrata przytomności, częściej padanie na bok, ku przodowi albo ku tyłowi.

Bardzo często zawrót ten połączony jest z nudnościami w różnym stopniu, od lekkiej mierżliwości i ckliwości, od zrywania na wymioty, do silnego dławienia i wymiotowania, które zwykle następuje przy końcu napadu. Rzadko tylko przyłącza się także biegunka.

Często, ale nie zawsze, pojawiają się zaburzenia w czynności nerwu słuchowego, a mianowicie przytępienie słuchu w różnym stopniu od lekkiego niedosłyszenia aż do zupełnej głuchoty i to z cechą głuchoty błędnikowej, o której niżej będzie mowa. Między 91 przyp. głuchoniemoty nabytej wykazał Barneck 15 r. uraz jako przyczynę, a 2 razy rażenie piorunem. Obok upośledzenia słuchu dają się nieraz zauważyć różne inne zaburzenia czuciowe w zakresie n. słuchowego, jak przeczulica, słyszenie podwójne (*diplacusis echotica d. dysharmonica*) lub fałszywe (*paracusis*). Przypadki zaburzenia słuchu wskutek wstrząśnienia po urazie przytaczają Hard, Urbantschitsch-Politzer, Roosa, Delié, Gradenigo, Biehl i. i. Mniej częste są wrażenia słuchowe podmiotowe. Chory słyszy dzwonienie, szum, szmery, gwizdanie lub dźwięki najrozmaitszego charakteru i nasilenia w uchu albo w głowie. Wrażenia te są stałe, albo przepuszczające, napadowe, przy pewnych tylko sposobnościach i bardzo nieregularnie przez długi czas występujące i trwające. Niekiedy chory słyszy znane mu przykre lub przyjemne śpiewy, rzadziej mowę ludzką, co nieraz może nabrać charakteru omamów słuchowych.

Przypady, dotychczas wymienione, są najgłówniejszymi objawami zajęcia błędnika usznego i stanowią tak zwane objawy Menierowskie, czyli objawy błędnikowe. Jednakże nie przy każdem wstrząśnieniu błędnika znaleść się muszą one wszystkie razem. Bardzo często są tylko zawroty głowy i nudności; w innych znowu przypadkach postępująca utrata słuchu jest jedynym objawem jednorazowego albo często się powtarzającego wstrząśnienia błędnika. Spostrzegano też przypadki, gdzie jedynym objawem urazu błędnika było słyszenie podwójne. Nierzadko daje się spostrzegać nagłe zblednięcie twarzy, zemdlenie, utrata przytomności i różne objawy w narządzie wzrokowym, jak migotanie, ciemność przed oczami, drżenie gałek w kierunku poziomym, pionowym, albo wirującym, przeważnie przy patrzeniu w przeciwną t. j. zdrową stronę, wreszcie zdarza się widzenie podwójne i ból głowy Czasem pojawia się lękliwy wyraz twarzy, skóra zimna, okryta potem. Objawy te mogą prędko przeminąć, napadami się powtarzać, albo też przebieg jest przewlekły z mniejszem nasileniem i przemijającemi zaostrzeniami. Dalej zaznaczyć należy, że mogą się one pojawiać bezpośrednio po urazie, albo też jakiś czas później, jak w przypadku Kaufmanna analogicznie do pojawiających się w jakiś czas po urazie dopiero pourazowych zmian anatomicznych, jak udar opóźniony (Spätapoplexie), wiąd rdzenia, stwardnienie rozsiane, syringomyelia, urazowe próchnienie stosu pacierzowego i t. d. W tych przypadkach, w których równocześnie nastąpiło wstrząśnienie mózgu, przypady przytoczone stanowią częściowy objaw ogólnego obrazu chorobowego.

Trwanie, nasilenie i przebieg tego cierpienia zależą od rodzaju i nasilenia przyczynowych zmian patologicznych w błędniku, o których niżej pomówimy i które nie są zależne od rodzaju i siły urazu, lecz raczej od mniejszej lub większej

odporności całego wstrząśniętego ustroju, lub tylko jego błędnika usznego i to bądź stale istniejącej, lub też tylko w chwili działania urazu.

Patogeneza. Po wyłuszczeniu przyczyn zewnętrznych i objawów nasuwa się z konieczności pytanie, jaki związek istnieje między temi przyczynami, a ich skutkami? W jaki sposób tłómaczyć należy te objawy na podstawie wymienionych powodów? Jakie i gdzie zachodzą zmiany, które pociągają za sobą przytoczony obraz chorobowy? Tutaj napotykamy na najtrudniejsze zagadnienie etyologiczne. Aczkolwiek poszukiwania i badania ostatnich dziesięcioleci dużo przyniosły światła w tym zakresie, to przecież zostało jeszcze dość luk i braków, czekających na wyświetlenie i dość często nie jesteśmy w stanie pogodzić z sobą wyników badań klinicznych z wynikami anatomo-patologicznymi. Z tego też powodu w tym nas obchodzącym dziale, musimy często dla wytłómaczenia patogenezy choroby zadawalniać się raczej teoryami i przypuszczeniami, wnioskami, opartymi na porównaniu danych analogicznych i znanych nam z patologii chorób innych narządów, niż niezbitymi i wykazalnymi dowodami naukowymi.

Co do siedziby tych zmian, to z natury rzeczy wypadałoby szukać wyjaśnienia przedewszystkiem w badaniach anatomo-patologicznych i w doświadczeniach fizyologicznych. Co do pierwszych, to zdobycze naszych poszukiwań w tym kierunku są zbyt szczupłe. Sam fakt, że wstrząśnienie błędnika nie pociąga za sobą zejścia śmiertelnego, pozbawia naukę wyników oględzin pośmiertnych, któreby mogły lukę tę wypełnić; tam zaś, gdzie objawy te utrzymywały się przez dłuższy czas, a wśród nich śmierć nastąpiła, nie idzie już rzecz o samo wstrząśnienie błędnika, gdyż zaszły tu ważniejsze uszkodzenia anatomiczne, jak wynaczynienie krwi do mózgu albo do błędnika, zapalenie opon mózgowych i następowe zmiany w błędniku, które już nie dają jasnego i niedwuznacznego obrazu zmian, powstałych skutkiem samego tylko wstrząśnienia. Prócz tego badania anatomo-patologiczne doprowadziły do sprzecznych wyników. Gdy w jednych przypadkach znaleziono pewne zmiany anatomiczne w błędniku, zabrakło ich zupełnie w innych, mimo wybitnych objawów Ménierowskich za życia, a znowu w innych istniały zmiany patologiczne w błędniku, mimo zupełnego braku odpowiednich objawów za życia. Pozostaje jeszcze droga doświadczalna. Na tej drodze Verworn, Goltz, Flaurens, Kreidl, Brener i inni wykazali na zwierzętach, że utrzymanie równowagi ciała zależy od całości przewodów półkolistych, że uszkodzenie ich błony sprowadza zaburzenia w równowadze i Brener doszedł na podstawie swych wywodów i doświadczeń morfologicznych do przekonania, że mamy w przedsionku błędnika narząd zmysłowy dla równowagi, co zresztą już stwierdził wcześniej pierwszy Goltz. Doświadczenia, wykonane na ludziach zdrowych i chorych przez Kreidla, Pollaka i in. utwierdziły to przypuszczenie. Stosownie do swego stanowiska w tej sprawie różni badacze obdarzyli przyrząd łukowaty różnemi mianami jak: „zmysł szósty“ „narząd równowagi“ (Goltz) „zmysł statyczny,“ albo „narząd senzacyi ruchu,“ (Brenner) „zmysł przestrzeni“ (Cyon), „błędnik termiczny“ (Ewald), „zmysł oryentacyjny“ (Loeb) „narząd czucia obrotowego“ (Delage). Przecież doświadczenia innych badaczy, jak Hensena, Brown-Sequarda i innych, wydały wyniki przeciwne i doprowadziły do wniosku odmiennego, mianowicie, że i ta część błędnika bierze udział w czynności słuchowej (dla percepcyi szmerów, albo kierunku dźwięku). Do tego zdania zdaje się przychylać także T. Heiman z Warszawy.

Nie tu miejsce dla rozwodzenia się nad sprzecznymi wynikami i spornemi zdaniami, w które obfituje piśmiennictwo, a które nam kolega Zanietowski tak jasno i przeglądowo przedstawił w Towarzystwie lek. krak. *(Przegląd lek., 1898)*. Może na żadnem innem polu naukowem nie panuje taki chaos teoryj i przypuszczeń, taka pstra rozmaitość materyału doświadczalnego, kazuistycznego i klinicznego, jak właśnie w fizyologii błędnika usznego. Dość na tem, że wobec różnicy wyników sprawa ta i na drodze doświadczalnej nie została jeszcze zupełnie wyjaśnioną i pozostanie ponoś jeszcze na jakiś czas sporną. Ze względu na tak niezgodne i sprzeczne twierdzenia i wyniki badań najwybitniejszych powag, jesteśmy skazani, chcąc zapełnić luki w wyjaśnieniu obchodzącego nas zagadnienia, uciec się do przypuszczeń, opartych na anatomii i fizyologii i spostrzeganiu klinicznem.

Z anatomii wiemy, że błędnik, a mianowicie narząd łukowaty, pozostaje przez nerw przedsionkowy w związku z móżdżkiem. Dane fizyologiczne i spostrzeżenia kliniczne uprawniają nas do zdania, że móżdżek, tak jak błędnik, jest siedzibą t. zw. zmysłu równowagi, względnie, w pewnem znaczeniu, zmysłu słuchowego. Zarzuty, podniesione przez Hensena przeciw Ewaldowi, że ten niby „szósty zmysł“ objawia się nam tylko przez objawy zawrotowe i złudzenia oryentacyjne nawet w warunkach prawidłowych, przy pewnych ruchach i ułożeniach głowy, podczas gdy głuchoniemi, według badań Kreidla i Pollaka, są od tych zaburzeń wolni i że lepiejby było dla nas obejść się bez tego zmysłu, — są niesłuszne. Na to możemy odeprzeć, że wszakże i inne zmysły pośredniczą nam w wywołaniu przykrego wrażenia, jak bóle przez zmysł dotykowy, ostre zapachy, gorzki smak — przez zmysł węchu, względnie smaku, podczas gdy naprzykład człowiek porażony i cierpiący na pewne choroby nerwowe wolny jest od tych uczuć nieprzyjemnych. Dalej zarzuca H., że wszystkie oddawna znane zmysły zdradzają swoje istnienie wyraźnie i dobitnie i że n. p. utrata słuchu aż nazbyt dotkliwie daje się we znaki, podczas gdy ten rzekomy zmysł szósty zawsze pozostawał w ukryciu, a został dopiero odkryty przez fizyologów i że jego utrata mało stosunkowo daje się odczuwać. Ale właśnie pojmowanie nasze móżdżku, jako ośrodka tego zmysłu, który także bez błędnika może wprost za pośrednictwem nerwów obwodowych uregulować utrzymanie równowagi i przypuszczenie, że narząd półkolisty jest tylko narządem pomocniczym i obwodowym tego ośrodka, wyjaśni nam, dlaczego cierpienie nerwu przedsionkowego, stojącego w związku z móżdżkiem, wywołuje zaburzenia równowagi, a dlaczego z drugiej strony brak przedsionka nie sprowadza całkowitej utraty poczucia równowagi, gdyż ośrodek tego zmysłu w móżdżku może objąć czynność zastępczą. W ten sposób zarzuty te Hensena stają się bezprzedmiotowymi. Należy tylko jeszcze zaznaczyć tę różnicę między tym zmysłem a innymi, że te ostatnie mają narządy obwodowe, które wyłącznie pośredniczą w dostarczeniu swoistych wrażeń zmysłowych, a po utracie tych narządów i zmysły zostają zniszczone, podczas gdy narząd w mowie będący nie jest wyłącznym pośrednikiem tych wrażeń, skoro te ostatnie mogą dostać się do świadomości,

choć nie tak dokładnie, za pośrednictwem innych nerwów i móżdżku.

Przeciwnicy zmysłu równowagi, jak Steiner, Tomaszewicz, Bagińsky i in. czynią zaburzenia, występujące po uszkodzeniu lub w schorzeniach błędnika, zależnemi nie od przewodów półkolistych, lecz od zmian w odpowiednich ośrodkach nerwowych. Tymczasem znane doświadczenia Kreidla z magnesem rzucają także światło na spostrzegane zaburzenia równowagi po uszkodzeniu błędnika, a wykluczając możliwość powikłań ze strony ośrodka nerwowego, jakie zarzucano innym doświadczeniom, prawie nie zostawiają wątpliwości co do czynności tego narządu. Tak samo ostatnie spostrzeżenia kliniczne Jansena i Lucaego również nie pozwalają prawie wątpić, że zawrót głowy pozostaje w związku z przewodami łukowatymi. Z tego wszystkiego musimy wnosić, że błędnik, względnie przedsionek, stanowi obwodowy narząd zmysłu statycznego, którego ośrodek znajduje się w móżdżku. Zboczenia równowagi jakoteż słuchu mogą być uwarunkowane tak samo przez zaburzenia w błędniku, jak również i w ośrodkowym układzie nerwowym. Gdy jednak wrażenia słuchowe dostają się do ośrodka nerwowego wyłącznie za pomocą nerwu słuchowego, statyczny ośrodek nerwowy nie zależy w swojej sprawności wyłącznie od wrażeń, otrzymanych za pomocą narządów półkolistych w błędniku, lecz dostaje on także jako ośrodek odruchowy wrażenia z obwodu, doprowadzone drogą dośrodkowych nerwów obwodowych skóry, ścięgien, stawów i ócz i to nie tylko za pośrednictwem błędnika, lecz też bezpośrednio przez owe nerwy.

Móżdżek służy jako ośrodek kojarzenia dla ruchów mięśniowych; jego czynność stoi pod wpływem odruchowym n. przedsionkowego, narządu wzrokowego i wszystkich dochodzących do niego dróg czuciowych i kinestetycznych. Swoiste oddziaływanie jego na otrzymane bodźce polega na uregulowaniu popędów mięśniowych. Objawy zawrotowe mogą być wywołane przez zajęcie tych narządów końcowych, dróg doprowadzających, jakoteż narządu ośrodkowego, a mogą też zostać do pewnego stopnia wyrównane przez owe narządy ruchy wyzwalające (ekscytomotoryczne). W ten sposób, w braku błędnika, słuch jest stracony; równowaga zaś może być częściowo jeszcze utrzymana, gdyż błędnik zostaje po części zastąpiony przez móżdżek, czucie dotykowe, wzrok, w chorobach zaś narządu łukowatego zmiany nerwu przedsionkowego sprowadzają, jako ciągły bodziec za pośrednictwem móżdżku, zaburzenia równowagi, względnie przy równoczesnem zajęciu ślimaka także zboczenia słuchowe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego.

Podał
Dr. Mieczysław Nartowski.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc do omówienia zestawionych powyżej przypadków, otrzymałem na 75 leczonych zupełne wyleczenie w 58 przypadkach, poprawę w 14, a tylko w dwóch przypadkach macinnictwa i w jednym dychawicy nerwowej (*asthma nervosum*) nie osiągnąłem pomyślnego wpływu działania kąpieli w świetle elektrycznem, co dowodzi, że nie może tutaj być mowy o poddawaniu, ale o dodatnim wpływie światła elektrycznego na przebieg powyższych spraw patologicznych.

Do leczenia zatem w świetle elektrycznem nadają się w pierwszym rzędzie wszelkiego rodzaju sprawy gośćcowe, nawet te, gdzie mamy do czynienia z wysiękami, które pod wpływem zwłaszcza opromieniania nadzwyczaj szybko ustępują.

Że sprawy patologiczne ustępują tutaj nietylko pod wpływem wydzielania się znacznej ilości potu, ale że w leczeniu odgrywa znaczną rolę i światło, przemawia za tem i ta okoliczność, że w tych przypadkach, gdzie innego rodzaju kąpiele ciepłe i potne nie usunęły cierpienia, kilka kąpieli w świetle elektrycznem i opromienianie dały zawsze bardzo dobry wynik, a znakomite ich działanie w postrzale i to już po jednorazowem zastósowaniu, stawia je w pierwszym szeregu między metodami fizycznego leczenia.

Działanie światła w dnie polega na chemicznej przemianie; pod wpływem światła sole kwasu moczowego mogą być wydzielone zarówno moczem, jak potem. Badanie moczu po kąpielach w świetle elektrycznem wykazuje wzmożoną ilość kwasu moczowego, a wiadomem jest, że kwas moczowy może dać powód do zapalnego podrażnienia nerwów.

Ze spraw patologicznych układu nerwowego należy najpierw wspomnieć o dodatniem działaniu światła na różnego rodzaju bóle nerwowe, zwłaszcza tam, gdzie użyjemy światła niebieskiego, a w przypadkach ciężkich i opromieniania; dalej w neurastenii i histeryi, w której bardzo dobrze działają zwłaszcza kąpiele świetlne łukowe. Niemniej przy odpowiedniem i umiejętnem zastósowaniu światła możemy osiągnąć znaczną poprawę i w innych sprawach patologicznych, jak n. p. w chorobie Basedowa, w pląsawicy, w zapaleniu rdzenia, w różnych porażeniach i t. p., a w wiądzie rdzeniowym nawet zupełne ustąpienie bólów strzelających.

W cierpieniach, polegających na zmianie chorobowej we krwi, jak n. p. w blednicy, niedokrewności i t. p. również dobre wyniki daje światło, wpływając na pomnożenie czerwonych ciałek krwi i zwiększenie hemoglobiny, co zresztą zostało już udowodnionem licznemi doświadczeniami, przeprowadzonemi w tym kierunku. Światło działa tutaj o wiele lepiej i szybciej na poszczególne składniki krwi, aniżeli przetwory żelaza, arszeniku i soli chinowych, i to nietylko w powyższych przypadkach, ale w zimnicy (Winternitz). Działanie jego polega tutaj na skrzepiającej własności światła, która opanowuje skłonność do danego cierpienia przez zadziałanie na osłabione krążenie i unerwienie, a tem samem o tyle przeobraża przemianę materyi, że opanowuje przemianę wsteczną i przyspiesza wyrównanie zmian patologicznych; hartując zaś skórę, usuwa możność zaziębienia i jego następstw, wpływa ujemnie na drobnoustroje, zmniejszając nietylko ich jadowitość, ale i ułatwiając ich wydzielanie się z ustroju.

Że światło wywiera znaczny wpływ na zniszczenie plasmodyów zimniczych, dowodzi ta okoliczność, że zimnicę i tak zw. febrę żółtą daleko lepiej znoszą rasy żółte w okolicach równikowych, aniżeli rasa biała.

Co się tyczy chorób serca, to nietylko nie są one przeciwwskazaniem dla kąpieli w świetle elektrycznem, ale mogą być znacznie złagodzone przez odprowadzenie znaczniej-

szej ilości krwi ku skórze, a tem samem przez opanowanie następstw, pochodzących z zaburzeń wyrównania, jak obrzęki i puchliny, a zmniejszenie liczby tętna w świetlnej kąpieli elektrycznej łukowej należy odnieść do podrażnienia światłem nerwu błędnego. Nie mniej otłuszczenie serca, zdarzające się tak często w ogólnej otyłości, nie jest przeciwwskazaniem dla zastósowania kąpieli w świetle elektrycznem dla jej usunięcia, którego jeżeli nie osiągniemy w zupełności, to w każdym razie usuniemy znaczną ilość przypadłości, związanych z nią ściśle, że tylko wspomnę o usunięciu duszności, ogólnej ociężałości i niezdolności do żadnej niemal pracy.

Zmniejszenie ciężaru ciała po świetlnej kąpieli elektrycznej należy odnieść nietylko do bardzo znacznej ilości wydalonej potem z ustroju wody, ale i do wzmożonej przemiany materyi, a tem samem szybkości, z jaką uchodzi z ustroju kwas węglowy i z jaką się odbywa wchłanianie tlenu, czyli przyspieszenie przeobrażeń odżywczych.

Równie do leczenia światłem elektrycznem nadają się różne sprawy patologiczne d r ó g o d d e c h o w y c h, a w pierwszym rzędzie rozedma płuc i różnego rodzaju nieżyty błon śluzowych

Skuteczne działanie światła w przebiegu gruźlicy należy odnieść do działania promieni chemicznych, które znachodzą się w znacznej ilości w świetle elektrycznem, a zwłaszcza łukowem, a które w wysokim bardzo stopniu wpływają na poprawę ogólnego stanu chorego, podniesienie łaknienia, usunięcie potów nocnych i wzmożenie ciężaru ciała. Chcąc zrozumieć ich działanie, należy uprzytomnić sobie istotę gruźlicy i wyjątkowe stanowisko prątków, których działanie tutaj jest nadzwyczaj powolne i nie zaznacza się na razie żadnymi objawami przykrymi dla chorego.

Wszak codzienna praktyka poucza, że w niektórych przypadkach gruźlicy, mimo wykazania prątków w plwocinie, ciepłota ciała nie podnosi się wcale, ale najczęściej utrzymuje się nawet poniżej stanu prawidłowego. Na odwrót, są przypadki, że mimo podniesienia ciepłoty wieczorem, a zwolnień rano, nieraz poniżej stanu prawidłowego, obok prątków gruźliczych w plwocinie znachodzą się w znacznej ilości gronkowce i paciorkowce.

Z tego wynikałoby, że same prątki gruźlicze nie podnoszą ciepłoty, to jest, że jady ich nie podrażniają układu odżywczego, ale wywołują osłabienie, czyli pewnego rodzaju niedowład odżywczy, podczas gdy przy zakażeniu mięszanem drażnią nie tylko system odżywczy, ale jednocześnie ośrodki termiczne i t. p. czynniki, wywołujące gorączkę.

Istota suchot polega na ogólnej wątłości odżywczej, która, przez bezpośrednie wpływy szkodliwe dla płuc, więcej się tu umiejscawia, a z innymi czynnikami, jak niestosunkiem pomiędzy sercem a objętością płuc, niedostatecznem odżywianiem tkanki płucnej, wadliwem odwietrzaniem płuc i częstymi w nich nieżytami, może dać powód do bezpośredniego wywiązania się sprawy patologicznej w miąższu płucnym, która pogarsza i zaostrza wtargnięcie prątka gruźliczego lub równocześnie z nim i innych drobnoustrojów, które swoimi jadami zwiększają jeszcze ogólną i miejscową słabą odporność tkanek. Następowo już zostają prawdopodobnie zajęte włókna odżywcze nerwu błędnego, jak niemniej i właściwe ośrodki odżywcze. Przebieg tego rodzaju skombinowanej sprawy patologicznej stoi w ścisłym związku z zachowaniem się energii życiowej między osobnikiem chorym, a prątkiem gruźliczym i drobnoustrojem, wywołującym ropienie. Sprawa miejscowa odznacza się nieprawidłowym rozrostem, w którym, z powodu ogólnego i miejscowego niedowładu nerwów odżywczych, wdechanie kurzu i t. p., podtrzymuje stan przewlekłego zapalenia, będącego znakomitą glebą, na której szkodliwie dla ustroju bujać może tak dobrze prątek gruźlicy, jak inne drobnoustroje, powodując tworzenie się nowych różnorodnych tkanek, lub niszcząc istniejące.

Jakkolwiek zatem po usunięciu sprawy zakaźnej dużo zyskamy, to przecież broń nasza zwrócić jeszcze musimy i w inną stronę, gdyż punkt ciężkości leży zarówno w prątkach, jak i w samym ustroju. Środka swoistego przeciw gruźlicy niema i najprawdopodobniej nigdy nie będzie, gdyż po zwalczeniu prątka nie usuniemy choroby, ale tylko jej powikłania. Jedynie przez podniesienie energii odżywczej, przy równoczesnem atoli osłabieniu lub zupełnem zniszczeniu siły życiowej prątka gruźliczego, możemy się spodziewać dobrych wyników z leczenia i to tylko wtenczas, jeżeli sprawa patologiczna w płucach nie posunęła się za daleko, a drogi i ośrodki odżywcze nie są zbyt jeszcze zajęte; o idealnym atoli powrocie do stanu prawidłowego myśleć już nigdy nie możemy.

Szukając wśród licznych leków, przekonujemy się, że środka, działającego bezpośrednio na podniesienie zdolności przewodnictwa nerwów, — nie mamy. Dlatego to, by zapewnić ustrojowi korzystną przemianę materyi, zwrócono się do środków pośrednich, do których w ostatnich już czasach przybyło światło; fale świetlne podniecają czynność pierwoszcza, a tem samem podnoszą przemianę materyi, co jeżeli trwa dłużej, usuwa niedostatecznie utlenione wytwory przemiany materyi, powraca prawidłową alkalescencyę krwi i powoduje fizyologiczne wydzielanie się odtrutek z tkanek, odgrywających nie małą rolę w niszczeniu skutków jadu prątka gruźliczego. Prócz tego fale świetlne podniecają czynność wszelkiego rodzaju ośrodków nerwowych, a głównie zwojów odżywczych, które, jeżeli tylko nie uległy zupełnemu zanikowi z nieczynności, lub jeżeli nie zostały zanadto patologicznie zmienione, zaczynają coraz to lepiej wypełniać swoje czynności, a podnosząc napięcie życiowe w ustroju, dają możność wyrównania wszystkich zaburzeń, w nim powstałych, to jest wyleczenia. W ten sposób działa światło na podniesienie przemiany materyi.

Wracając do sposobów obniżenia energii życiowej prątka gruźliczego, względnie zniszczenia i usunięcia go z ustroju, to, jak dotąd, było to wprost niemożliwem, gdyż każdy środek, w tym celu użyty, okazał się nie mniej szkodliwym dla tkanki płucnej, jak dla samego prątka. Dopiero obecnie w świetle zyskaliśmy środek, który działając zabójczo na prątek gruźliczy, działa równocześnie dodatnio na tkankę płucną. Ze światło przenika do płuc przez klatkę piersiową, jest powszechnie wiadomem. Przy pomocy odpowiednich przyrządów możemy zadziałać światłem nie tylko na powierzchnię, ale w głąb tkanki płucnej i jeżeli zupełnie nie zniszczymy prątków gruźliczych, to potrafimy powstrzymać ich rozwój, co dla celów leczniczych jest rzeczą pierwszorzędnego znaczenia, do którego jeszcze przybywa podniesienie ogólnej energii tkanek, które stają się coraz zdolniejszemi do użycia własnej broni przeciw nieprzyjacielowi, jakim jest dla nich prątek gruźliczy. (Dok. nast.).

(Dok. nast.).

IV. Wyciągi.

Holzknecht. **Przyczynek do radyograficznego zachowania się patologicznych zmian aorty** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25). Autor podaje liczne zdjęcia szematyczne obrazów, otrzymywanych na ekranie przy prześwietlaniu klatki piersiowej w rozmaitych kierunkach; zwraca przytem uwagę, że przy dyaskopii strzałkowej (promienie przechodzą od tyłu ku przodowi) środkowy cień wykazuje dość często w górze po stronie lewej tętniące rozszerzenie; już na podstawie tego jednego objawu do niedawna rozpoznawano w tych przypadkach tętniaka w zawiązku, dopóki dziś już liczne sekcye nie wykazały mylności podobnego zapatrywania. Objaw ten tylko wtedy dowodzi istnienia takiego tętniaka, jeśli również i przy prześwietlaniu klatki piersiowej skośnem (promienie przechodzą od strony lewej z tyłu ku stronie prawej i ku przodowi) otrzyma się mniej lub więcej wybitne balonowate rozszerzenie, usadowione w górze na cieniu aorty. *L. W.*

Prof. Drasche (Wiedeń). **Przyczynek do rozpoznawania zatoru tętnicy płucnej.** (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 24). Autor opisuje objawy, powstające przy zatkaniu światła tętnicy płucnej, przyczem rozróżnia przypadki, gdzie albo przychodzi do zupełnego i nagłego zamknięcia drożności tętnicy, albo też, gdzie światło tętnicy płucnej powoli i częściowo ulega zacieśnieniu. W pierwszym przypadku przychodzi w krótkim bardzo czasie do zejścia śmiertelnego, w drugim zaś występują objawy duszności, sinicy, utraty przytomności, kurczów drgawkowych, którete objawy mogą szybko ustąpić, skoro przeszkoda w krążeniu zostanie usuniętą. Jako częsty i rozpoznawczo ważny objaw uważa autor szmer skurczowy w okolicy mostka, wyczuwalny i słyszalny na wysokości 3-ciego żebra. Następuje opis przypadku, w którym autor rozpoznał na 15 godzin przed śmiercią chorej zator tętnicy płucnej. Po dwóch napadach, wśród powyżej opisanych objawów, chora umarła. Sekcya zwłok potwierdziła rozpoznanie. *Dr. E. M.*

R. Kossmann i G. Zander. **Przyczynek do dezynfekcyi rąk w praktyce akuszerek.** (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 22 1900). W pracy swojej (ogłoszonej w *Zeitsch. f. Geburtshilfe und Gynäkol*, 1899, tom XLI, p. 22) wydaje Tjaden sąd nieprzychylny o chinosolu, na podstawie złych wyników, jakie otrzymał, badając bakteryologicznie ręce po odkażaniu ich tym przetworem. W odpowiedzi na tę pracę Kossmann i Zander wykazują przedewszystkiem nieodpowiednie postępowanie przy odkażaniu rąk, jakiem się Tjaden posługiwał. Autorowie ci przedewszystkiem żądają, aby ręce myte były przez 5 minut wodą ciepłą i mydłem, ale za pomocą szczotki wyjałowionej (przez wygotowanie). Szczotka bowiem niewyjałowiona nie tylko ręki w pojęciu bakteryologicznem oczyścić nie może, ale przeciwnie tylko większą ilość drobnoustrojów w rękę wetrzeć jest w stanie; następnie ma być ręka od mydła uwolnioną, bo mydło rozkłada chinosol, podobnie jak sublimat, i to najlepiej w strumieniu wody ciepłej, poczem rękę taką myć należy za pomocą szczotki wyjałowionej, przez 5 minut w 2‰ rozczynie chinosolu. Tak przygotowana ręka, według pojęć wzmiankowanych autorów, jest dla potrzeb akuszerki możliwie najlepiej wyjałowioną; zupełnie bowiem wyjałowioną ręka w żaden sposób środkami, dotychczas znanymi, być nie może.

Na poparcie tego twierdzenia autorowie podjęli próby, badając bakteryologicznie części przyskórka, zeskrobane z pod paznogci, z kątów między palcami, jako też z dłoni rąk odkażonych. Do skrobania używali wyjałowionego drutu, jakiego się używa do robienia pończoch. Dla porównania wartości 2‰ rozczynu chinosolu z 3% rozczynem karbolu robili autorowie równocześnie próby analogiczne odkażając ręce w podobny sposób zapomocą 3% rozczynu karbolu.

Próby te wykazały, że chinosol nie tylko dorównuje karbolowi, ale go przewyższa, albowiem na pożywkach, szczepionych z rąk, odkażonych 3% rozczynem karbolu, częściej drobnoustroje wyrastały, aniżeli na pożywkach, szczepionych z rąk, odkażonych chinosolem. (Nie jest nam rzeczą jasną, dlaczego autorowie, porównując wartość obu środków, badania swoje nie na jednakich warunkach dla obu środków wykonali; dla obu bowiem środków używali odmiennych pożywek; pożywki szczepione z rąk odkażonych chinosolem pozostawiali w cieplocie pokoju [mniej dogodnej dla rozwoju drobnoustrojów], pożywki zaś z karbolu w cieplocie 36°; wskutek tego wyniki tych badań za mało przekonywujące uważać należy. *(Przyp. spraw.)*. Jakkolwiek autorowie świadomi są tego, że zupełne wyjałowienie ręki zakażonej jest niemożliwe, to w zwykłych warunkach odkażanie chinosolem należy uważać za wystarczające; nigdy bowiem ręka badająca lub operująca nie jest narażoną na tarcie takie, jak przy sztucznem zeskrobywaniu przyskórka dla szczepień, aby się mogła głęboko w przyskórku znajdującymi się drobnoustrojami zakażać: z drugiej strony drobnoustroje, jakie na pożywkach wyrosły, przeważnie nie są niebezpieczne dla ustroju człowieka, a chinosol nie drażni ręki, jak karbol, nie wywołuje uczucia trętwienia i nie jest trującym; dlatego autorowie polecają chinosol, jako najodpowiedniejszy środek do odkażania rąk.

Dr. Ludwik Friedmann.

Jung. **Przyczynek do leczenia operacyjnego ciąży trąbkowej.** (*Centralbl. f. Gynäk.* Nr. 22. 1900). Autor podaje 3 przypadki ciąży trąbkowej, operowane przez siebie w klinice Martina drogą pochwy ze szczęśliwym wynikiem. W pierwszym przypadku pękniętą trąbkę J. zresekował, a w pozostałej reszcie trąbki, dla utrzymania jej drożności, błonę śluzową z otrzewną na zgłębniku szwem katgutowym zespoił; w drugim zaś przypadku poczynającego się poronienia trąbkowego, naciął trąbkę podłużnie i wyłuszczywszy zaśniad tą drogą, trąbkę napowrót zeszył. W obu przypadkach zatem usunął drogą pochwy jajo płodowe, a zarazem udało się i trąbkę zachować. Korzystając z tej sposobności, autor zabiera głos w sprawie wyboru drogi przy operacyi ciąży zamacicznej, jako też zapalnych guzów przydatków i gorąco przemawia za operacyą wczesnej ciąży zamacicznej drogą pochwy, gdzie tylko ostra niedokrewność, wielkość jaja, albo zbyt silne zrosty przeciwwskazanie stanowić mogą; podobnie i przy operacyi guzów zapalnych przydatków daje pierwszeństwo operacyi drogą pochwy, która w przypadkach ropnych guzów trąbkowych, przy możliwości ich pęknięcia, stanowczo bezpieczniejszą być musi, niż operacya drogą jamy brzusznej, a choć trudności są przy wykonywaniu pierwszej większe, to zabieg ten pozostanie zawsze łagodniejszym, a jednocześnie oszczędza się chorym wytworzenia blizny w powłokach brzusznych.

W przypadkach ropnych guzów trąbkowych, jakkolwiek przeważnie usuwać je musimy, należy się starać o ile możności o utrzymanie trąbki, zwłaszcza u młodych osób; doświadczenie bowiem uczy, że nawet daleko posunięte zmiany trąbek na tle rzeżączkowem uleczone być mogą; tem bardziej powinno się to czynić w przypadkach, gdzie guz trąbki zawiera tylko płyn surowiczy, albo jeżeli mamy do czynienia z ciążą trąbkową (naturalnie, jeżeli przynajmniej jeden jajnik jeszcze zdrowy).

Temi zasadami się kierując operowano od roku 1897—1899 w zakładzie Martina w Berlinie 9 przypadków ciąży trąbkowej, przy czem w 3 przypadkach usunięto trąbkę, w 3 nacięto ją, wydobyto jajo płodowe i zeszyto ją napowrót, a w 3 wykonano resekcyę trąbki. Wszystkie razem, z dwoma wyżej opisanymi (t. j. 11 przypadków), operowane były z pomyślnym wynikiem. *Dr. L. Friedmann.*

Walter Stoeckel. **Uwagi do pracy O. Frankla o cieście (pasta) airolowem.** (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 23, 1900). Autor, będąc w klinice chorób kobiecych w Bonn, robił doświadczenia z wszelkimi środkami, jakie były zalecane do opatrywania ran po cięciu brzusznem. Jakkolwiek wyniki, które otrzymał opatrując ciastem airolowem zgadzają się zupełnie z wynikami Frankla, uważa to jednak za błąd, ażeby korzystne lub niekorzystne wyniki gojenia się ran powłok brzusznych czynić zależnymi od jakiegoś środka, użytego do opatrunku; do takiego wywodu uprawniłyby jedynie nadzwyczajnie korzystne wyniki, otrzymywane po zastosowaniu pewnego środka przy pozostawieniu dotychczasowej techniki operacyjnej; tymczasem wyniki, otrzymywane przy użyciu ciasta airolowego wcale się nie różniły od otrzymywanych przy stósowaniu dermatolu, pod którym również doraźnie się rany goiły. Airol, używany w postaci proszku do opatrywania ran zamkniętych po cięciu brzusznem, nie okazywał wyższości nad ciastem; jedynie przy ranach sączących był lepszym, co samo przez się tłomaczy się; każdy bowiem proszek nadaje się lepiej od ciasta do wsiąkania wydzieliny, z tego jednak jeszcze o wyższości proszku nad ciastem wnosić nie można, zwłaszcza jak długo badania bakteryologiczne tego nie udowodnią.

Stosując ciasto airolowe często spostrzegał autor u operowanych zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie policzków, w postaci czerwonych plam, a nawet owrzodzeń płytkich, które się wprawdzie łatwo przy płokaniu ust którymkolwiek środkiem ściągającym goiły, sprawiały jednak dość znaczne dolegliwości chorym. Tego przy użyciu innych leków do opatrywania ran autor nie spostrzegał. Czy objawy te występowały wskutek wydzielania się na błonie śluzowej jamy ustnej bizmutu lub jodu, zawartych w airolu, autor powiedzieć nie umie; w każdym razie objawy te skłoniły go do zaniechania airolu. Następnie robił on próby z kaolinem (porcelanką), który, jako środek mający własność wchłaniania wilgoci, bezwonny, nie drażniący skóry, nie trujący i tani szczególnie się nadawał. Próby te dały tak korzystne wyniki, że od roku na klinice tego tylko leku do opatrywania ran brzusznych się używa. Proszek kaolinu, wyjałowiony w cieplocie 130° przez dobę, nasypuje autor w grubej na 2 ctm. warstwie bezpośrednio na zeszytą, oczysz-

czoną ranę, nakrywa go płatkiem borlintu, który przymocowuje kleiną (kolodionem), następnie nakłada watę i przymocowuje paskami przylepca, dachówkowato ułożonymi. Od czasu stósowania tego sposobu nie zauważano wcale ropienia rany, a ropienie około szwów należy do nadzwyczajnych rzadkości. Jakkolwiek kaolin jest środkiem obojętnym, to przeciwgnilne jego działanie da się wytłómaczyć własnością wchłaniania wszelkiej wydzieliny, która sprzyja rozwojowi drobnoustrojów. W pochwie i na sromie środek ten niestety zastósować się nie daje.

Za ważniejsze jednak czynniki, od których zależy doraźne gojenie się ran, uważa S. odpowiednie przygotowanie chorego i materyał do szwów. Polecane przez Fritscha przygotowanie chorego już w przeddzień operacyi, a zwłaszcza stósowanie okładu sublimatowego aż do chwili operacyi, ma wielu zwolenników, często jednak stoi temu na przeszkodzie opór chorych przy przystąpieniu do golenia części płciowych, które jest bolesne i wielce nieprzyjemne. Autor używał często proszku do usuwania włosów; sam jednak przyznaje, że przetwór, którego używał, jakkolwiek był skutecznym, to jednak również był nieprzyjemny z powodu woni siarkowodoru i był drogi; prawdopodobnie środek ten działa jednak i na głębsze warstwy skóry, oraz na drobnoustroje w początkach gruczołów łojowych, dlatego wartoby wypróbować i inne podobne przetwory.

Co się tyczy materyału do szwów, autor rozpoczął próby z niémi ze ścięgien rena, które Snegnirew tak gorąco poleca; otóż nici tych używa do szycia w pochwie z bardzo dobrym wynikiem; mają one podobne własności, jak katgut; natomiast do szwów skórnych używa silkwormu. *Dr. Ludwik Friedmann.*

Dr. Popescul. **Przyczynek do leczenia drgawek porodowych.** (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 24, 1900). Autor stósował kilka razy „bromidię“ Battlego w przypadkach drgawek porodowych, zwłaszcza w tych razach, gdzie łagodne ukończenie porodu było niemożliwe, albo drgawki po porodzie nie ustępowały, lub dopiero zaczęły występować. Skład „bromidii“ jest następujący: *Rp. Kali bromati, Chloral. hydr. aa 30,00; Extr. Hyoscyami, Extr. Cannabis ind. aa 0,25; Extr. glycyrrhiz. lign. Ph. Br. 90,00; Ol. Aurant. cort. gutt. 5.* Łyżka stołowa tego leku zawiera po 3 gramy chloralu i bromku potasowego i po 0,025 wyciągu lulka i wyc. konopi ind. Autor stósował jedną łyżkę stołową za pomocą balonika w enemie. Prawie zawsze dawka ta wystarczała do usunięcia drgawek. Można również lek ten podawać łyżeczkami po każdym napadzie; korzystną rzeczą również jednorazowo przedtem wstrzyknąć chorej podskórnie 0,03 morfiny. Jako korzystną stronę tego sposobu leczenia podnosi autor, że można go oddać w ręce położnej w przypadkach, gdzie lekarz przez dłuższy czas przy chorej zostać nie może, n. p. dla wstrzykiwań morfiny, albo gdy nieprzytomność chorej na podawanie leku przez usta nie pozwala. *Dr. L. Friedmann.*

Prof. Babes (Bukareszt). **Nowsze badania nad działaniem substancyi nerwowej w schorzeniach układu nerwowego.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 24 i 25, 1900). Obecną rozprawą zamierza autor zawarować sobie prawo pierwszeństwa ze względu na stosowanie wstrzykiwań substancyi nerwowej w niektórych chorobach układu nerwowego. Przechodząc zaś do właściwego przedmiotu podnosi, że korzystne wyniki otrzymywał po takich wstrzykiwaniach u neurasteników, u chorych padaczkowych, jeśli tylko cierpienie nie było pochodzenia urazowego, wreszcie u melancholików; cierpiących zaś na wiąd rdzenia pacierzowego stan się nie poprawiał po takiem leczeniu. Doświadczenia, tyczące się wodowstrętu, wykazały, że zawiesina z substancyi nerwowej, otrzymana z uodpornionych na wściekliznę zwierząt lub istotnie chorych, wywiera silniejsze na tę chorobę działanie, aniżeli zawiesina z prawidłowej substancyi nerwowej. Dalsze zaś wywody autora odnoszą się do prób i badań, które nie mogą być ujęte w ramy krótkiego wyciągu. *Dr. Henryk Pisek.*

Flesch (Wiedeń). **Przypadek jednostronnej jasnej ślepoty** (*amaurosis*) **na tle histeryi** (*Klinisch-therapeutische Wochenschr.* Nr. 24, 1900). U 26-letniej kobiety rozwinęła się skutkiem przestrachu jasna ślepota, która po 3 tygodniowej faradyzacyi (10—15 minut codziennie) w zupełności ustąpiła tak, że chora powróciła do swoich zajęć codziennych. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Kraus (Grac). **Obecny stan nauki o opadnięciu trzew** (*splanchnoptosis*), (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 25 i 26, 1900). Po dłuższem a treściwem omówieniu objawów tego cierpienia zaznacza autor, że istota opadnięcia trzew zasadza się na ich nieprawidłowem przemieszczeniu (*dislocatio*). Jak z jednej strony tłocznia brzuszna, prawidłowe parcie śródbrzuszne i mięśnie powłok brzusznych ważne mają znaczenie dla ustalenia trzew, tak z drugiej strony zwiotczenie ścian brzusznych i ich mięśni, przedstawiające się w postaci rozstępu mięśni prostych lub brzucha obwisłego (n. p. u wieloródek), są głównemi przyczynami opadnięcia trzew. *Dr. Henryk Pisek.*

Kölbl (Wiedeń). **Badania nad wartością leczniczą nowego środka ściągającego „hontina“.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 25, 1900). Autor stósował wyżej wymieniony środek w 44 przypadkach nieżytu jelitowego, otrzymując zawsze znakomite wyniki, z czego wnosi, że hontyna jest bardzo skutecznym przetworem w nieżytach żołądkowo-kiszkowych, nawet pochodzenia gruźliczego. Nowy ten lek przedstawia się jako brunatnawy proszek, w wodzie nierozpuszczalny, i może być podawany do 10,0 dziennie bez szkody dla ustroju. Zwykła dawka dla dzieci wynosiła 0,3—0,5—1,00, 3 do 5 razy dziennie w syropie, kleiku i t. d. (nie w mleku), dla dorosłych zaś 1,00—2,00—3,00 kilka razy dziennie. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Wassermann (Berlin). **Przyczynek do patologii influenzy.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28. 1900). Podczas lekkiej epidemii grypy, panującej w pierwszych miesiącach tego roku, zauważył autor, że tylko z wielką trudnością udawało się odszukać prątki grypy w plwocinach dotyczących chorych. Śledząc za przyczynami tego objawu, stwierdzonego także przez innych badaczy, doszedł do ciekawego wyniku, że podczas tej epidemii znajdowały się wprawdzie w plwocinach znamienne dla grypy prątki, nawet w tej samej ilości, co zazwyczaj, atoli tak szybko znikały, że już po 24 godzinach zaledwie można je było odnaleźć. To dziwne zjawisko tłómaczy autor tem, że grypa, podobnie jak inne choroby zakaźne, pozostawia po sobie pewien stopień odporności, który oczywiście po krótszym lub dłuższym czasie znika, a wówczas ustrój znów jest skłonnym do nabawienia się tej choroby. Dlatego przyjmuje, że u tych 19 badanych chorych istniał jeszcze drobny zasób odporności po dawniej przebytej grypie, co wprawdzie nie zdołało być zaporą dla świeżego zakażenia, ale jeszcze wystarczyło do zniszczenia w krótkim czasie zarazka. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Schulz (Gryfia). **W sprawie działania olejku terpentynowego.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28, 1900). Autor chcąc dociec, czy olejek terpentynowy zdoła w znacznem rozcieńczeniu wywrzeć jeszcze jakieś działanie na ustrój ludzki, wykonał szereg doświadczeń na zdrowych osobnikach, podając im codziennie drobne dawki (20 kropel) wyskokowego rozczynu (1:100, 1:1000) tego olejku. Wynik był następujący: Już po kilku dniach występowało u badanych uczucie ociężałości nad ranem, pomimo przebytego spokojnie snu, dochodzące w ciągu dnia do zupełnego zmęczenia, połączonego z bólem głowy i zwolnieniem tętna. Następnie stwierdził także autor zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (ból w okolicy żołądka, zaparcie stolca) i narządu moczowego w postaci podwyższonego parcia na mocz przy równoczesnie zmniejszonem wydzielaniu; białka jednak nie znaleziono. U dwóch wreszcie badanych pojawił się na czole, a później na wewnętrznej powierzchni ud swędzący trądzik (*acne*); jakiegokolwiek zaś działania na narząd oddechowy nie zauważono. *Dr. Henryk Pisek.*

Ott (Würzburg). **Przyczynek do etyologii włóknikowego zapalenia oskrzeli** (*bronchitis fibrinosa*). (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 28, 1900). Do istniejących już w piśmiennictwie przypadków dodaje autor swój, tyczący się 15 letniego chłopca, z zawodu szlifierza, u którego się to cierpienie rozwinęło. W krótkiem streszczeniu nie można uwzględnić całego przebiegu cierpienia, to jednak trzeba podnieść, że autor przyjmuje, jako przyczynę choroby, ustawiczne wdychiwanie pyłu metalowego, na które chory wskutek swego zajęcia był narażony. Nadmienić w końcu wypada, że drobnowid wykazał w tym przypadku dwoinki Frankla i gronkowce (*staphyloc. pyog. aur.*) *Dr. Henryk Pisek.*

Schittenhelm (Stuttgart). **Przypadek choroby Weila.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28, 1900) W opisanym przypadku chorobowym podkreślić należy nagłe rozpoczęcie się sprawy, ciężkie zaburzenia żołądkowo-jelitowe i lekkie zapalenie migdałków, połączone z uczuciem drapania w gardle; te ostatnie objawy, bardzo często występujące, ani przez Weila, ani przez innych autorów dotychczas nie były wspominane. Bolesność mięśni i zmiany w nerkach, które w prawidłowym przebiegu choroby Weila w pierwszych już dniach występują — w tym przypadku pojawiły się dopiero w okresie nawrotu cierpienia. Ani krew, ani mocz zmian chorobowych nie przedstawiały. *Dr. Henryk Pisek.*

Bloch (Norymberga). **Przypadek niemoty na tle histeryi, wywołany prawdopodobnie zatruciem.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28. 1900). Z dwóch względów jest ten przypadek ciekawy: 1) dla rzadkości samej sprawy, 2) dla przyczyny, która najprawdopodobniej niemotę wywołała. Chory bowiem (15-letni terminator tokarski) pracował w warsztacie w sąsiedztwie źle działającego pieca, wydzielającego CO, wobec czego zachodziła możliwość zatrucia, co także autor przyjmuje. Niemota w tym przypadku, pomimo wszystkich

wysiłków lekarzy, trwała 5 dni, dopiero w 6 dniu choroby chłopiec mowę odzyskał. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Paul i Doc. Sarvey (Tübingen). **Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28, 1900). Po wyczerpującem omówieniu przedmiotu na podstawie ścisłych badań dochodzą autorowie do następującego wniosku: Czyste ręce w potocznem znaczeniu — a więc pokryte licznymi zarodkami — doznają wskutek odkażania spirytusem mydlanym (według Mikulicza) takiej zmiany, że z ich powierzchni można tylko bardzo małą ilość zarodków zeskrobać; po wymoczeniu jednak rąk takich w ciepłej wodzie i kilkakrotnem mechanicznem oczyszczeniu, można z ich powierzchni w każdym przypadku otrzymać mniejszą lub większą ilość zarodków. *Dr Henryk Pisek.*

V. Korespondencye.

Paryż, 3. sierpnia.

Dążąc rozmaitymi szlakami, już na kilka dni przed rozpoczęciem posiedzeń napływali polscy członkowie kongresu do Paryża.

W szeregu innych państw i narodów, posiadających „habeas corpus“, oraz osobne biura w „Ecole de médecine“, mają Polacy własną siedzibę pod napisem „Pologne“. Nazwę geograficzną „Pologne“ i „Galicie“ pomięszano w ten sposób, że występują one aż w dwóch miejscach, jako oznaczające dwa osobne kraje. Tego pomięszania pojęć nie należy tłómaczyć optymistycznie, gdyż do tego nie ma tu najmniejszych warunków.

O liczbie ogólnej uczestników kongresu na razie trudno powziąść wyobrażenie, a tem mniej można wiedzieć, kto z cudzoziemców, ludzi wybitnych w nauce, przybył do Paryża. Lekarzy polskich do tej pory wpisało się do księgi adresowej 70; nie ma jednak wątpliwości, że jest ich może drugie tyle, lecz porwani prądem dzisiejszego życia paryskiego, wirują gdzieś w niem, jak kropla w potoku wezbranym i pędzonym żywiołową wszechenergią życia.

Zasada, na poprzednich kongresach przestrzegana, ażeby prezesowie komitetów narodowych posiadali równe prawa z delegatami państw, została przez komitet gospodarczy obecnego kongresu — złamaną. Prezesowie wszystkich komitetów narodowych nie zostali proszeni na audyencyę do prezydenta Rzeczypospolitej, ani też nie byli dopuszczeni do słowa powitalnego, pomimo uroczystych poręczeń w tym względzie, które polski komitet narodowy na piśmie posiada. Etycznej strony tej sprawy nie podnosimy, ona jest jasną; lecz musimy się zastrzedz i zaprotestować przeciw uszczuplaniu praw międzynarodowych, nabytych na kongresach poprzednich i przeciw stwarzaniu precedensu, uszczuplającego te prawa. W Moskwie komitet gospodarczy zaprosił prezesów komitetów narodowych do Petersburga dla przedstawienia się cesarzowi, a na posiedzeniach ogólnych, powitalnem i pożegnalnem, dał im głos; w Paryżu te prawa komitetów narodowych zostały nie uwzględnione. Gdy porównamy jedynowładztwo tam i prawa republikańskie tutaj, przychodzi mimo woli na myśl owa kamienica przewrócona na wystawie, zbudowana fundamentami do góry. Lecz nie spierajmy się z komitetem gospodarczym kongresu o etykę i logikę, raczej zwalmy to na fatalną liczbę porządkową kongresu (trzynastkę), a wróćmy do myśli pogodniejszych; dzięki paryskiemu komitetowi lokalnemu z dr. Motzem na czele rozmieszczeni jesteśmy przeważnie w hotelach, przez komitet wskazanych; w niedzielę zejdziemy się na wspólne śniadanie, po którem zwiedzać mamy instytucye polskie, jak szkoła polska na Batignolles, Zakład św. Kazimierza, polską Stacyę naukową i Bibliotekę polską, wreszcie Misyę polską.

Dnia 1 b. m. odbyło się w biurze komitetu czeskiego zgromadzenie delegatów i dziennikarzy słowiańskich (lekarzy); szczegóły z tego posiedzenia doniosę w liście następnym; obecnie pragnę tylko zaznaczyć, że uchwały powzięte przeważnie na wniosek delegata polskiego, prof. Wicherkiewicza, są w zupełności zgodne z postulatami naszego położenia.

W ostatniej chwili dowiaduję się od kolegów czeskich, że na świeżo zakończonym międzynarodowym kongresie prasy, prócz dziennikarzy rosyjskich, nie było nikogo z przedstawicieli żurnalistyki lekarskiej Słowian zachodnich, dla prostej przyczyny, gdyż... nikt nie był zaproszony. Na zapytanie, wystósowane do komitetu gospodarczego przez kolegów czeskich, dlaczego z tego, wrzekomo międzynarodowego kongresu prasy, zostały wykluczone całe narody, posiadające piśmiennictwo czasowe, odpowiedziano lakonicznie, że o tych stosunkach piśmienniczych Czechów, Polaków, Kroatów nie we Francyi nie wiedzą. Doskonała ilustracya do rozpraw w sekcyi prasowej IX. Zjazdu lekarskiego w Krakowie.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej.

Podał

Dr. E. F. Fronczak z Buffalo N. Y. [1]).

„*Salus populi suprema lex*“ było i jest hasłem lekarzy, czy to zamieszkałych w grodach starej Europy, czy też żyjących wśród napół dziewiczych jeszcze okolic krajów niedawno odkrytych. I my lekarze, osiedli i praktykujący na zachodniej półkuli świata, pracujemy pod tem samem hasłem i dążymy do tego samego celu, starając się rozszerzać ideę, że „zdrowie narodu, najwyższem prawem“ że szczęście ludu polega na tem, aby lud ten był zdrów na ciele i umyśle, zdrów fizycznie i moralnie, a wtenczas będzie szczęśliwy i silny.

Lekarze Europejscy, jako pionerzy na polu medycyny, rzadko słyszą o naszej pracy mrówczej, a także o naszem współdziałaniu dla dobra ogółu i wzbogacenia wiedzy.

„Co kraj, to obyczaj“, mówi polskie przysłowie, co kraj, to inne stosunki, inni ludzie, inne otoczenie, inne okoliczności, a tylko ten, który mógł się rozpatrzeć, który wżył się w te stosunki, tak odmienne od stosunków w „starym kraju“, ten tylko może w Ameryce liczyć na poparcie ogółu, a tem samem zdobywać wiedzę i doświadczenie i w dążeniach swoich naukowych iść za postępem.

Mówiąc o Ameryce, mam na myśli tylko Stany Zjednoczone Ameryki północnej, ten kraj obszerny i bogaty, sięgający od Atlantyku do Oceanu Spokojnego, od Kanady do Zatoki Meksykańskiej i Meksyku z dodatkiem kilku nie dawno zdobytych posiadłości, a mianowicie: Porto-Rica, Hawaii, Guamu, Filipin i dawno od Rosyi zakupionej Alaski. W kraju tym obecnie na obszarze 3,756.884 mil kwadratowych (amerykańskich), zamieszkałym przez blizko 87 mil. ludzi, praktykuje przeszło 125,000 lekarzy. Dla porównania przytaczam, że cesarstwo Rosyjskie, mające 8,660.395 mil □ — a 128,932.173 mieszkańców, ma tylko około 18,334 lekarzy; w państwie rosyjskiem 1 lekarz przypada na 7,032 mieszkańców, w ces. niemieckiem 1 lekarz na 2,197 mieszkańców, w Stanach Zj. i koloniach 1 lekarz na 696 osób, w St. Zj. samych 1 lekarz na 588 m. Stosunek to bardzo dla lekarzy niekorzystny mimo to, że w Ameryce medycyna jest względnie młodą.

W roku 1607 Dr. Wooton był pierwszym lekarzem w Ameryce. Podczas wojny o niepodległość było w koloniach amerykańskich 3 mil. ludności, około 3,505 lekarzy, pomiędzy którymi liczono 400 ludzi z wykształceniem lekarskiem. Jednakowoż już od roku 1647 w Harward i w innych miejscach wykładano medycynę, a względnie tylko anatomię.

Stany N. York w roku 1760, N. Jersey w roku 1772 pierwsze zaczęły wymagać, aby lekarze składali egzamina; w roku 1752 założono pierwszy szpital w Filadelfii, a w roku 1768 Uniwersytet w Filadelfii otworzył właściwy Wydział lekarski i od tego czasu liczymy początek szkół lekarskich w Ameryce. W roku 1810 było 6 szkół lekarskich, do których uczęszczało 650 słuchaczy. W roku ubiegłym zaś (1899) 5,725 słuchaczy skończyło amerykańskie wydziały lekarskie ze stopniem doktora wszech nauk lekarskich.

50 lat temu kursa rozpoczynały się w pierwszych dniach października, kończyły się w połowie lutego; w tym czasie były także i przerwy świąteczne i tak po dwóch kursach trzechmiesięcznych wydawano dyplomy, które świadczyły, że udyplomowany był „*Vir probatus et ornatus, in arte Medica, aeque ac chirurgica... dignus amplissimis honoribus academicis*“... Obecnie nieomal wszystkie uniwer-

[1]) Wykład w sekcyi medyc. publ. IX Zjazdu lek. i przyrodn. polskich.

sytety wymagają egzaminu dojrzałości i czterech lat (po 7 do 9 miesięcy) specyalnych studyów lekarskich. Niektóre uniwersytety jak Yale, Harward, John Hopkinsa i inne wprost żądają, aby wstępujący na wydział lekarski posiadał już stopień akademicki S. B. lub Sc. B. (bakalaureat), spędził 5 lat na wszechnicy i rok w szpitalach.

Z tego widzimy, że Amerykanie potrafią równym krokiem z Europą postępować w sprawie ulepszenia studyów. Załączam zestawienie teologii, prawa, medycyny, dentystyki, farmacyi i weterynaryi:

W roku 1899 było w Ameryce:

	Uniwersytetów	Profesorów	Słuchaczy 1899	Słuchaczy 1898	ukończyło w roku 1898
Teologia	165	1070	8093	8317	1693
Medycyna	156	5735	24119	24043	5725
Prawo	86	970	11883	11783	3110
Dentystyka	56	1513	7633	7221	1921
Farmacya	52	492	3563	3525	1122
Weterynarya	17	249	378	368	123
Pielęgnowanie chorych	377	—	8805	8695	—
Razem	909	10029	64474	63952	13694

Do tego trzeba dołączyć:

	Prawo	Medycyna	Farm.	Teol.
Un. w Hawanie	124	98	98	0
Un. Santo Tomaso (Manilla)	558	404	51	6
W Koloniach Ameryki	682	502	149	6
„ słuchaczy		1339.		

Liczbę lat, potrzebnych do ukończenia nauki, wykazuje następujące zestawienie:

		4 lata	3 lata	2 lata	1 rok
Medycyna	1875	0	3	72	5
„	1885	0	5	103	0
„	1897	99	49	0	2
„	1898	103	42	0	0
„	1899	141	10	2	2
Dentystyka	1875	0	0	12	0
„	1885	0	5	13	0
„	1897	1	47	0	0
„	1898	1	49	0	0
„	1899	1	55	0	0
Farmacya	1875	0	0	10	3
„	1885	0	0	21	0
„	1897	0	5	34	2
„	1898	1	5	35	4
„	1899	1	6	38	7
Weterynarya	1897	0	10	2	0
„	1898	0	12	2	0
„	1899	0	14	3	0

Czas wykładów w roku trwa:

	Niewiadomo albo mniej niż 6 miesięcy	6—7 mies.	7—8 mies.	8—9 mies.	9—10 mies.	więcej jak 10 mies.
Medycyna	10	74	45	21	6	0
Dentystyka	12	24	11	4	5	0
Farmacya	5	16	11	10	5	5.
Weterynarya	5	5	2	4	1	0
Prawo	1	2	6	52	21	4
Teologia	0	3	37	57	54	14
Razem	33	124	112	148	92	23

(Ciąg dalszy nastąpi)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Trzy lata Pogotowia ratunkowego.

Trzy lata upływa z dniem dzisiejszym od chwili urzędowego otwarcia Towarzystwa ratunkowego w Warszawie.

Przez te trzy lata Pogotowie ratunkowe pracowało sumiennie, co widać ze statystyki 3-letniej, którą podajemy poniżej. Na czele instytucyi stoi zarząd, składający się z prezesa G. hr. Przeździeckiego, wiceprezesa prof. J. Kosińskiego, sekretarza dra J. Zawadzkiego, skarbnika p. J. Serkowskiego, oraz 8 członków zarządu: pp. S. Libickiego, M. Wrotnowskiej, adw. J. Szteynera, dra W. Stankiewicza, dra W. Szteynera, dra O. Hewelke, W. Kronenberga, W. Mazurowskiego i 2 zastępców: Z. Wasiutyńskiego i Mokiejewskiego

Zarządza stacyą dr. Borzymowski, a liczba lekarzy dyżurnych wynosi 16, z tych 8 starszych z pensyą rb. 600 rocznie i 8 młodszych z pensyą rb. 500 rocznie. W chwili obecnej lekarzami dyżurnymi są drzy: Z. Kusociński, A. Zawadzki, M. Zaborowski, M. Barlicki, K. Jasielewicz, K. Niedzielski, Z. Grodzki, K. Łazarowicz, W. Garszyński, W. Witwiński, S. Malinowski, K. Buczyński, J. Czarkowski, S. Cykowski, P. Karpiński i A. Matkowski, którzy dyżurują po trzech od 9 rano do 1 w nocy i po dwóch od 1 w nocy do 9 rano.

W kancelaryi Towarzystwa obowiązki intendenta pełni p. F. Rembiszewski, kasyera p. S. Cygański, pomocnika intendenta p. Z. Jaszczyk, incasso załatwia związek giełdowy roboczy. Bezpłatny nadzór weterynaryjny pełni p. Z. Festenstadt.

Personal niższy składa się z 1 nadzorcy, 4 woźniców, 4 sanitaryuszy starszych, 4 młodszych, 1 zapasowego i 1 woźnego.

W chwili obecnej Towarzystwo posiada 11 koni, 4 powozy, wyjeżdżające do wypadków: „Konstanty“, „Cyklista“, „Warszawianka“ i „Litwinka“; karetę do przewożenia chorych zamożnych za opłatą do domów zdrowia, szpitali etc. i niedawno sprawioną „Samarytankę“ dla bezpłatnego przewozu chorych niezamożnych, nie uległych wypadkowi. W kufry, narzędzia i opatrunki Towarzystwo w chwili obecnej zaopatrzone jest obficie.

Członków w chwili obecnej Towarzystwo liczy 764, między nimi 1 honorowy, 9 protektorów, 6 członków czynnych i 748 rzeczywistych, opłacających po 5—100 rb. rocznie.

W ciągu lat trzech, t. j. od 22 lipca 1897 r. do dnia dzisiejszego było ogółem wezwań 16315, większość znaczna wypadków przypada na godziny dzienne: 12007 mniej, bo 4308, na godziny nocne.

Wezwania wpływały głównie przez telefon, policya wzywała w 29% ogółu wezwań, osoby prywatne w 57,2%, fabryki w 6,5% i instytucye różne w 6,8%.

Wogóle liczba wyjazdów wyniosła 11874, na stacyi udzielono pomocy osobom 3700, fałszywych wezwań było 400.

Między pacyentami Pogotowia 65% stanowią mężczyźni, 26% kobiety, dzieci do lat 15 stanowią 9,5%. Katolików było 69%, prawosławnych 3,5%, ewangielików 2,2%, żydów 17,1%.

Najwięcej wypadków było śród robotników i rzemieślników 42%, służba domowa i wyrobnicy dzienni dali 18,9%, zawody wolne 14,5%. Najwięcej wypadków zdarza się w wieku od 20—40, najmniej od 90—100 lat.

Najwięcej wypadków było w cyrkule VII, dalej idą c. III, I, XII, X, IX, IV, VIII, XI, V, II, najmniej było wypadków w cyrkule VI.

Wypadków zachorowań nagłych było 4437, między temi najwięcej napadów padaczki i histeryi. Wypadków chirurgicznych było 9912, między nimi ran od noża (kłótych i ciętych) 1910, postrzałowych 83, ran tłuczonych, stłuczeń i zmiażdżeń 6112, oparzeń 376, złamań kości 1137, zwichnięć 294. Porodów na ulicy było 104, przypadków obłąkania 59, zmarłych zastano 318 razy.

Przy ratowaniu powyższych chorych stosowano 4709 razy środki wewnętrzne — sztuczne oddechanie 63, przepłókanie żołądka 132, opatrunków na miejscu wypadku, oraz operacyj dokonano 7200, na stacyi 2819 razy.

Przewieziono uległych wypadkowi 5087 osób, z tych do szpitali 4139, do przytułków 94, do domu 8521, prócz tego przewieziono chorych, nie uległych wypadkowi 334, do domów 138, do szpitali 131, do domów zdrowia 65.

Liczby powyższe dają miarę działalności Instytucyi.

Koszt utrzymania stacyi wynosił około 30000 rb. rocznie; do tej pory ofiarność publiczna z chętną Towarzystwu spieszyła pomocą; obecnie nieco osłabła, nie wątpimy jednak, że Warszawa nie da upaść tak potrzebnej Instytucyi.

Dr Józef Zawadzki,
członek Zarządu — sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 sierpnia.

* XIII. międzynarodowy zjazd lekarski został otwarty w Paryżu 2 b m. przez prezydenta Rzeczypospolitej przy udziale licznych uczestników, o czem szczegóły podajemy w listach Redaktora głównego, kol. Kwaśnickiego, których druk zaczął się w dzisiejszym Nr.

* Następny międzynarodowy zjazd prasy lekarskiej ma się odbyć w Brukseli w r. 1901.

* Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego: *a)* z poprzedniego konkursu: 1) Badania kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcyi przewodu pokarmowego (Badanie może dotyczyć środków nowych lub dotychczas niepróbowanych). 2) Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci. 3) Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasożytów, występujących przy: *favus*, *herpes tonsurans* lub *eczema marginatum*. 4) Zbadanie dokładne jednego z produktów bakteryi gruźliczych. 5) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego *(cystitis)*. 6) Badanie doświadczalne nad wycinaniem płuc *(pneumectomia)*. *b)* nowe: 7) Zmiany w naczyniach krwionośnych mózgu przy wylewach krwi do jego substancyi. 8) Gorączka aseptyczna i jej przyczyny. 9) Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego. 10) Semiotyka i metodyka odruchów ścięgnistych. Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1901 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 10-ciu tematów, wyznacza się nagroda rb. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

Dr. Brodowski

* Korzystne warunki materyalne ofiaruje ministeryum lekarzom, zobowiązującym się do najmniej 6-letniej służby w austryackiej obronie krajowej. Lekarze, którzy wywiążą się dobrze z 3 wzgl. 6-cio miesięcznej służby próbnej, otrzymają po wstąpieniu do służby na stałe, 6000 koron tytułem odszkodowania za koszta studyów lekarskich. Słuchacze medycyny zaś, obowiązujący się do służby w obronie krajowej, otrzymają w czasie studyów uniwersyteckich stypendya po 1000 koron rocznie oraz obok tego kwotę, potrzebną na zapłacenie taks egzaminacyjnych i promocyjnych; wreszcie po otrzymaniu dyplomu pozostającą po potrąceniu pobranych stypendyów i taks resztę kwoty 6000 koron.

* Ministeryum spraw wewn. przystępuje do stworzenia kursów dopełniających dla lekarzy, pozostających w służbie publicznej. Kursa te odbywać się będą w Wiedniu (dlaczego tylko w Wiedniu?). Pierwszy, — sześciotygodniowy, — rozpocznie się w połowie października r. b. i obejmie: wykłady z zakresu higieny z ćwiczeniami praktycznemi i nauką o odkażaniu, wykłady o badaniu środków spożywczych z ćwiczeniami, epidemiologię i leczenie surowicami oraz kurs szczepienia z odpowiedniemi ćwiczeniami i demonstracyami, praktyczny kurs bakteryologii i wreszcie wykłady z zakresu ustaw sanitarnych austr. W kursie może tym razem uczestniczyć tylko 12 zamiejscowych lekarzy rządowych, którzy otrzymają w tym celu urlopy, zwrot kosztów podróży i dyety po 10 koron dziennie. Miasta z własnym statutem mogą prosić o dopuszczenie swoich lekarzy do kursów.

* W dziennikach politycznych pojawiła się wiadomość, że wkrótce na uniwersytetach austryackich będzie wolno uczęszczać kobietom na wydział lekarski, jako słuchaczkom zwyczajnym.

* »Royal College of Surgeons of England« w Londynie obchodziło 26 lipca b. r. setną rocznicę swego istnienia.

Bibliografia. Fr Ernst: Choroby nosa i gardła, znaczenie ich dla całego ustroju, oraz wpływ ich na głos. (Wykłady popularne). W. Köllner: Berlin i Lipsk, 1899.

Autor należy do szeregu tych lekarzy, którzy rozumiejąc doniosłość zapobiegania chorobom, starają się przez szerzenie wiadomości popularno-naukowych zjednać współdziałanie publiczności nielekarskiej w zastosowaniu środków profilaktycznych. Na wstępie podaje autor krótki szkic anatomii i fizyologii górnych dróg oddechowych. Przedstawienie więcej szematyczne i w grubych zarysach byłoby w tej części ze względu na cel książki pożyteczniejsze, niż opis zawikłanych stosunków anatomicznych i obrazy wziernikowe, podane przez autora. Natomiast podał autor fizyologię zupełnie celowi odpowiednio i dobrze objaśnił mechanizm mowy i śpiewu. Dalej opisuje autor najczęstsze choroby górnych dróg oddechowych z uwzględnieniem ich przyczyn i sposobów zapobiegania. Wykłady końcowe poświęcone są wyłącznie objaśnieniu stosunków, na których polega prawidłowy śpiew i wyłuszczeniu szkodliwości, na które głos jest narażony z powodu różnych chorób poszczególnych narządów i całego ustroju. Mimo popularnego charakteru książki znajduje się w niej sporo szczegółów, godnych uwagi lekarza.

Spira.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. J. Wyllie prof. klin. lekarskiej w Edynburgu w miejsce zmarłego Grainger-Stewarta; Dr. Thorington prof. okulistyki w Filadelfii.

Nekrologia. Dr. Leon Ziemiański zmarł d 21 lipca b. r. w Przemyślu po długiej i ciężkiej słabości. Ze śmiercią ś. p. Dra Ziemiańskiego znikła jedna z wybitnych i znanych postaci Przemyśla, znikła cząstka znaczna historyi tego miasta, bo ś p. Dr. Ziemiański nie tylko był świadkiem rozwoju, ale brał czynny udział we wszystkich znaczniejszych sprawach, dotyczących Przemyśla. Urodzony w r. 1841 w Brzozowie, do szkół gimnazyalnych chodził w Przemyślu, po skończonych studyach uniwersyteckich w Krakowie i Wiedniu osiedlił się jako wolno praktykujący lekarz, i oprócz pracy obowiązkowej poświęcił się sprawom publicznym. Jako członek Dyrekcyi kasy oszczędności od samego jej początku, Rady gminnej i asessor Magistratu, Rady powiatowej, spełniał obowiązki obywatelskie sumiennie, a będąc charakteru prawego musiał często walczyć w obronie prawdy, słuszności i sprawiedliwości. Zato też nieraz musiał wiele cierpieć, wiele znosić. Mimo to wytrwał na powierzonych stanowiskach prawie do ostatka. Dopiero ciężka słabość zmusiła go do odpoczynku. Pogrzeb odbył się przy licznym udziale duchowieństwa, przedstawicieli władz, rozmaitych instytucyi i publiczności Na cmentarzu krótko, ale serdecznie i podniośle przemówił imieniem lekarzy Dr. Rościszewski. Mowca podniósł wiedzę i cnoty zmarłego, jako wzór i zachętę dla żyjących. Pamięci szlachetnego, zacnego człowieka, prawego Polaka, zasłużonego wielce obywatela grodu naszego, dobrego ojca rodziny cześć w pokolenia, a spokój duszy Jego!

Dr. Z. Dzk.

Zmarli: Znany chemik prof. Kjeldahl zginął pod Hilleröd, usiłując wyratować tonące dziecko; prof. terapii Leech w Manchester; prof chirurgii na czeskiej wszechnicy w Pradze Michl.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Postęp okulistyczny (Lipiec):* J. Strzemiński: Przyczyny i leczenie gradówki (chalazion). B. Wicherkiewicz: Jeszcze o syfilitycznem zapaleniu rogówki *Gazeta lekarska* Nr. 31: J. Muttermilch: O istocie tak zw. „zapaleń przewlekłych“. S. Oppenheim: Kilka przypadków z praktyki laryngologicznej. *Medycyna* Nr. 31: F. Neugebauer: 17 cięć brzusznych o zejściu pomyślnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Rok XXXIX. Kraków, 18 Sierpnia 1900. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszym tygodniu ich życia.

Napisał

Dr Jan Lachs.

(Wykład w sekcyi pedyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

Zauważywszy w dostępnej mi literaturze polskiej, że nie mamy jeszcze pracy, któraby się tym przedmiotem zajmowała, postanowiłem, pomimo oporu i trudności, na jakie ze strony zabobonnych przeważnie matek natrafiałem, podjąć na szersze rozmiary badania, jak zachowuje się ciepłota noworodków w pierwszym tygodniu ich życia. Jako położnik miałem częściej, aniżeli kto inny, sposobność zajęcia się tą sprawą. I rzeczywiście dokonałem na przeszło stu noworodkach z górą 3.000 pomiarów ciepłoty, nie wliczając w to bardzo znacznej ilości pomiarów bezpośrednio po porodzie, przed kąpielą i po kąpieli, oraz pomiarów ciepłoty u matek (dla porównania), tak że ogółem mogłem naliczyć 6.000 pomiarów.

Jeszcze nie bardzo dawno niezbyt skwapliwie mierzono ciepłotę chorych i zadowalniano się częstokroć tylko przyłożeniem ręki do badanego ciała; dzisiaj już ważność termometru lekarskiego, a z nim jak najdokładniejsze oznaczanie ciepłoty, znalazło uznanie nietylko w kołach lekarskich, ale także w najszerszych kołach ogółu. Matki zaś niczego się może nie boją tak, jak gorączki u dzieci. Z tego zapewne powodu zawijają je skwapliwie, chcąc je tym sposobem o ile możności uchronić od zmian ciepłoty.

Edwards powiada: „Instynkt uczy matki dziecko ciepło zawijać, jakkolwiek filozofowie różnych wieków i różnych krajów starali się je przekonać, żeby owemu instynktowi nie ufały, a dzieci swoje raczej wzmacniały, przyzwyczajając je do zimna“.

Kiedy we Francyi istniał zwyczaj zanoszenia noworodków w kilka godzin po przyjściu na świat do mera gminy celem zaciągnięcia ich do ksiąg, przekonali się Milne Edwards i Villermé, że stosunek śmiertelności dzieci, bezpośrednio po ich urodzeniu się, do liczby porodów był znacznie większy w zimie, niż w lecie, jakoteż że w północnych, zimniejszych departamentach więcej noworodków umierało, niż w cieplejszych południowych.

Podobny wpływ ciepłoty na wątły ustrój noworodka zauważył Trevison, który w Castel Franco we Włoszech badał skutki zimna. I tak znalazł on: 1) We Włoszech umierało na 100 dzieci, które od grudnia do lutego na świat przychodziły, 66 w pierwszym miesiącu życia, 15 w innych miesiącach pierwszego roku życia, a tylko 19 pozostawało przy życiu. 2) Ze 100 na wiosnę urodzonych dzieci przeżyło 48 pierwszy rok życia. 3) Ze 100 noworodków, które w lecie ujrzały światło dzienne, doszło 83 do drugiego roku życia. 4) Ze 100 noworodków, które pod jesień na świat przyszły, przeżyło 58 dzieci pierwszych 12 miesięcy.

Jako jaskrawy przykład, jak mocno przekonane są szerokie warstwy ludu o potrzebie ciepła dla noworodka może posłużyć -- jak Fraenkel powiada — fakt, że w inteligentnej Anglii używa lud do przecięcia pępowiny jedynie ciepłych nożyczek.

Kobiety z naszego ludu, przekonane o ważności ciepła dla noworodków, kładą najchętniej swoje dzieci przez czas połogu tuż obok siebie w swojem łóżku. I rzeczywiście zauważono, że ciepłota dzieci, oddalonych od matek, szybko i gwałtownie opada. I tak opadła ona u noworodka jednodniowego przy ciepłocie otoczenia, wynoszącej 13°C, już po 10 minutach o 2°C, a po dalszych trzech godzinach opadła jeszcze bardziej. Z tego wynikałoby, że odporność na zimno jest w pierwszych dniach życia znacznie mniejszą, niż u dorosłych. — O wiele częściej znajdujemy potwierdzenie tego faktu w świecie zwierzęcym. Edwards bowiem zauważył, że szczenięta, które leżą obok swych matek, mają o 1—3°C niższą od nich ciepłotę. Podobnie ma się zachowywać ciepłota u młodych szczurów, królików, świnek morskich i innych zwierząt ssących. Młode ptaki, badane w tym kierunku, miały w pierwszych 14 dniach ciepłotę o 2—5°C niższą, aniżeli ich matki.

Podług Edwardsa podzielić można noworodki ciepłokrwistych pod względem ciepłoty ciała w ogóle na dwie gromady. Te ciepłokrwiste, które na świat przychodzą ślepe i wątłe, zachowują się wobec niskiej ciepłoty otaczającego je środowiska podobnie, jak zwierzęta zimnokrwiste. Te zaś, które z otwartemi oczami się rodzą, są bezpośrednio po przyjściu na świat samodzielniejsze. Podobnie zachowują się i ptaki. Najsilniejsze, które przychodzą na świat opierzone, nie tracą tak szybko ciepłoty, jak małe i słabe, które się rodzą nago.

Zdarza się czasem, że i ciepłokrwiste zdołają same wyrównać różnicę pomiędzy własnym ustrojem, a otaczającem środowiskiem. To dzieje się jednakowoż tylko wtedy, gdy różnica ta nie jest znaczna, a środowisko, w którem przebywają, jest dosyć ciepłe.

Człowiek zachowuje się pod tym względem po przyjściu na świat, jak ssawce, które się rodzą ślepo.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, chcę wspomnieć jeszcze o sposobie, w jaki wykonywałem pomiary ciepłoty. Sposób ten nie różnił się od tego, jakiego używali moi poprzednicy. Używałem zwykłego termometru lekarskiego, o którym się naprzód przekonałem, że jest bardzo dokładny. Każde dziecko miało przez cały czas pomiarów ten sam swój termometr. Tego samego też ciepłomierza używałem dla matki dziecka badanego. Mierzyłem zawsze ciepłotę w odbytnicy. — Jakkolwiek według zapatrywania obydwóch Ficków ma być ciepłota odbytnicy i pochwy wyższa, aniżeli ciepłota krwi w naczyniach, to jednak można ciepłotę w odbytnicy uważać za najbardziej zbliżoną do tej, jaką ma krew w naczyniach. Mierzyłem i z tego powodu w odbytnicy, gdyż uważałem ciepłotę pachy za zanadto oddaloną od rzeczywistej i bardzo podlegającą zewnętrznym wpływom, a mierzenie w jamie ustnej, któreby może było najodpowiedniejsze, okazało się zanadto niewygodne i prawie nie do przeprowadzenia.

Termometr wprowadzałem zawsze do tej samej głębokości, mianowicie po szyjkę, gdyż, jak się przekonałem, w różnej wysokości odbytnicy ciepłota jest różna. Jeszcze i z tego powodu zważałem na to, gdyż zbyt głębokie wprowadzanie ciepłomierza pobudza noworodki, jak to zresztą i u dorosłych bywa, do oddawania kału, co, jak to później zobaczymy, również nie pozostaje bez wpływu na wysokość słupka rtęci. Pilnie zapisywano także, czy dziecko bezpośrednio przed założeniem termometru lub w czasie tegoż karmiono, czy ono spało, lub też płakało. Najważniejszy nacisk kładłem jednakowoż na to, by stale o tej samej godzinie pomiary wykonywano. I tak wykonywaliśmy je cztery razy dziennie, a mianowicie około godziny 8-mej rano, $12^1/_2$ w południe, 5-tej popołudniu i $10^1/_2$ w nocy. Prócz tego mierzono jeszcze bezpośrednio po porodzie, czasem jeszcze raz przed kąpielą i zawsze po kąpieli.

Wszystkie noworodki, na których badania nasze przeprowadziliśmy, podzieliliśmy na trzy gromady, a mianowicie:

1) Noworodki, co najmniej 50 ctm. długie i ważące najmniej 3000 grm. W tej gromadzie rozróżnialiśmy jeszcze osobno a) męzkie i b) żeńskie. Zauważyć jednak muszę, żem zaliczył tu jedno dziecko o ciężarze 2950 grm. z powodu znacznej jego długości.

2) Do drugiej gromady należą noworodki o najmniejszej długości 48 ctm. i ważące co najmniej 2800 grm. Do tej znowu gromady musiałem zaliczyć dzieci 50—51 ctm. długie, jeżeli ich waga była małą.

3) Do trzeciej gromady należą noworodki, mające mniej niż 48 ctm. długości, lub też ważące mniej, niż 2800 grm.

Drugą gromadę traktowałem z tego powodu oddzielnie, gdyż uważają w niektórych okolicach dzieci tej gromady za donoszone i ponieważ, jak się to później przekonamy, dzieci takie zajmują pod wielu względami pośrednie miejsce pomiędzo obydwiema innemi gromadami.

Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy dzieci mają w łonie matki ciepłotę wyższą od matki samej, a więc czy one mają własne źródło ciepła, czy też jedynie udzielone, mierzyliśmy w pierwszym i drugim okresie porodowym także i ciepłotę matki. Tę ostatnią mierzyliśmy w pasze, gdyż uważaliśmy wprowadzanie ciała obcego, jakiem jest termometr, do pochwy lub nawet do samej macicy za sprzeczne z dzisiejszem postępowaniem przeciw- lub bezgnilnem, a wobec tego nawet za niedopuszczalne. Wprowadzanie zaś termometru do odbytnicy okazywało się częstokroć niemożliwe. Dlatego oznaczaliśmy ciepłotę pochwy polegając na badaniach Winckla, który wykazał, że stosunek ciepłoty pachy do pochwy zostaje nawet przy cięższych zasłabnięciach pochwy, lub — jak to czasem w połogu bywa — macicy, prawie zawsze stały. U 100 kobiet wykazał Winckel, że wśród równych zresztą warunków wynosi różnica ciepłoty pomiędzy pachą a pochwą 0,1°—0,4° C. na korzyść tej ostatniej.

Bezpośrednio po przyjściu noworodka na świat zawijano go w pieluszki i wprowadzano mu do kiszki stolcowej termometr. Nie u wszystkich jednakowoż mogliśmy to przeprowadzić. I tak nie można było przy tych badaniach uwzględnić niektórych noworodków, które przyszły na świat przy pomocy operacyi położniczych, podobnie jak i noworodków omdlałych, gdyż te musiano cucić. Nie zakładano wreszcie termometru bezpośrednio po porodzie, gdy matka krwawiła, lub z innych powodów źle się miała, gdyż musiałem się w tym razie nią przedewszystkiem zająć.

U tych dzieci, u których zadanie swoje przeprowadzić mogłem, zauważyłem ciepłotę noworodka wielokrotnie wyższą od ciepłoty matki, a mianowicie w gromadzie pierwszej a) 13 razy, b) 15 razy, w drugiej 7 razy, a w trzeciej 6 razy. Z góry już należało coś podobnego przypuszczać, gdyż w świecie zwierzęcym wykazali to już Baerensprung i inni. Jestem też mocno przekonany, że gdybym był mógł częściej oznaczać ciepłotę bezpośrednio po przyjściu na świat dziecka, liczby tu podane byłyby jeszcze wyższe. Ilekroć bowiem przy tem badano jak najwcześniej po porodzie, stwierdzano ciepłotę dziecka stosunkowo znaczną i prawie zawsze wyższą od ciepłoty matki. Tę zaś ostatnią otrzymywaliśmy przez dodanie do ciepłoty pachy najwyższej według Winckla różnicy t. j. 0,4° C. Mimo to otrzymywaliśmy zazwyczaj takie dane w odbytnicy dzieci, jakichby matki nie mogły mieć nie gorączkując, co w naszych przypadkach raz tylko lub najwyżej dwa razy stwierdzono.

Kilka razy stwierdziłem u noworodków ciepłotę równą matczynej, a zaledwie 9 razy we wszystkich gromadach niższą od tej ostatniej.

Jednakowoż najbardziej zajmuje nas u dziecka ciepłota wyższa. Nie będziemy też wcale uwzględniali ciepłoty równej i niższej. Jedno bowiem jedyne spostrzeżenie ciepłoty dziecka wyższej od ciepłoty matki więcej dowodzi, aniżeli kilkanaście przypadków równej lub niższej.

Okoliczność ta, że niektóre dzieci były cieplejsze od swych matek, dowodzi na pewno, że płody mają już w łonie matki ciepłotę wyższą od swych karmicielek. Źródło zaś tego musi leżeć — jak tego dowodzą doświadczenia Cohnsteina — nie gdzieindziej, jak tylko w płodzie samym. Należy to w ten sposób rozumieć, że obok ciepła, udzielonego mu przez matkę, wytwarza ustrój dziecka i własne ciepło. Baerensprung bowiem wykazał badaniami swojemi, przeprowadzonemi na brzemiennych królikach, że ciepłota macicy ciężarnej jest wyższą, aniżeli ciepłota miednicy i jamy brzusznej; podczas gdy u zwierząt nie ciężarnych stosunek ten ma się odwrotnie. Podobnie wykazał i Cohnstein, że ciepłota w kobiecej ciężarnej macicy jest wyższą, aniżeli na-

wet w pochwie. Przyczyną zaś tej różnicy, która według Schroedera wynosi 0,13°—0,19° C., nie może być nic innego, jak tylko żywy płód, wypełniający jamę macicy. Jako dowód prawdopodobieństwa tego przypuszczenia może posłużyć znowu spostrzeżenie Schroedera, który zauważył, że ciepłota ciężarnej macicy przewyższa ciepłotę pachy o 0,29° C. a co najmniej 0,1° C., podczas porodu zaś tylko o 0,383° C.

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że w zapłodnionej macicy powstają warunki, wywołujące podwyższenie jej ciepłoty. Ponieważ zaś to podwyższenie nie może pochodzić z jamy brzusznej, gdyż jej ciepłota jest niższą, możemy je więc odnieść jedynie do znajdującego się w macicy płodu, gdyż sam mięsień macicy może jedynie kurcząc się podwyższyć swą ciepłotę. Naturalnem następstwem tego wywodu musiałoby być, że w razie śmierci płodu w jamie macicy powinna być ciepłota jej równą ciepłocie pochwy lub tylko bardzo nieznacznie wyższą. I rzeczywiście wykazał Schroeder u jednej rodzącej, u której płód był 17 godzin nieżywy, ciepłotę macicy tylko o 0,02°C wyższą od ciepłoty pochwy. Nie mniej ważnem jest spostrzeżenie Fehlinga, który przy położeniach pośladkowych w przebiegu porodu wprowadzając termometr do odbytnicy płodu zauważył, że ciepłota płodu nieżywego jest niższą od ciepłoty macicy. Nadomiar wszystkiego powiodło się Schroederowi zbadać ciepłotę macicy w 3—10 minut po porodzie i wykazać, że ona jest o 0,23°C niższą od ciepłoty płodu.

Może się jednakowoż zdarzyć, że ciepłota płodu nieżywego jest wyższą od ciepłoty matki, coby pozornie przemawiać mogło przeciw naszym wywodom. Otóż zauważyć musimy, że zdarzyć sie to może tylko u płodów, które wkrótce po swojej śmierci na świat przychodzą, albowiem mogą one według prawa Newtona powoli tylko ziębnąć, gdyż różnica pomiędzy ich ciepłotą, a środowiskiem je otaczającem, jest tylko nieznaczna. Cohnstein chciał nawet okoliczność tę wyzyskać do rozpoznawania, czy macica jest zapłodnioną i czy płód żyje, lub nie.

Z naszych doświadczeń możemy na potwierdzenie powyższych wywodów przytoczyć okoliczność, że u płodów donoszonych zazwyczaj wyższą napotykaliśmy ciepłotę, aniżeli u niedonoszonych. Gdyby zaś ciepłota była płodowi tylko udzieloną, niepowinienby wiek płodu stanowić tak wybitnej różnicy.

Niektórzy autorowie usiłowali przypisać to podwyższenie znacznie wzmożonej czynności macicy podczas porodu. Dokładne badania Henniga wykazały, że ciepłota macicy podczas bólów porodowych wynosi 37,4 — 37,5° C. Ciepłota zaś dziecka bezpośrednio po porodzie jest o kilka dziesiętnych, a czasem nawet i o jeden stopień wyższa od ciepłoty odpowiedniej macicy.

Jako ostateczny dowód słuszności naszego zapatrywania może posłużyć fakt, przez innych i przez nas spostrzeżony, że w przypadkach porodów bliźniaczych jest ciepłota bliźniąt różną, coby było niemożliwe, gdyby ona była udzieloną z otoczenia. W naszych przypadkach wynosiła ta różnica 0,2° C i to raz na korzyść noworodka starszego, drugi raz znowu na korzyść młodszego. Obydwa razy były to noworodki niedonoszone. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej *(aortitis acuta et subacuta)* w następstwie chorób zakaźnych.

Podał
Prof. Dr. Antoni Gluziński.

(Ciąg dalszy).

Tak zatem w spostrzeżeniach anatomicznych, jak i doświadczalnych mamy podstawę do przyjęcia, że wśród przebiegu chorób zakaźnych wśród odpowiednich warunków, gdy istnieje *punctum minoris resistentiae* może wystąpić ostre zapalenie tętnicy głównej *(aortitis)* i to albo rozpoczynając się od błony wewnętrznej *(endoaortitis)* lub od błony zewnętrznej *(periaortitis)*. Zmiany te mogą być większego lub mniejszego natężenia — mogą ustępować bez pozostawienia zmian lub pozostawić zmiany stałe, dające powód do następnych zmian odżywczych, zmiejszających sprężystość naczyń, a więc warunku tak niezbędnego, w myśl zapatrywań Thomy, do powstawania spraw miażdżycowych. Dziś też chyba nikt nie wątpi, że w rzędzie przyczyn, wywołujących miażdżycę tętnic, a zwłaszcza tęt. głównej, choroby zakaźne, zwłaszcza u osobników, obciążonych dziedzicznie w tym kierunku, grają rolę. Rozjaśnienie tej sprawy było konieczne, by pojąć, skąd się biorą ograniczone przewlekłe sprawy w tętnicy głównej w wieku bardzo młodym, ba nawet dziecięcym. Jakkolwiek przywykliśmy do pojęcia, że zmiany miażdżycowe, to zmiany odżywcze, degeneracyjne, właściwe późniejszemu wiekowi, jakkolwiek fakt to nieulegający żadnemu zaprzeczeniu, to jednak nie brakuje nam wprost odwrotnych spostrzeżeń.

Odnośnie do zmian miażdżycowych, ograniczonych li tylko do tętnicy głównej wstępującej *(aorta ascendens)*, o które głównie nam chodzi, jakkolwiek Curschmann[1]) wypowiada zdanie następujące „ganz wie bei diffuser Arteriosclerose gehört die Mehrzahl der fraglichen Kranken den späteren Lebensjahren und weit überragend dem männlichen Geschlecht an“, to sam Curschmann jednak wspomina, że widział miażdżycę aorty wstępującej 6 razy u robotników poniżej 25 lat liczących, wspomina o chłopcu 19-letnim, który zginął z powodu posocznicy, a u którego „die Aorta zeigte unmittelbar über ihrer Ursprungstelle eine Anzahl erhabener weisser Flecke und netzförmiger zackiger Zeichnungen. Besonders stark und schon geschwürig waren dieselben um die Ausmündungsstellen der Coronargefässe herum“. Wspomina o dziewczynie 18-letniej, dotkniętej tętniakiem tętnicy głównej w części piersiowej, dla którego powstania innej przyczyny nie było, jak płonica, przebyta przed 3 laty.

His[2]) opisuje przypadek, dotyczący chłopca 19-letniego, który zginął z powodu długotrwałej posocznicy po rzeżączce cewki moczowej, a u którego obok *endocarditis aortica* znachodził się „partielles umschriebenes Aneurysma im Anfangstheil der Aorta mit ausgiebigen Auflagerungen“. A jakkolwiek podobnych przypadków nagromadzićby można daleko

[1]) Die Sclerose der Brustaorta und einige ihrer Folgezustände. Arbeiten aus der med. Klinik zu Leipzig, 1894, str. 248.

[2]) Arbeiten aus der med. Klinik zu Leipzig. 1893, str. 817. Über Herzkrankheiten bei Gonorrhoe.

więcej, to ograniczę się do przytoczenia jeszcze jednego tylko przypadku, ogłoszonego przez Martina[3]), który dotyczy chłopca, liczącego 9 lat i 3 miesiące, zmarłego z powodu błonicy, a u którego przy sekcyi, jak się Martin wyraża „nous trouvons deux plaques atheromateuses situées à la naissance de l'aorte au-dessus des valvules sigmoides. Quelques plaques plus petites s'observent aussi au niveau de la crosse de cette artère. Tous les autres vaisseaux sont sains“.

Wszystkie te przypadki, jak widzimy, odnosiły się do ludzi młodych poniżej 20 lat wieku, odnosiły się przeważnie do osobników, które zginęły wśród długotrwałych chorób zakaźnych lub po ich przebyciu.

Żałować jednak należy, że przypadki te nie były dostatecznie anatomicznie badane, że więc niema niezbitego dowodu w obrazie drobnowidowym dla potwierdzenia lub zbicia zasadniczej myśli, że punktem wyjścia spraw, stwierdzonych na błonie wewnętrznej aorty, była sprawa zapalna, wywołana zakażeniem lub zatruciem (intoksykacyą toksynami) i jedynie tylko Martin[4]) wypowiada stanowcze zdanie podnosząc, że właśnie u wspomnianego dziesięcioletniego chłopca, w miejscach, odpowiadających zmianom miażdżycowym na błonie wewnętrznej, znalazł „endovascularite proliferante“ naczyń błony zewnętrznej aorty *(vasa vasorum)*, które dopiero następczo wywołały zmiany na błonie wewnętrznej. Sądzę, że ta droga, może nie jedyna, droga przyjęcia pierwotnych spraw zapalnych w tętnicy głównej wśród spraw zakaźnych, jako podstawy do rozwoju następowych spraw miażdżycowych, jest daleko prawdziwszą, niż przyjmowanie, że sama utrata sprężystości ściany naczynia, wytworzona wskutek zakażenia, jest wystarczającym powodem.

Właśnie dokładne badania anatomiczne przypadków, w młodym wieku przedstawiających zmianę miażdżycową, które sprowadziły śmierć albo po dłuższej chorobie zakaźnej lub wkrótce po jej przebyciu, muszą sprawę rozjaśnić; badanie przypadków w późniejszym wieku i jak zwykle, już po szeregu lat od przebytego zakażenia, chyba o patogenezie cierpienia świadczyć nie może. Przypadki jednak pierwszego rodzaju będą rzadkie. Zakażenie, przebyte w 20 roku życia, choćby wywołało zmianę zapalną w tętnicy głównej, może minąć i to należy chyba do nieporównanie częstszych przypadków: chory wraca do zdrowia, pozostaje jednak już podstawa w tym ustroju do powstawania w tętnicy głównej wcześniejszej sprawy miażdżycowej, której obraz wcześniej lub później się rozwija, a gdy po dłuższem lub krótszem życiu, wśród którego tyle innych czynników działało, nastąpi śmierć z jakiegoś powodu, znajduje się na stole sekcyjnym miażdżycę tętnic, i wtedy nikt nie znajdzie śladów przed laty przebytej sprawy zapalnej, która może dała pierwszy popęd do rozwoju zmiany miażdżycowej.

Wyraziłem się powyżej, że klinika powinna tu przyjść z pomocą, klinika powinna zdobyć podstawy do rozpoznania powstających zmian tętnicy głównej t. j. do poznawania symptomatologii „*aortitis*“, występującej wśród przebiegu chorób zakaźnych lub w najkrótszym czasie po ich ukończeniu, aby przez dalsze spostrzeganie tych osobników, wyrobić sobie pojęcie o dalszym ich losie. Chodzić tu powinno, w myśl poruszonego zapatrywania, przeważnie o ludzi młodych, na nich bowiem może być spostrzeżenie możliwie najczystsze.

Czy znamy zatem objawy, pozwalające rozpoznać ostrą, względnie podostrą, „*aortitis*“? Przytoczyłem wyżej zaprzeczające temu zdanie Schröttera[5]), zdanie, z którem, na podstawie własnego doświadczenia klinicznego, zgodzić się nie mogę. Huchard[6]), któremu zawdzięczamy klasyczny opis objawów klinicznych „*aortitis*“ dzieli je na 5 gromad zależnych:

1) Od ostrego rozszerzenia tętnicy głównej wstępującej i łuku (*ectasia aortae ascendentis et arcus aortae*), a klinicznie objawiającego się właściwem przytłumieniem na mostku zwłaszcza ku stronie prawej i wyższem ustawieniem tętnic podobojczykowych *(art. subclaviae)* zwłaszcza po stronie prawej.

2. Od zmian na błonie wewnętrznej tętnicy głównej (symptomes de l'endoaortite). Tu należą dusznica bolesna *(angina pectoris)*, jeżeli zmiany anatomiczne usadawiają się koło tętnic wieńcowych, bóle newralgiczne; tony nad tętnicą główną albo stają się nieczyste, głuche, lub też z początku silne; innym razem występuje szmer skurczowy, lub rozkurczowy, lub też obydwa równocześnie. Z biegiem czasu wytwarza się przerost komory lewej serca.

3) Od zwężenia lub nawet zamknięcia ujść odchodzących naczyń; stąd nierówność tętna (gdy ujście jednej n. p. tętnicy podobojczykowej lub dogłowowej jest zwężone), bladość twarzy.

4) Od szerzenia się sprawy na błonę zewnętrzną tętnicy głównej i sąsiednie narządy, (symptomes dus à la péri-aortite); tu należą: stały ból i uczucie ciśnienia pod mostkiem, zależne od rozszerzenia się sprawy na osierdzie (tarcie osierdziowe na podstawie serca) i na zwoje nerwowe.

5) Objawy ze strony narządu oddechowego, jak duszność zwłaszcza przy wykonywaniu ruchów (dyspnée d'effort), objawy zawału krwawego *(infarctus pulmonum)*, wysięk opłucnowy *(pleuritis exsudativa)*.

Objawy te naturalnie nie wszystkie muszą występować równocześnie; im wybitniejszy przypadek, tem ich więcej, mogą jednak zdarzać się przypadki, gdzie wystąpi tylko jeden lub dwa objawy, n. p. szmer skurczowy nad tętnicą główną lub powiększenie stłumienia nad mostkiem obok „dyspnée d'effort“ i t d.

Słusznie w krytyce objawów tych podnosi Schrötter[7]), że są to właściwie objawy, które odpowiadają sprawie miażdżycowej tętnicy głównej wstępującej, że nie posiadają one w sobie nic znamiennego dla sprawy zapalnej tętnicy głównej *(aortitis)*; to samo wypowiada Pawiński[8]), a ze zdaniem tem trzebaby się właściwie zgodzić, jeżeli się nie uwzględni okoliczności, wśród jakich stwierdza się te objawy.

Stwierdziwszy je u człowieka, zwłaszcza mężczyzny starszego, przez myśl nikomu nie przejdzie, by odnosić je do sprawy zapalnej; „miażdżyca tętnicy głównej“ brzmieć będzie rozpoznanie i zupełnie słusznie. Inna rzecz jednak, jeżeli objawy te wystąpią u ludzi młodych i bardzo młodych, wśród przebiegu lub w krótkim czasie po przejściu choroby

[3]) Recherches sur la pathogenie des lesions athcromateuses des arteres. Revue de med. 1881, str. 31.

[4]) l. c.

[5]) l. c.

[6]) Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux.

[7]) l. c.

[8]) O tak zwanem ostrem i ostrawem zapaleniu aorty. Gazeta lekarska 1892, str. 976.

zakaźnej, jeżeli objawy te raz powoli ustępują, innym razem pozostają, bo sprawa przechodzi w stan przewlekły.

Tu trudno chyba mówić o ostrem powstaniu miażdżycy, tu wszystko przemawia za tem, że choroba zakaźna wywołała ostrą sprawę zapalną, która albo ustąpiła klinicznie, bo objawy jej znikły, lub też przeszła w przewlekłą, która naturalnie w dalszym przebiegu bardzo ułatwić może wczesny, nawet bardzo wczesny, rozwój zmiany miażdżycowej.

Przeglądając jedną z najdawniejszych w tym kierunku pracę Brouardela[5]) znajdujemy opis występowania pewnych cech klinicznych wśród przebiegu ospy, mogących świadczyć za występowaniem ostrej sprawy w tętnicy głównej. Brouardel zwraca szczególnie uwagę na występowanie skurczowego szmeru nad aortą w czasie występowania wysypki, który wzmaga się i staje się najwyraźniejszy w okresie ropienia; w 4—6 tygodni sprawa klinicznie zupełnie ustępuje, lecz czy również anatomicznie, to inne pytanie; prawdopodobnie rzecz się ma odwrotnie. „Je dois ajouter", mówi Brouardel, „que depuis que je recherche ces consequences possibles d'une variole antérieure, j'ai été frapeé de la frequence des maladies du coeur et surtout de la dégénerescence prematurée des artères chez des malades precedement affectes de variole grave" [1]). Potain[2]) mówiąc o zmianach zapalnych w naczyniach podczas przebiegu duru brzusznego opisuje przypadek, dotyczący mężczyzny 29-letniego, u którego w kilkanaście dni po zachorowaniu na dur brzuszny powiększyło się stłumienie serca, również wystąpiło nad mostkiem wyraźne stłumienie, pochodzące od rozszerzenia tętnicy głównej, sięgające 2 ctm. poza prawy brzeg mostka. Tętnica podobojczykowa prawa sięgała $1^1/_2$ ctm. ponad obojczyk, a drugi ton nad aortą stał się „dur et parcheminé". W 22 dniu występuje szmer skurczowy i rozkurczowy nad tętnicą główną; w 27 dniu objawy zaczynają ustępować; w 33 dniu drugi ton nad aortą już prawidłowy; koło 40 dnia znika i skurczowy szmer, a po 2 miesiącach wszystkie objawy kliniczne ustępują. W pracy tej Potain wspomina równocześnie, że nie zawsze sprawa tak szczęśliwie przebiega; pozostają bowiem nieraz stałe zmiany. Freysinger[3]) opisuje znów przypadek, dotyczący 20-letniego chłopca, który, przebywszy ostrą kilkodniową grypę (influenzę), w 13 dniu od zachorowania po wykonaniu nużącego marszu na polowaniu dostał napadu duszności, bólu pod mostkiem; występuje stan gorączkowy do 39·4°C, a nad tętnicą główną zjawia się skurczowy i rozkurczowy szmer, tarcie osierdziowe. Chory wychodzi o tyle ze sprawy cało, że stan gorączkowy mija, ustępuje szmer skurczowy, mający swe źródło w ostrej zmianie w ścianach tętnicy głównej; pozostaje stale szmer rozkurczowy i wytwarza się stała zmiana w postaci niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

Niemam zamiaru zbierania wszystkich przypadków, mogących się odnosić do poruszonej sprawy; przytoczyłem je, bo mogą one świadczyć, że i klinika w tej sprawie musi mieć swój głos, są to bowiem przecież spostrzeżenia zupełnie wiarogodne, dowodzące nie tylko, że wśród przebiegu chorób zakaźnych występują zmiany, ale, że je można rozpoznać.

Przedmiotowi temu i klinicznemu spostrzeganiu w tym kierunku poświęciłem baczniejszą uwagę i w krótkim stosunkowo czasie zebrałem szereg przypadków, świadczących dowodnie, że wśród przebiegu ostrych zakaźnych chorób, lub w pewien czas po ich przebyciu, można stwierdzić u ludzi bardzo młodych (umyślnie zebrałem takie przypadki) szereg klinicznych objawów, które świadczą, że w związku z chorobą zakaźną powstała ostra sprawa w ścianach tętnicy głównej, która albo ustępuje, albo daje powód do sprawy przewlekłej.

I. T. S. lat 20, pochodzi z rodziny, w której miażdżyca tętnic jest chorobą, prawie nazwać można, dziedziczną. — Badany przezemnie kilkakrotnie poprzednio co do serca, zawsze z wynikiem ujemnym, zapada na grypę z c. do 39° C., trzy dni trwającą. Po dwóch dniach bezgorączkowych wstaje i uważając się za zdrowego, idzie na ślizgawkę. Nocy następnej napad szalonej duszności i bóle pod mostkiem, skłonność do omdlewań.

Twarz blada, tętno drobne, miękkie, 120 uderzeń na minutę, stan bezgorączkowy, nad sercem tony głuche, rozmiar poprzeczny stłumienia sercowego lekko powiększony. Stan taki z napadowemi dusznościami i osłabieniami, z tętnem nieraz ledwo policzalnem, zwłaszcza przy ruchach tak, że pacyent dobrowolnie unikał wszelkich ruchów, trwał z mniejszem lub większem natężeniem przez 3 miesiące. Wśród tego czasu zmiany w narządzie krążenia chronologicznie tak się rozwijały. Dziesiątego dnia choroby dał się stwierdzić skurczowy szmer, najwyraźniejszy nad mostkiem, koło 20 dnia stłumienie na mostku, wyraźne zwłaszcza ku stronie prawej, rozmiary serca nieco ku stronie prawej zwiększone, uderzenie koniuszkowe schodzące się ze stłumieniem serca. Tętnice na szyi, zwłaszcza po stronie prawej, wyraźnie tętnią. Te objawy fizykalne ze strony serca trwały około 3 miesięcy, potem zaczęły słabnąć, słabły też i inne objawy, jak napady duszności, ból pod mostkiem; tętno się poprawiło tak, że chory w 4 miesiące już mógł opuszczać łóżko przy unikaniu przez dłuższy czas jeszcze wszelkich wysiłków fizycznych, które sprawiały zaraz duszność i osłabienie, a po 5 miesiącach był zupełnym ozdrowieńcem, bez możności wykazania jakichkolwiek zmian.

Nim przystąpię do rozbioru klinicznego tego przypadku, niech mi będzie wolno przytoczyć przypadek następny, by je razem omówić.

II. Bolesław W., lat 22, młodzieniec silnie zbudowany, o wykształconym układzie mięśniowym, a wązkich naczyniach obwodowych. W 15 roku życia po silnem natężeniu fizycznem (podnoszenie ciężarów, zamiłowany gimnastyk) nagłe objawy przesilenia serca, które go zmuszają do leżenia w łóżku przez dwa tygodnie. W 22 r. życia silny ból gardła z wysoką ciepłotą; powstaje ropień pozamigdałkowy lewostronny *(abscessus retrotonsillaris)*; przecięcie; ciepłota do 39·6° C. trwa dalej, wytwarza się naciek zapalny na szyi pod kątem szczęki dolnej lewej, występują dreszczyki, żółtaczka, zwiększa się śledziona, zjawia się białko w moczu. Nacięcie i wyłuszczenie zropiałych gruczołów. Ciepłota po operacyi obniżyła się, trwała jednak nieregularnie dalej przez 8 tygodni pośród objawów ciężkiego schorzenia, przelotnego zajęcia stawów etc. *(pyaemia)*. Dominującym objawem przez cały ten czas było osłabienie czynności serca, tętno b. przyspieszone (130), miękkie, małe, które to objawy potęgowały się przy ruchach chorego; występowała wtedy duszność, bladość twarzy, a sinica na wargach. Chory ustawicznie skarży się na ból pod mostkiem, wzmagający się przy ucisku. W kilka dni po operacyi obok powiększonych rozmiarów serca stwierdzić można przytłumienie na mostku, sięgające zwłaszcza ku stronie prawej, a nad miejscem osłuchiwania tętnicy głównej szmer skurczowy najwyraźniejszy nad rękojeścią mostka. Po dwóch miesiącach stan bezgorączkowy, długiego jednak czasu trzeba było, nim czynność serca wróciła do stanu więcej prawidłowego. Po 4 miesiącach rozmiary serca prawie prawidłowe, przytłumienie nad mostkiem utrzymuje się, tony serca w spokoju czyste, po ruchu jednak występuje lekki skurczowy szmer nad rękojeścią mostka. Tętno 90, tętnice obwodowe wy-

---

[9]) Etudes sur la variole. Lesions vasculaires (coeur et aorte). Arch. gén. de méd. 1874, T. II. str. 641.

[10]) Curschmann nie zgadza się z tem zapatrywaniem, l. c.

[11]) Complications aortiques et cardiaques de la fievre typhoide. Mercredi méd. 1890, str. 481.

[12]) Sur l'aortite aiguë d'origine gripale. Gaz. méd. de Paris 1892.

raźnie tętnią; tętnica dogłowowa prawa i podobojczykowa prawa wyraźniej, niż lewa, a przy prześwietleniu promieniami Röntgena widać po obydwóch stronach mostka tętnicę główną wstępującą, rozszerzoną, tętniącą.

Oto dwa przypadki, odnoszące się do ludzi zupełnie młodych, bo 20 i 22 lat liczących, u których tuż po, lub wśród przebiegu choroby zakaźnej wystąpił ostro szereg objawów ze strony narządu krążenia, nie dających odnieść się do innej przyczyny, jak do ostro powstałej zmiany w tętnicy głównej wstępującej.

Objawy w obydwóch przypadkach były prawie wspólne:

1) Ból pod mostkiem.

2) Duszność napadowa i przy każdym wysiłku.

3) Znaczne przyspieszenie tętna *(tachycardia)*.

4) Rozszerzenie tętnicy wstępującej; bardzo widoczne w II. przypadku przy oświetleniu promieniami Röntgena, a fizykalnie zaznaczające się w obydwóch wyraźnem przytłumieniem, sięgającem 2—3 ctm. poza prawy brzeg mostka.

5) Wystąpienie skurczowego szmeru, najwyraźniejszego nad rękojeścią mostka, który to szmer źródło swoje mógł mieć tylko w zmianach w ścianie tętnicy głównej, bo objawów zwężenia ujścia tętnicy nie było wcale, a nadto można było stwierdzić i następstwo tej zmiany w ścianie tętnicy, t. j. rozszerzenie tętnicy głównej wstępującej *(ectasia aortae ascend.)*.

Ostra ta zmiana nosiła na sobie wszystkie cechy sprawy zapalnej, za czem przemawia: a) ostre rozwijanie się sprawy; b) ból towarzyszący; c) wystąpienie tarcia osierdziowego w I. przypadku nad podstawą serca; d) ustąpienie objawów w przypadku I., złagodzenie ich w przypadku II. (Dok. nast.)

III. O wstrząśnieniu błędnika usznego *(Commotio labyrinthi)*.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników pol.)

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

W miejscu krzyżowania się odnóg mózgowia, t. j. w okolicy wzgórka czworaczego, jądra n. słuchowego są w związku z jądrami nn. okoruchowego i troistego. Gdy gałęzie przedsionkowa i ślimakowa n. słuchowego stoją w ścisłym związku z drogami przewodzącemi nn. ocznych, mogą one też drogą odruchową wywołać zboczenia w ruchach mm. ocznych. Nerw przedsionkowy przedstawia drogę dośrodkową ośrodka kojarzniczego (koordynacyjnego), którego drogami ruchowemi odśrodkowemi są nerwy mm. ocznych. Że n. przedsionkowy wywiera wpływ na ruchowy ośrodek kojarzniczy mm. ocznych i że przez drażnienie tego nerwu lub jego zakończeń nerwowych w bańkach i przewodach półkolistych można wywołać zaburzenia ruchowe w zakresie nn. okoruchowego, odwodzącego i bloczkowego, które się wyrażają drżeniem gałek, porażeniem mm. ocznych i zboczeniami w oddziaływaniu źrenicy, udowodnione zostało przez liczne doświadczenia fizyologiczne nad zaburzeniami równowagi wskutek uszkodzenia błędnika. Tem tłómaczą się też klinicznie spostrzegane nieprawidłowości w ruchach ócz przy zajęciu chorobowem błędnika i brak tego odruchowego drżenia ocznego przy zniszczonym albo porażonym przyrządzie łukowatym. Co do n. ślimakowego, to badania Helda wykazały istnienie łuku odruchowego, przez który bodźce słuchowe mogą się przenosić na przyrząd ruchowy oka i to w ten sposób, że na odruchowym torze wspólnym dla n. słuchowego i n. wzrokowego, wychodzącym z przedniego wzgórka czworaczego, wrażenia słuchowe mogą się udzielić nerwom okoruchowemu, odwodzącemu i bloczkowemu. Do tego samego łuku odruchowego należą jeszcze inne tory, przenoszące bodźce słuchowe na jądra n. twarzowego i na *formatio reticularis*, skąd mogą się dalej udzielić ośrodkom dla ruchów oddechowych, dla unerwienia naczyń i t. d. Rozszerzenie się podrażnienia, wywołanego wstrząśnieniem, na inne sąsiednie nerwy mózgowe, może sprowadzić skurcz mięśni, zaopatrzonych przez n. twarzowy i spowodować ślinotok, rwę zębów, omdlenie itp.

Nudności, wymioty i inne podobne zaburzenia, towarzyszące tak często objawom zawrotu, pochodzą z podrażnienia odruchowego n. błędnego, wychodzącego z jądra n. słuchowego. Bliżej rozwodzić się nad fizyologią błędnika uważam tu za zbyteczne.

Za pomocą przytoczonych faktów jesteśmy w stanie wytłómaczyć i pogodzić z sobą przeważną część spostrzeżeń klinicznych. Wobec braku innych objawów ze strony móżdżku, jesteśmy zupełnie uprawnieni odnieść przytoczone objawy do zboczeń li tylko w błędniku, podobnie jak objawy, wywołane doświadczeniami przez wyłączne drażnienie samego błędnika, z wykluczeniem móżdżku.

Tyle co do umiejscowienia zmian, wywołujących wymienione przypady błędnikowe. Co zaś się tyczy przyrody tych zmian i spraw, zachodzących w następstwie urazu błędnika wogóle, to można odróżnić cały szereg uszkodzeń, wszystkie stopnie zaburzeń w krążeniu, jak przekrwienie, wynaczynienie, zapalenie, wysięki, uorganizowanie wypociny, bujanie łącznotkankowe, dalej przeobrażenia wsteczne, zwyrodnienia, skostnienie, zwapnienie, zanik i t. p. Z drugiej strony musimy dość często w braku wszelkich zmian organicznych przyjąć zaburzenia czysto czynnościowe, jako czynnik patogenetyczny i podkład dla objawów klinicznych. Chcąc się zajmować wyłącznie wstrząśnieniem błędnika *sensu strictiori*, musimy z zasady wykluczyć wszystkie przypadki, w których badania i przebieg wykazują, albo każą przypuścić, zmiany anatomiczne, przez uraz wywołane. a powinniśmy uwzględnić tylko takie przypadki, w których badanie pośmiertne żadnych zmian nie wykazało, albo wykluczyć je można na podstawie spostrzegania klinicznego. Tu może chodzić tylko o zmiany czynnościowe, które albo prędko przemijają, albo też mogą pociągać za sobą trwałe anatomiczne następstwa. Otóż zaburzenia czynnościowe wogóle jeszcze nie są całkowicie wyjaśnione, a należą raczej do najtrudniejszych i najwięcej zagadkowych zagadnień nauki lekarskiej.

Dzisiejsze sposoby badania układu nerwowego nie pozwalają nam stwierdzić zmian patologicznych w komórkach nerwowych osób, dotkniętych t. zw. nerwicami czynnościowemi. Jednakże te niewielkie zdobycze lat ostatnich, dzięki którym udało nam się dokładniej poznać budowę komórki nerwowej i przekonać się o zmianach, jakie w niej zachodzą pod wpływem zatrucia, zmęczenia i innych czynników, pozwalają na przypuszczenie, że z udoskonaleniem metod naukowego badania będziemy z czasem w stanie wykryć zmiany w nerwicach czynnościowych (Stróżewski)

Sprawa powstawania t. zw. objawów błędnikowych,

mianowicie łańcuch przyczynowy, łączący przyczynę i skutek, pozostawia jeszcze, mimo wszystkich teoryj, dużo do życzenia. Dla patogenezy t. zw. *commotio labyrinthi* podano najróżnorodniejsze tłómaczenia. Wszelako większość ich dotąd nie wyszła poza granice mniej lub więcej pomysłowych przypuszczeń, j. np. zmiany wydzielnicze i w krążeniu, zaburzenia ciśnienia w ślimaku i w przewodach półkolistych, albo też zaburzenia spraw chemicznych, toczących się, według Marinesco, w chromofilnych pierwiastkach komórki nerwowej i stanowiących źródło mechanicznej energii. Zdarza się, że nie można też wykluczyć nieznacznych wybroczyn w błędniku, które potem zupełnie się wsysają tak, że nie zostaje po nich śladu. Stosownie do rodzaju urazu, do ogólnego stanu uszkodzonego, a szczególnie stanu narządu usznego w chwili urazu i do przebiegu klinicznego, przyjęto różne zmiany, wywołane bezpośrednio przez uraz. I tak w przypadkach z dawną chorobą uszną objawy wstrząśnienia, sprowadzone przez uraz, łatwo tłómaczyć się dają przez zaburzenia stosunków ciśnienia w błędniku.

Błędnik kostny obejmuje dwie przestrzenie: przestrzeń „okołolimfatyczną“ i „śródlimfatyczną“. Ostatnia znajduje się wśród pierwszej i jest od niej oddzieloną przez błędnik błoniasty. Obie przestrzenie wypełnione są płynem: „perilimfą“, względnie „endolimfą“ i każda z nich ma osobny przewód odwodzący: wodociąg przedsionkowy i ślimakowy (*aquaeductus vestibuli* i *aquaed. cochleae)*, które pośredniczą w połączeniu z jamą czaszkową, a mianowicie z jamą podpajęczą. W przestrzeni wewnętrznej mieszczą się zakończenia n. słuchowego, otoczone „endolimfą“. Wspólna zasada mechaniczna dla czynności narządu słuchowego i statycznego polega widocznie na tem, że ich zakończenia nerwowe zostają przez poruszenie otaczającego tego płynu wprawione w drganie i tem samem pobudzone. Przestrzeń zewnętrzna, okołolimfatyczna, jest w połączeniu z jamą bębenkową przez okienko owalne i okrągłe. Otóż każde poruszenie płytki nożnej strzemiączkowej w okienku owalnem przenosi się przez fale głosowe drogą tego okienka i perilimfy przez błonę przedsionkową *(membrana vestibularis)* na endolimfę przewodu ślimakowego i przedsionka. Drganie takie endolimfy powoduje pobudzenie n. słuchowego przez narząd Cortiego, a nerwu równowagi za pomocą ruchów piasku usznego (otolitów). Przy zbyt silnych poruszeniach płyn w obłędniku może uchodzić przez wodociągi i przez wypuklenie błony okrągłej w okienku okrągłem. Również mięsień strzemiączkowy może przez skurcz fizyologiczny uniemożliwić zbyt silny ucisk strzemiączka na endolimfę. Podług Politzera mięsień ten jest antagonistą m. naprężacza błony bęb., gdyż on zwalnia napięcie *(entspannt)* tej błony i zmniejsza przeto parcie błędnikowe. Zdaniem Lucaego jest on mięśniem przystosowującym (akomodacyjnym) błony bęb. dla najwyższych tonów i według Schwartzego tworzy najwybitniejszy przyrząd ochronny przed silnem zadziałaniem głosowem na ucho, a niedowład jego przy porażeniu n. twarzowego sprowadza zbytnią wrażliwość na silne dźwięki.

Istnieje zatem przyrząd ochronny dla zapobiegania zbyt silnemu uciskowi i podrażnieniu nerwów usznych, składający się w przestrzeni endolimfatycznej z *ductus endolymphaticus* w wodociągu przedsionkowym, a dla przestrzeni okolimfatycznej z wodociągu ślimaka albo *ductus perilymphaticus*, okienka okrągłego i mięśnia strzemiączkowego. Otóż w przypadkach, w których jeden albo drugi z tych do utrzymania stałej równowagi w błędniku przeznaczonych przyrządów jest nadwerężony, każdy silniejszy bodziec wywołać musi zbyt silne podrażnienie nerwów błędnikowych i w następstwie tegoż zawrót głowy, upośledzenie słuchu, objawy błędnikowe, względnie objawy t. zw. Menierowskie. To samo nastąpić może także w zdrowym zresztą narządzie słuchowym przez zbyt silne i nagłe poruszenie płynu błędnikowego, które ze względu na nadzwyczaj ciasne światło dróg odwodzących nie może być dość rychło wyrównanem przez wypuklenie błony okrągłej, odpłynięcie płynu do jamy czaszkowej i skurcz m. strzemiączkowego. W ten sposób tłómaczy się powstanie wstrząśnienia błędnika w pewnym szeregu przypadków przez przyczyny, sprowadzające zwiększenie parcia śródbłędnikowego, szczególnie u chorych na uszy. Przypuszczenie, jakoby część płynu błędnikowego, wyparta ku przestworowi podpajęczemu, wywoływała tam większe parcie śródczaszkowe i w następstwie tego objawy zawrotowe (Gruber), nie może się utrzymać, jeżeli się uwzględni, że przez tak ciasne wodociągi chyba bardzo mała ilość płynu mogłaby się dostać do jamy czaszkowej, znajdującej się pod wysokiem parciem. Żeby zaś powiększenie znacznej wogóle ilości płynu mózgordzeniowego o kilka kropli mogło sprowadzić tak wybitne zaburzenia równowagi, zdaje się być bardzo nieprawdopodobnem.

Politzer odnosi objawy wstrząśnienia błędnika w większej części przypadków do nagłych zmian w ułożeniu końcowego przyrządu nerwowego, powstałych wskutek nadmiernego wstrząśnienia cieczy błędnikowej, z następowem jego porażeniem albo nieprawidłowym stanem jego pobudliwości. I tak tłómaczy Politzer przypadek Alta, w którym po urazie wystąpiło fałszywe słyszenie tonów, tem, że w przypadku tym nie powstały jakieś wykazalne zmiany, lecz że wytworzył się wywołany przez wstrząs rozstrój końcowego przyrządu słuchowego.

Schwartze przypuszcza, że w tych razach chodzi o zmiany drobinowe (molekularne) postaciowych pierwocin składników nerwowych albo o bierne przekrwienie w błędniku, powstałe wskutek przelotniego porażenia nerwów naczynioruchowych, tak wrażliwych na wpływy urazowe, i powiada dalej: „Jakiego rodzaju zmiany anatomiczne w błędniku tu zachodzą, niewiadomo; że grają tu rolę włosowate wynaczynienia w błoniastym błędniku i ich następstwa, to tylko przypuszczenie“.

Niektórzy badacze przyjmują dla wyjaśnienia sposobu powstania zaburzeń czynnościowych wogóle zmianę chemizmu w substancyi nerwowej.

Verdos (Barcelona) miał sposobność zbadać uszkodzonych przy głośnym zamachu dynamitowym, dokonanym przez anarchistów w teatrze Lyceum w Barcelonie r. 1893. U niektórych poszkodowanych znalazł on wyłącznie objawy błędnikowe, szum i zawrót głowy, z przebiegiem przeważnie ciężkim. Gdy ani środki przeciwzapalne, ani odwodzące, ani przetwory bromowe i amylnitrit nie przyniosły żadnego skutku, wyklucza Verdos w tej gromadzie przypadków przekrwienie błędnika, które przyjmuje za przyczynę przypadłości u innych uszkodzonych, i tłómaczy ten obraz chorobowy wzmożonem podrażnieniem nerwów błędnikowych. Przy tem zaznacza Verdos, że zboczenia, wywołane przez te wybuchy dynamitowe, różnią się znacznie od zboczeń, powstałych

wskutek innego rodzaju wybuchów, mimo podobieństwa przyczyny. Może powodem różnicy jest okoliczność, że detonacya z armat odbywa się na wolnem powietrzu, podczas gdy w przypadku Verdosa wybuch nastąpił w zamkniętej przestrzeni i to w gmachu, budowanym umyślnie z uwzględnienieniem dobrego przewodzenia fal głosowych, i podczas opery, której poszkodowani przysłuchiwali się właśnie w chwili wypadku ze szczególną uwagą. Zjawisko dezoryentacyi (utrata zdolności oryentacyjnej), spostrzeżone w innej gromadzie przypadków przy tej samej sposobności, tłómaczy Verdos upośledzeniem sprawności włókien nerwowych słuchowych, po części przez wstrząs ośrodków oryentacyjnych w mózgu.

W innych przypadkach przyjmowano za wewnętrzną przyczynę tych objawów zaburzenia krążenia, zboczenia naczynioruchowe albo nerwicę naczynioruchową naczyń błędnikowych (Brunnerii).

Friedman uważa za przyczynę objawów Menierowskich, pojawiających się po urazie, osłabienie ośrodka naczynioruchowego, pociągające za sobą częste przekrwienia błędnika, wywołujące bezpośrednio napady Ménierea. Zdaniem innych (Gruber) zaburzenia wydzielnicze lub sprawy wypocinowe w błędniku mogą być skutkiem urazu i przyczyną wewnętrzną cierpienia. Przyczyny zboczeń czynnościowych nerwowego narządu słuchowego po urazie szukano dalej w zboczeniach napięcia w zakresie błoniastej blaszki krętej (*lamina spiralis membranacea)*, w delikatnych zaburzeniach narządu Cortiego, w zmianach konsystencyi i ułożenia błony Cortiego, w nieprawidłowej jakości fizykalnej i chemicznej płynów błędnikowych, przedewszystkiem endolimfy, i w formacyi osklepka lejka ślimakowego *(Cupula)*.

Gradenigo rozróżnia 3 rodzaje zaburzenia równowagi narządu błędnikowego: 1) powstałe przez przyczyny zewnętrzne, n. p. przy przestrzykiwaniu ucha, odnosi do stanu podniecenia błędnika, powstającego wskutek nagłego powiększenia parcia błędnikowego, albo drogą odruchową; 2) samoistny ciągły zawrót głowy, zależący od zmian anatomicznych w przewodach półkolistych; 3) zawroty napadowe i chorobę Menierea, stojące w związku z chorobami ucha środkowego, które utrzymują lekkie, ale stałe podrażnienie w bańkach przewodów półkolistych, przejawiające się w różnych odstępach czasu napadami zawrotu głowy i szumu w uszach. Zaburzenia pourazowe, o ile nie polegają na zmianach anatomicznych, odnosi Gradenigo do zmian odżywczych, w unerwieniu, w krążeniu, zaburzenia zaś, pojawiające się po nagłem zadziałaniu głosowem, tłómaczy podobnie do zaburzeń wzroku, występujących po zadziałaniu zbyt silnego bodźca, zbyt rażącego światła na siatkówkę i n. wzrokowy. Przy oślepieniu przez olśnienie różne zmiany i sprawy chemicznej i mechanicznej przyrody, które zwykle przy widzeniu odbywają się w komórkach wzrokowych, przebiegają nieprawidłowo z nadmiernem nasileniem. Przy oślepieniu przez rażenie błyskawicą, przez bezpośrednie światło słoneczne, jak również przy urazowem wstrząśnieniu siatkówki, badanie wziernikowe zaraz po zdarzeniu nie wykazuje żadnych zmian w wejrzeniu dna oka. Podobne niewykazalne zmiany chemiczno-fizykalne zachodzą według Gradeniga w słuchowym narządzie nerwowym przy nagłem zadziałaniu dźwięku i stanowią istotę wstrząśnienia, przeciwnie zaś przy dłuższy czas działającym dźwięku chodzi, według Gradenigo, o sprawy zapalne i degeneracyjne, podobnie do zmian, powstających w n. wzrokowym pod wpływem zadziałania mniej wygórowanego, lecz dłużej trwającego bodźca świetlnego.

Brunner tłómaczy objawy błędnikowe, występujące po nagłem zadziałaniu głosowem, skurczem odruchowym mięśnia napinającego błonę bębenkową — tłómaczenie, które może co najwięcej uchodzić tam, gdzie objawy są przemijające, nie zaś w przypadkach, w których zaburzenia błędnikowe trwają dłużej, lub też pozostają stale.

Mendel dopatruje się przyczyny zawrotu głowy w chorobowo zmienionej czynności mm. ocznych, wywołującej zaburzenia równowagi. Zawrót uszny ma punkt wyjścia w zaburzeniach krążenia w tętnicy słuchowej *(arteria auditiva)*, zaopatrującej równocześnie jądra owych mm. ocznych, albo w wzmożonem parciu cieczy mózgo-rdzeniowej. Podobnie zapatruje się R. Bagińsky. Kaufmann usiłuje tłómaczyć przez siebie spostrzegany przypadek wstrząśnienia błędnika w ten sposób, że uderzenie w głowę sprowadziło ściśnienie elastycznej czaszki, a w jego następstwie przyszło do nagłego wzmożenia parcia w płynie mózgordzeniowym, które się przeniosło na endolimfę i t. d.

Usiłowania Barnicka *(Arch. f. Ohr.* T. 43), podjęte w celu podsunięcia przez badania anatomopatologiczne różnorodnym i niezgodnym wyobrażeniom o istocie wstrząśnienia błędnika podstawy, więcej odpowiadającej rzeczywistym stosunkom, nie mogły doprowadzić do pożądanego celu i przyczynić się do rozwiązania tego tak ważnego i zajmującego zagadnienia. Badania jego tyczyły się bowiem samych takich przypadków, w których uraz wywołał różne ważne uszkodzenia anatomiczne, sprowadzające szybko śmierć, i w których organiczne uszkodzenie błędnika nie mogło ulegać wątpliwości.

Jeżeli uwzględnimy podobną sprawę, mianowicie wstrząśnienia mózgu, to zauważymy, że i tu szukano różnych tłómaczeń dla objawów cierpienia i znalazłszy nieraz w mózgu wynaczynienia włosowate chciano cierpienie to kłaść na karb tych zmian. Jednakże pominąwszy już okoliczność, że wybroczyny takie nie zdołają wytłómaczyć nam zupełnie obrazu klinicznego, to przecież brakuje ich w doświadczeniach na zwierzętach, mimo występowania wszystkich odpowiednich objawów. Z tego też powodu inni badacze przypuszczali uszkodzenie całego mózgu przez przemieszczenia molekularne.

Wracając do wstrząśnienia błędnika, to zdaje mi się, że na podstawie najnowszych wyników poszukiwań naukowych objawy wstrząsu błędnikowego najlepiej dadzą się wytłómaczyć w następujący sposób. Jak wiadomo, n. słuchowy dzieli się pod względem anatomicznym i fizyologicznym na 2 części, na n. przedsionkowy i n. ślimakowy. Poszukiwania anatomiczne (Erlicki) i doświadczalne (Breuer) wykazały różnice morfologiczne i fizyologiczne tych gałązek. Najlepszym zaś dowodem odrębności czynnościowej obu tych nerwów jest fakt, podany już przez Flourensa, a później wielokrotnie stwierdzony, że różne zabiegi operacyjne, wykonane na przewodach półkolistych i sprowadzające zaburzenia równowagi, nie naruszają zdolności słuchowej, gdy odwrotnie zniszczenie ślimaka sprowadza utratę słuchu bez zaburzeń równowagi. Na podstawie badań patologicznych i spostrzeżeń klinicznych można twierdzić, że swoistym bodźcem dla n. przedsionkowego są ruchy, zmiany położenia, wstrząśnienia właściwe. Podnieta ta przychodzi do skutku przez pozostawanie wstecz wskutek prawa bezwładności pojedynczych

części narządu przedsionkowego przy ruchu ciała, co sprowadza przegięcie włosków komórkowych, stanowiących narząd końcowy nerwów przedsionkowych. Według bowiem teoryi Mach-Breuera świadomość o położeniu ciała i o ruchu postępującym przychodzi do skutku przez przesunięcie się kamyczków usznych (otolitów) na włoskach komórkowych w mieszku *(utriculus)*, a o ruchu obrotowym przez przesunięcie się płynu w kanałach półkolistych. Otóż przez odpowiednie zmiany prawidłowych warunków pobudzenia narządu statycznego przychodzi do złudzenia i fałszywych wyobrażeń o zachowaniu się członków ciała w przestrzeni. Właśnie część tych złudzeń określamy, jako zawrót głowy. Swoistym bodźcem dla n. ślimakowego zaś są tylko dźwięki, a dla obu nerwów czynniki mechaniczne, jak ucisk, parcie i t. p. Jednakże wszystkie te bodźce działają na oba nerwy, gdyż tak samo silny dźwięk, jak i wstrząśnienie mechaniczne może wywołać i zawrót głowy i oszołomienie i niedosłyszenie, choć w nierównym stopniu. Oddziaływanie narządu statycznego na silne dźwięki tłómaczy Ewald podrażnieniem błędnika tonicznego, powstałem wskutek dźwięku, dałoby się jednak także tłómaczyć przez istnienie połączenia między nerwami przedsionkowym, a ślimakowym, i wzajemne ich działanie odruchowe. Wszakże zakończenia obu tych nerwów otacza ten sam płyn, którego falowanie w narządzie Cortiego wywołuje poczucie słuchu, gdy narząd bańkowy w przewodach półkolistych oddziaływa na to samo drażnienie zawrotem głowy i zaburzeniem równowagi. W ten sposób łatwo tłómaczy się zawrót głowy, powstający pod wpływem silnych dźwięków. Że zaś poruszenia ciała, sprowadzające ten zawrót głowy, nie pociągają zawsze za sobą wrażeń słuchowych, tłómaczy się tem, iż takie poruszenie przecież nie sprawia takich wahań rytmicznych płynu błędnikowego, które zdolne są podrażniać n. słuchowy i wywołać wrażenie dźwięku, jak to następuje przy działaniu głosu, tonów i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego.

Podał

Dr. Mieczysław Nartowski.

(Dokończenie).

Dobre działanie światła elektrycznego w chorobach nerek należy odnieść do napotnego działania kąpieli w świetle elektrycznem i wzmożonego wydzielania moczu. Jeżeli zaś dobre działanie kąpieli napotnych w chorobach nerek jest rzeczą oddawna znaną, to kąpiele w świetle elektrycznem przewyższają znacznie wszelkie kąpiele w tym celu używane, albowiem silne pocenie się w nich nie wpływa ujemnie na serce, nawet w znaczniejszych powikłaniach.

W cukrzycy pod wpływem kąpieli w świetle elektrycznem i równoczesnego opromieniania okolicy wątroby, możemy usunąć zupełnie cukier z moczu, nawet wtenczas, jeżeli chory nie będzie ściśle wstrzymywał się od doprowadzenia do ustroju węglowodanów. Działanie lecznicze światła polega tutaj na własności promieni świetlnych, a głównie niebieskich i fioletowych, które przyspieszają utlenianie węglowodanów przez ich rozkład i przemianę, podczas gdy promienie żółte, pomarańczowe i czerwone mają własność dodatniego wpływania na redukcyę CO_2, a tem samem wpływają na wytwarzanie węglowodanów. Ponieważ tutaj chodzi nie o nadmierne wytwarzanie się cukru gronowego, lecz bezwarunkowo o niedostateczne utlenianie, przeto odpowiedniem działaniem światła możemy utlenianie to wzmocnić i przyspieszyć, a tem samem dodatnio wpłynąć na całą sprawę patologiczną, przy równoczesnem oddziaływaniu na raźniejsze niszczenie lub przeobrażenie cukru w ustroju przez polecenie choremu odpowiedniej dyety, a w pierwszym rzędzie przez usunięcie z pokarmów wszelkich substancyj cukrotwórczych, a przedewszystkiem cukru, gdyż pożywki mączkowate i zawierające cukier dają przeważnie początek materyi glikogenowej, chociaż z drugiej strony nie są wyłącznem źródłem glicemii fizyologicznej. Saccharyna, nie będąca cukrem, a posiadająca w wysokim stopniu smak słodki, nie odda nigdy tych usług, jakich się od niej spodziewano, a to z powodu wstrętu przy jej użyciu, a gliceryna, będąca alkoholem trzyatomowym, może być użytą jedynie do poprawienia smaku niektórych napojów.

Saxenberger[9]), który stosował świetlne kąpiele elektryczne w niektórych cierpieniach oczu, podaje, że i tutaj światło daje nadzwyczaj dobre wyniki. Do przypadków, nadających się tutaj, należą przewlekłe zapalenia rogówki i twardówki, tęczówki, naczyniówki i siatkówki ze wszystkiemi następstwami, jak przewlekłe zapalenie tęczówki ze zrostami, miąższowe zapalenie rogówki na tle kiły, zołzów i t. p. Przypadki poszczególne należy bardzo ostrożnie wybierać, gdyż światło nie jest bynajmniej środkiem uniwersalnym i przy braku odpowiedniej uwagi lub przez mylki w stosowaniu może spowodować więcej szkody, aniżeli pożytku.

W niektórych cierpieniach kobiecych, a w pierwszym rzędzie w zaburzeniach regularności, możemy również dodatnio wpłynąć na przebieg sprawy patologicznej. Wynik dodatni działania światła elektrycznego w tych przypadkach należy odnieść do wpływu światła na poprawę stanu krwi, a głównie na czerwone jej ciałka i hemoglobinę. Nigdy atoli nie należy stosować u kobiet kąpieli w świetle elektrycznem podczas ciąży, albowiem znane są przypadki poronienia z tego powodu.

Przechodząc do chorób skórnych, wspomnieć należy o możności wywołania działaniem promieni świetlnych ograniczonego zapalenia, które, jak badania Hammera wykazały, nie jest bezpośredniem następstwem działania światła na naczynia włosowate, ale polega na tem, że promienie ultrafioletowe wywołują pewnego rodzaju ruch w niektórych pierwiastkach nerwowych, będących w związku z komórkami barwikowemi w skórze, a ruch tych pierwiastków wywołuje dopiero następowo stany porażenne, które zaznaczają się przekrwieniem, zapaleniem i ubarwieniem. Jeżeli zatem sprawy tego rodzaju mogą być wywołane na skórze działaniem promieni chemicznych, to wynika z tego, że nie tylko nie są one obojętne dla ustroju, ale mogą być powodem różnych spraw patologicznych w skórze, przebiegających przewlekle, a stojących z nimi w związku nie tylko pod względem etyologii, ale i przebiegu choroby. Tak n. p. Unna twierdzi,

[9]) Die Lichttherapie in der Augenheilkunde. (*Wochenschrift für Ther. u. Hyg. des Auges*, 1899, Nr. 12 i 14).

że światło jest czynnikiem etyologicznym w *Melanosis lenticularis* (*Xeroderma pigmentosum*). Pierwsze plamki barwikowe występują tutaj tak samo, jak w piegach, na miejscach ciała, które są wystawione na działanie promieni światła słonecznego.

Co do innych spraw patologicznych, jak *pellagra* i *prurigo estivalis Hutchinsoni*, to i tutaj wpływ światła odgrywa pierwszorzędne znaczenie, gdyż rumień (*erythema*) występuje zawsze i jedynie pod wpływem światła słonecznego na wiosnę, a Vejel[10]) i Wolters[11]) podają, że rumień występuje niekiedy na prawidłowej skórze już po kilku minutach działania promieni świetlnych, chorzy zaś nie znoszą ani bezpośredniego działania promieni świetlnych, ani nawet rozprószonego światła dziennnego. Widzimy zatem, że promienie świetlne, a zwłaszcza chemiczne, nie są bynajmniej obojętnymi dla ustroju. Ale, jak z jednej strony są one wprost szkodliwymi i mogą wywołać różne sprawy patologiczne, to przecież odpowiednio zastósowane mogą usunąć nie jedną chorobę skórną. Wszak doświadczenie, uzyskane w krajach gorących, jest tutaj najlepszym dowodem dobroczynnego ich nieraz wpływu na skórę, że tu wspomnę tylko o szybszem gojeniu się pod ich wpływem ran skóry i innych cierpień, aniżeli pod działaniem różnych maści i środków antyseptycznych.

Tak n. p. w róży, czyrakach, łuszczycy, liszajcu zakaźnym, wrzodzie podudzia, liszaju wyłysiającym, wyprysku i t. p., po wyłączeniu z promieni światła elektrycznego łukowego promieni czerwonych i żółtych, a zatem promieni cieplnych (przez włączenie niebieskich szkieł), czyli przy działaniu na miejsca, patologicznie zmienione, promieniami niebieskimi, fioletowymi i ultrafioletowymi, możemy otrzymać bardzo dobre wyniki, gdyż promienie te działają zabójczo na drobnoustroje. W przypadkach, w których chodzi nam o doszczętne usunięcie i zniszczenie drobnoustrojów, bardzo pomocnymi są i promienie cieplne, gdyż przez ogrzanie skóry wywołują większą perspiracyę i są powodem wydzieliny z gruczołów potnych, łojowych i t. p, będących w wielu cierpieniach skórnych głównem siedliskiem najróżnorodniejszych drobnoustrojów, które pod wpływem promieni cieplnych wydostają się z potem na powierzchnię skóry, gdzie zostają zniszczone działaniem promieni niebieskich.

Pomimo tego, że w ten sposób możemy działaniem promieni cieplnych wydalić drobnoustroje z głębi skóry na jej powierzchnię i tutaj je zniszczyć działaniem promieni niebieskich, to przecież nie jest to jeszcze najkrótsza droga do wydalenia drobnoustrojów i ich jadów ze skóry, albowiem promienie niebieskie, oddzielone od promieni czerwonych, mogą przez silne i prędkie ogrzanie skóry wywołać zapalenie skóry i spalenie. Dlatego najlepiej w powyższym celu używać równoczesnego działania wszystkich rodzajów promieni świetlnych na skórę, albowiem w ten sposób najsilniej zostają drobnoustroje wypocone z głębi na powierzchnię i to bez silnego ogrzania skóry.

Finsen[12]), który zajmował się miejscowem działaniem światła na skórę, a głównie jego wpływem w przebiegu ospy, podaje, że do doświadczeń zachęciło go spostrzeżenie, że na tych miejscach ciała, które są wystawione na działanie światła, a zatem na rękach i twarzy, powstają najgłębsze i najliczniejsze blizny.

Głównym czynnikiem tutaj są promienie chemiczne, albowiem z chwilą ich usunięcia przez umieszczenie chorych w pokojach z żaluzyami czerwonemi nie przychodziło do ropienia, podniesienia ciepłoty i obrzęków. Chorzy z okresu pęcherzyków przechodzili wprost w okres zdrowienia, a choroba przebiegała pomyślnie i bez pozostawienia najmniejszych na ciele blizn.

Finsenowi mamy również do zawdzięczenia zastósowanie promieni światła elektrycznego do celów leczniczych w wilku *(lupus)*.

Ponieważ działanie światła na liczne drobnoustroje jest bardzo powolne, przeto wzmocnił Finsen działanie światła odpowiedniemi zwierciadłami i soczewkami. Równocześnie dla uniknięcia ujemnego działania zgęszczonych promieni czerwonych, pomarańczowych i żółtych, starał się je usunąć przy pomocy roztworu błękitu metylenowego lub witryolu miedzi. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że powyższe promienie, jako cieplne, mają nieznaczny tylko wpływ niszczenia drobnoustrojów, podczas gdy najważniejszą rolę odgrywają tutaj promienie najwięcej łamliwe. W ten sposób otrzymane światło niebieskie lub niebiesko-fioletowe jest najszkodliwszem dla drobnoustrojów.

Po odprowadzeniu krwi z miejsca zajętego sprawą patologiczną zapomocą odpowiednich przyrządów uciskających, poddawał je następnie Finsen działaniu promieni chemicznych, pod wpływem których występowało najpierw silne lub słabe zaczerwienienie skóry, lub nawet tworzenie się pęcherzyków, które atoli po ukończeniu leczenia zabliźniają się bardzo szybko, zaczerwienienie zaś skóry, jakkolwiek znika nieco wolniej, to jednak znika również w zupełności.

Przechodząc do leczenia kiły kąpielami w świetle elektrycznem, należy przypomnieć, że właściwie do dziś nie znamy na pewno przyrody cierpienia, pomimo znajomości prątka Lustgartena; również nie wiemy, w jaki właściwie sposób działa jod i rtęć, to przecież mimo tego nie mamy innego środka, któryby tak dobrze mógł usunąć objawy kiły. Ale nasuwa się tutaj ważne pytanie, czy po kilku, a nawet kilkunastu latach występujące po wcierkach objawy trzeciorzędne w rdzeniu i mózgu nie są objawami zatrucia ustroju rtęcią, tem więcej, że objawy te nie zawsze ustępują po zażywaniu jodu, pomimo podawania go przez bardzo długi czas, gdyż rtęć daje się wykazać w pocie, uzyskanym zapomocą kąpieli świetlnej, nawet po upływie kilku lat od chwili stósowania rtęci. Otóż w tych przypadkach późniejszych chorób kiłowych leczenie światłem z równoczesnem podawaniem jodu jest nie tylko wskazanem, ale daje nadzwyczaj dobre wyniki, usuwając z ustroju wraz z resztkami rtęci i inne ciężkie objawy kiły, że wspomnę tylko o ustąpieniu bólów przy wiądzie rdzenia i powróceniu możności chodzenia.

Zresztą leczenie kiły kąpielami potnemi jest tak dawnem, jak dawnem jest rozpoznanie, że rtęcią można wywołać zmiany patologiczne w ustroju. W piśmiennictwie nie trudno znaleźć opisane przypadki odpowiednie, gdzie energiczne procedury napotne usunęły objawy kiły. Przebieg tego rodzaju przypadków przy stosowaniu kąpieli potnych, a głównie w świetle elektrycznem, jest najlepszym dowodem, że silne wydzielanie się potu, połączone z równoczesnem wzmo-

[10]) *Vierteljahrschrift für Dermatol. n. Syphilis*, 1887, str. 1113.
[11]) Ergänzungsheft *Arch. f. Dermatologie u. Syphilis.* 1892, str. 187.
[12]) Aerztlicher Central Anzeiger, 1899

żeniem przemiany materyi, jest bardzo korzystnem dla wydalenia z ustroju jadu kiłowego i jednoczesnego uodpornienia go na działanie jadu kiłowego. Wszak w świetlnej kąpieli elektrycznej możemy zupełnie usunąć obrzmienie gruczołów, którego usunięcie uważamy za koniec leczenia.

Nie chodzi tutaj zatem o leczenie kiły jedynie i wyłącznie kąpielami w świetle elektrycznem, ale o przypadki stare i leczone już rtęcią i jodem, podczas gdy w przypadkach świeżych, bezwarunkowo wskazaną jest zarówno dobrze rtęć, jak jod.

Jeżeli po dłuższem podawaniu jodu i stósowaniu różnych kąpieli potnych daje się jeszcze wykazać rtęć w pocie, uzyskanym przez kąpiel w świetle elektrycznem, to musi to przemawiać za swoistem działaniem światła na rtęć, które ją zmienia chemicznie w ten sposób, że może być potem wydaloną z ustroju.

Kattenbracker[13]), na podstawie dotychczasowych doświadczeń powiada, że: 1) zastarzałe, trzeciorzędne postacie kiły, a głównie te, które objawiają się różnemi zmianami na skórze, polegają najprawdopodobniej na zatruciu rtęcią, gdyż podczas gdy rtęć tutaj zastósowana nie przynosi nie tylko najmniejszej ulgi, ale może wywołać pogorszenie, to kąpiel w świetle elektrycznem daje bardzo dobre wyniki; 2) świeżych przypadków kiły nie można wyleczyć jedynie kąpielami w świetle elektrycznem, ale kąpiel elektryczna świetlna, równocześnie z rtęcią zastósowana, skraca w znacznym stopniu czas leczenia. 3) W przypadkach, gdzie chorzy po przebyciu przed laty leczenia rtęciowego, z innych powodów brali świetlne kąpiele elektryczne, nie można było w ich pocie nigdy wykazać rtęci. Przeciwnie, ilekroć chorzy przebyli kuracyę rtęciową, a zwracali się do kąpieli w świetle elektrycznem z powodu objawów, które można było odnieść do poprzedniego zakażenia jadem kiłowym, można było zawsze wykazać rtęć w pocie.

Co do **żylaków**, to dodatnie działanie światła daje się tutaj odnieść do własności światła wzmożenia sprężystości włókien mięśni naczyniowych i wyrównania zastojów żylnych.

W przypadku, który leczyłem promieniami świetlnymi, silnie rozwinięte żylaki na obu nogach, pod wpływem działania jedynie tylko światła elektrycznego w świetlnej kąpieli elektrycznej ustąpiły w zupełności, a chory obecnie może już swobodnie chodzić, pomimo tego, że przed leczeniem wszelki, choćby najmniejszy już ruch, był bardzo utrudniony.

Biorąc rzecz ogólnie, pamiętać należy o działaniu poszczególnych promieni, indywidualizować poszczególnych chorych, a przypadki, pokrewne sprawom gośćcowym, poddawać działaniu świetlnych kąpieli elektrycznych, w których wielkie znaczenie mają promienie czerwone.

Przypadki na tle nerwowem i przypadłości ze strony serca powinny być poddane najpierw działaniu promieni chemicznych, gdyż pod ich wpływem daleko szybciej tworzą się czerwone ciałka krwi i t. p., aniżeli pod wpływem promieni świetlnych od lampek elektrycznych żarowych.

W świetle elektrycznem zyskaliśmy jeden z najcenniejszych środków leczniczych, który, umiejętnie zastosowany, może oddać nie małe przysługi w usunięciu niektórych spraw patologicznych.

[13]) Quecksiler u. Lichttherapie bei der Syphilisbehandlung. (*Arch. f. Lichttherapie*, 1899).

Że nie chodzi tutaj jedynie o działanie psychiczne, dowodzi ujemny wpływ świetlnych kąpieli elektrycznych w macinnictwie; że zaś działanie światła nie odnosi się jedynie do jego własności napotnych, a zatem cieplnych, mamy dowód w dodatniem jego działaniu w różnych sprawach patologicznych, ale jedynie wtenczas, gdy promienie te usuniemy w zupełności, a tkankę odpowiednią poddamy działaniu światła zimnego.

Ale co więcej, nawet wtenczas, gdyby kąpiele w świetle elektrycznem należało stosować jedynie i wyłącznie tam, gdzie jest wskazanie dla kąpieli ciepłych, parowych i t. p., to jeżeli ich znaczenie tam jest wielkie i powszechnie uznane, to znacznie przewyższają je kąpiele w świetle elektrycznem, choćby tylko dlatego, że użyciu ich nie przeszkadzają powikłania ze strony serca, a w całości są bezsprzecznie nietylko daleko od tamtych czystszemi, ale i tańszemi.

Jeżeli zaś światło ma rzeczywiście wpływać dodatnio na wyrównanie różnych zaburzeń, powstałych w ustroju pod wpływem szkodliwych dla niego czynników, to powinno w pierwszym rzędzie przenikać skórę i tkanki, pod nią położone. Że tak jest w rzeczywistości, udowodniłem na innem już miejscu, gdzie starałem się również wykazać działanie zimnego światła, to jest pozbawionego promieni cieplnych, wpływu jego promieni na różne drobnoustroje chorobotwórcze, jak niemniej własności promieni chemicznych, to jest niebieskich i czerwonych. Tam też starałem się udowodnić, jak znaczny wpływ światło wywiera nie tylko na wydzielanie się potu z ustroju, ale w jak wysokim stopniu wpływ jego zaznacza się na układzie nerwowym.

Tak więc, jeżeli wprowadzenie wody do terapii było nie małym krokiem w posunięciu się naprzód nauki leczenia, to daleko większe znaczenie w terapii ma światło, od którego zależnem jest życie wszelkich jestestw na ziemi. Działanie jego jest zupełnie odmienne od działania wody. Podczas bowiem gdy chemiczne i fizyczne działanie wody jedynie powoli przedostaje się z powierzchni ciała ku tkankom pod nią leżącym, to światło działa na skórę i znajdujące się pod nią tkanki nie tylko chemicznie i fizycznie, ale równocześnie wywiera wpływ swój na cały układ nerwowy ośrodkowy.

Wszak światło wywołuje zarówno ruchy chemotaktyczne, jak mitotyczne komórek, które możemy spostrzegać zarówno na roślinach, jak zwierzętach, a które to ruchy i przemiany komórek nie polegają wyłącznie na endozmozie i egzozmozie, na ich obrzmieniu lub kurczeniu się, ale są w całem tego słowa znaczeniu wymarszem całego szeregu komórek w sprawach zapalnych i wynikiem przemiany czy to wstecznej, czy postępowej, która polega na zmianach drobinowych.

• • •

V. Wyciągi.

Adalbert v. Walla; **Pęknięcie całkowite macicy, wyłuszczenie zapomocą cięcia brzusznego, wyleczenie.** (*Centralblt. f. Gynäkol.* Nr. 19, 1890). Podając historyę choroby kobiety, wieloródki, która w 12 godzin po nabytem pęknięciu macicy przywiezioną została do kliniki Budapeszteńskiej, gdzie została ocaloną przez wyłuszczenie macicy drogą jamy otrzewnowej, zeszycie jamy otrzewnowej i sączkowanie rany po wyłuszczeniu, do pochwy — autor omawia szczegółowo postępowanie lecznicze w przypadkach pęknięcia macicy, które w pierwszym rzędzie ma być zapobiegawcze tam, gdzie pęknięcie macicy grozi, w razie zaś już dokonanego pęknięcia postępowanie zależy od tego, czy poród już dokonany, czy też nie;

czy pęknięcie macicy jest całkowite, czy tylko częściowe. W razie niedokonanego jeszcze porodu, przy pęknięciu macicy kobieta może być w dwojaki sposób rozwiązaną: albo drogą naturalną (przez pochwę), albo przez otwarcie jamy brzusznej, a wybór sposobu zależeć będzie od tego, czy płód tylko małym odcinkiem w jamie brzusznej się znajduje i z łatwością przez pochwę wydalonym być może, czy też cały płód leży już w jamie otrzewnowej, lub też tylko częściowo, gdzie jednak przypuszczać należy, że płód z trudnością tylko i z narażeniem macicy na większe przedarcie przez pochwę dałby się wydalić. Podczas gdy po dokonanym porodzie przy pęknięciu częściowem macicy tylko sączkowanie (drainage) rany do pochwy wystarczy, to postępowanie lecznicze przy całkowitem pęknięciu może być rozmaite, albo zachowawcze (tamponada, uciskający opatrunek na brzuch, lód), albo też chirurgiczne, które znów polegać może na otwarciu jamy brzusznej i zespojeniu rany macicznej z przedarcia powstałej, na amputacyi nadpochwowej macicy, lub też wyłuszczeniu macicy, — czy to drogą pochwy, czy to drogą jamy otrzewnowej. Omawiając bliżej wskazania do poszczególnych sposobów postępowania, wyżej wymienionych, przyznaje autor wyższość radykalnemu postępowaniu, t. j. wyłuszczeniu macicy drogą jamy otrzewnowej (naturalnie, o ile stosunki i stan chorej na to pozwalają), które wskazane jest przedewszystkiem tam, gdzie zachodzi obawa, że chora prawdopodobnie już poza obrębem kliniki zakażoną została, jak w przypadku wyżej opisanym, gdzie położna badała i 12 godzin przed przywiezieniem chorej do kliniki lekarz ukończył poród w niedogodnych warunkach, tuż po pęknięciu macicy, przez obrót, wydobycie płodu i ręczne wydalenie łożyska z jamy otrzewnowej. Wyłuszczenie macicy całkowite drogą jamy otrzewnowej zespojeniem błony otrzewnowej i sączkowanie do pochwy ma tę wyższość nad amputacyą nadpochwową, że pierwsze usuwa wszelkie zniszczone części macicy, które przedewszystkiem do zakażenia są skłonne i przystępne, a ma także wyższość nad wyłuszczeniem macicy drogą pochwy o tyle, że pole operacyjne lepiej widoczne i przystępne dla operującego. — Ma to wagę przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie przedarcie otrzewnej sięga wysoko (czasem do grzebienia kości biodrowej), jak to podczas operacyi w wyżej opisanym przypadku spostrzegano.

Na poparcie swych zapatrywań przytacza autor statystykę pęknięć macicy z kliniki położniczej Kézmàrszkyego, gdzie na 28 przypadków było 17 częściowych, 11 całkowitych pęknięć. Z 17 częściowych pęknięć, leczonych zachowawczo, tylko 7 ocalało. Z 12 przypadków całkowitych pęknięć 6, leczonych zachowawczo, zakończyło się śmiercią; z reszty (5) leczonych chirurgicznie (których historyę choroby autor w krótkości podaje), dwie ocalały, jedna zmarła wskutek zakażenia połogowego, jedna z powodu zbyt wielkiej utraty krwi, a jedna wskutek krwotoku przez rozluźnienie się podwiązki. *Dr. L. Friedmann.*

Rencki: **Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka.** (*Pamiętnik wydany na jub. prof. E. Korczyńskiego).* Na podstawie klinicznego badania krwi w całym szeregu przypadków raka i wrzodu żołądka przychodzi autor do wniosku, iż zmiany we krwi nie stanowią nic znamiennego dla tych chorób, a zależą tylko od towarzyszącej im niedokrewności. Badając szczegółowo zachowanie się ciałek białych przekonał się autor, że ani odsetkowy ich stosunek, ani leukocytoza trawienna nie dostarcza cech, rozróżniających te dwie choroby. Natomiast leukocytoza trawienna zależną jest od prawidłowej czynności odźwiernika i jelit. Autor badał bowiem leukocytozę trawienną u ludzi zdrowych, dalej u chorych, cierpiących na raka lub wrzód okrągły żołądka z objawami niedrożności odźwiernika lub po usunięciu jej zapomocą operacyi i przekonał się, iż leukocytoza trawienna pojawia się zawsze w 3—4 godzin po jedzeniu, a dla powstawania jej potrzebną jest prawidłowa czynność odźwiernika i jelit. Od zmian chorobowych tych narządów zależy brak leukocytozy trawiennej w stanach patologicznych przewodu pokarmowego. Brak zaś leukocytozy trawiennej u ludzi zdrowych odnieść można do osłabienia kurczliwości odźwiernika, sprowadzającego następową jego niedomykalność. *Dr. Latkowski.*

Haeberlin (Zurych): **Leczenie surowicą w przypadkach posocznicy.** (*Wienek klin. Rundschau*, Nr. 28, 1900). Po wyczerpującem, a treściwem omówieniu całego dotyczącego postępowania i po przeprowadzeniu licznych doświadczeń dochodzi autor do nanastępujących wniosków: 1) Działanie antistreptokokcyny (Marmorek) jest niepewnem; na przebieg niektórych przypadków posocznicy zupełnie nie wpływa. 2) Z uwagi na nieszkodliwość tego środka, są dalsze lecznicze doświadczenia usprawiedliwione. 3) Rozległe badania kliniczne nad zapobiegawczem działaniem tej surowicy są wskazane. 4) Wyrób skutecznej działającej surowicy zależy od dalszego bakteryologicznego wyświetlenia sprawy paciorkowców. Wreszcie nadmienić trzeba, że ponieważ dawkę 30,00 surowicy znosi ustrój bez szkody, — nie należy początkowo podawać mniej, niż 20,00, w razie zaś potrzeby dawkę tę należy dnia następnego powtórzyć. Wprawdzie Marmorek zrzeka się przy tem wszelkiego innego leczenia miejscowego, zważywszy jednak niepewność działania antistreptokokcyny, nie powinno się — zdaniem autora — odrzucać i innych dotychczas używanych środków. *Dr. Henryk Pisek.*

Knopf (Nowy-York): **Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc.** (*Zeitschrift fur Tuberkulose und Heilstättenwesen*, tom I, zeszyt 3). Autor znaczną część swej rozprawki poświęcił ogólnie dotychczas znanym objawom rozpoczynającej się gruźlicy (budowa ciała, ciepłota, znamienne wypieki na twarzy i t. d.) zbyteczna więc to streszczać, nadmienić atoli trzeba, że według autora należy tu także *tachycardia* i objaw, opisany już przez Murata, zasadzający się na tem, że podczas donośnej mowy chorego występuje znamienne drżenie schorzałego płuca, które chory w dotyczącem miejscu nieprzyjemnie odczuwa, — zagęszczone bowiem okolice lepiej przewodzą głos, aniżeli powietrzne. Również i stopień niedokrewności może dawać cenne wskazówki co do gruźlicy, — w szczególności zaś tych niedokrewnych należy uważać za skłonnych do suchot, którzy wykazują: 1) że ich tusza (t. j. stosunek ciężaru ciała wyrażonego w hektogramach, do wysokości wyrażonej w centymetrach) mniejszą jest, niż 3; 2) że zdolność oddechowa (Respirationsfähigkeit), mierzona spirometrem, wynosi 3 litry u chorych średniego wzrostu, a $2^1/_2$ dla niższych; 3) obwód klatki piersiowej jest mniejszy, aniżeli połowa wysokości osobnika; 4) że ilość uderzeń tętna nie zmienia się w różnych położeniach ciała; 5) że ciśnienie w tętnicy sprychowej jest mniejsze od słupa rtęci o 13 ctm., — a nie ma innej przyczyny dla wyjaśnienia tego objawu. Wspominając wreszcie o promieniach röntgenowskich, jako środku pomocniczym dla rozpoznania poczynającej się gruźlicy, zaznacza autor, że pomimo ścisłych w tym kierunku badań (Bouchard, Koloch, Levy-Dorn, i inni) postępowanie to nie daje na razie zadowalniających wyników i nie może zgoła zastąpić ani opukiwania, ani osłuchiwania. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1900.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Członków obecnych 13.

1) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek wypadnięcia macicy u osoby, która nigdy nie rodziła i nie spółkowała. U osób takich nie wydarza się cierpienie to prawie nigdy — prelegent przypomina sobie jednak podobny przypadek u chorej, która nigdy nie rodziła. Wówczas leczenie sposobem Thure-Brandta odniosło trwały skutek, o czem prelegent po 3 latach miał sposobność przekonać się.

W dyskusyi przytacza kol. Bylicki jeden taki przypadek z literatury u 16-letniej dziewczyny, kol. Mars opisuje zaś spostrzegany przez siebie w Wiedniu przypadek *prolapsus uteri in virgine intacta*. Kol. Hojnacki widział również urazowe wypadnięcie macicy u osoby, która nigdy nie rodziła.

2) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek torbiela pochwowego, wielkości jaja kurzego, usadowionego pod tylną i prawą ścianą w wysokości połowy pochwy. Torbiel spowodował tu wynicowanie pochwy. Przypadki takie są rzadkością.

W dyskusyi wspomina kol Rosner, iż widział podobny, choć mniejszy torbiel pochwowy, z którego po nacięciu wydostał płyn koloidowy.

3) Kol. Mars przedstawia preparat i fotografię i omawia przypadek włókniakomięśniaka prawego okrągłego więzu macicy w przewodzie pachwinowym. Przypadek ten ogłoszony został w numerze 16 *Przeglądu lekarskiego* z dnia 21 kwietnia 1900.

W dyskusyi porusza kol. Bylicki pytanie, w jaki sposób da się tłómaczyć przesunięcie pępka ku stronie lewej, które w tym przypadku spostrzegano. Kol. Sołowij wyraża pewne wątpliwości co do pochodzenia guza, który był zrośnięty z kolcem przednim, górnym kości biodrowej. Kol Kuczera podnosi wobec tego, że guzy, wychodzące z powięzi, mogą wprawdzie także zawierać włókna mięsne, ale nie w takiej ilości, jak tutaj. Kol. prelegent odpowiada kol. Bylickiemu, że w piśmiennictwie nie znalazł nigdzie wzmianki co do takiego przesunięcia pępka; w odpowiedzi zaś kol. Sołowijowi zaznacza, że wiązki łączno-tkankowe między guzem a kolcem kości biodrowej okazują zupełnie inne utkanie, niż sam guz.

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

VII. Korespondencye.

Paryż, 9 sierpnia.

D. 2 sierpnia odbyło się zgromadzenie delegatów słowiańskich, zwołanych przez narodowy komitet czeski, w celu zastanowienia się nad kilkoma sprawami, obchodzącemi ogół lekarzy pojedynczych narodów słowiańskich.

Ażeby zrozumieć należycie, co spowodowało komitet czeski do zapoczątkowania tego kroku, należy w paru słowach wyjaśnić stosunek literacki narodów słowiańskich (prócz rosyan) do piśmiennictwa zachodnio-europejskiego, w szczególności zaś niemieckiego.

Walka rasowa szczepów słowiańskiego i germańskiego dosięgła i stosunków literacko-naukowych, a piśmiennictwo niemieckie z zasady nie uwzględnia w swych sprawozdaniach prac czeskich, polskie zaś tylko w małym stopniu, jeśli te prace lekarzy słowiańskich nie zostały ogłoszone w jednym z języków t. zw. „kulturnych“. Nie mogąc na innej drodze pokonać tej swego rodzaju „zmowy“, postanowili lekarze czescy obejść oporne stanowisko niemców i w tym celu zamierzyli wytworzyć samoistne ognisko umysłowe lekarzy słowiańskich. Tą myślą kierowani wezwali oni, jak wyżej powiedzieliśmy, słowiańskie komitety narodowe XIII-go kongresu lekarskiego do wyznaczenia delegatów na wiec, któryby się zastanowił nad literacko-naukową solidarnością lekarzy słowiańskich. W wezwaniu tem komitet czeski wymienił trzy następujące wnioski, które miały stanowić podstawę do obrad: 1) wydawanie wspólnego czasopisma przez wszystkich słowian, każdy naród w swojem narzeczu; 2) dążenie do zbliżenia wyrazownictwa lekarskiego narodów słowiańskich i 3) urządzanie peryodycznych międzysłowiańskich zjazdów lekarskich. Na projekt taki, z powodów nader zrozumiałych dla każdego polaka, komitet polski zgodzić się nie mógł; uważał atoli za swój obowiązek zasięgnąć zdania najobszerniejszych i najwięcej powołanych kół, a następstwem tego ostrożnego postępowania było stwierdzenie zupełnej jednomyślności komitetu z ludźmi, najwięcej zainteresowanymi w tej sprawie. Przybycie lekarzy czeskich na IX Zjazd lekarzy polskich do Krakowa, dobra wola takich ludzi, jak Veselý, Vlasak, K. Chodounský, doprowadziły do wyrównania różnic i do przychylenia się kolegów czeskich na stronę zaproponowanych przez lekarzy polskich zmian, odpowiadających interesom naszym i sprowadzających cały projekt do granic wykonalnych.

Na zgromadzeniu delegatów które się odbyło w Paryżu dn. 2 sierpnia, byli obecni: prof. Hlava, prof. Pešina, doc. Veselý, dr. Semerad, prof. Dyakonow, doc. Łysenkow, prof. Wicherkiewicz, prof. Kostanecki, dr. Kwaśnicki, dr. Subbotić (Belgrad), dr. Vasić (Belgrad), dr. Gunndrum (Kroacya), dr. Sieminowicz (Chicago), dr. Zołotowicz (Bułgarya).

Przewodniczący prof. Hlava.

Powitawszy zgromadzonych delegatów, poddał przewodniczący pod rozprawy trzy następujące sprawy: I) założenie związku słowiańskich dziennikarzy pism lekarskich i wydawanie słowiańskiego czasopisma lekarskiego; II) powołanie do życia instytucyi peryodycznych międzysłowiańskich zjazdów lekarskich i III) sprawa terminologii lekarskiej narodów słowiańskich.

I. Sprawozdawcą wniosku pierwszego był prof. Pešina, który rozpoczął od odczytywania rysu historycznego sprawy zbliżania się lekarzy słowiańskich, a następnie uzasadniał swój wniosek założenia ogólno-słowiańskiego czasopisma lekarskiego. W rozprawach zabrał głos prof. Wicherkiewicz, który poparł myśl założenia związku słowiańskich dziennikarzy czasopism lekarskich; natomiast, co do wydawania pisma ogólnosłowiańskiego, to jest temu przeciwny i czyni wniosek, ażeby lekarze słowiańscy założyli czasopismo sprawozdawcze w języku francuzkim, odźwierciedlające całokształt piśmiennictwa lekarskiego u Słowian. Wniosek prof. Wicherkiewicza poparli: Hlava, Semerád, Veselý, Dyakonow, wszyscy sprzeciwiając się wnioskowi prof. Pešiny. Poczem przewodniczący poddał pod głosowanie pierwszą część wniosku prof. Pešiny, mianowicie założenie związku dziennikarzy pism lekarskich słowiańskich: ta część wniosku przeszła jednomyślnie. Natomiast upadła druga część wniosku, dotycząca założenia czasopisma ogólnosłowiańskiego, a przeszedł jednomyślnie wniosek prof. Wicherkiewicza — założenia pisma sprawozdawczego w języku francuzkim „Revue générale médicale slave“. Do komisyi, która się ma zająć ziszczeniem tego wniosku wybrani zostali: Dyakonow, Gunndrum, Kobryński, Kwaśnicki, Pešina, Subbotić, Štajner, Zołotowić. Po odczytaniu wyniku głosowania zastrzega się Kwaśnicki, że zastępuje tylko jeden dziennik; najwięcej pism lekar. polskich wychodzi w Warszawie, która na tym wiecu niema przedstawiciela, przeto przyjmuje mandat tylko w imieniu jednego czasopisma. Po tej uwadze Kwaśnickiego przyznano wybranej komisyi prawo uzupełniania się.

II. Doc. Veselý był sprawozdawcą wniosku, zmierzającego do zorganizowania peryodycznych międzysłowiańskich zjazdów lekarzy i przyrodników; na zjazdach takich wszyscy słowianie byliby w prawie zabierania głosu w swoim języku narodowym. Przy uzasadnianiu tego wniosku uczynił Dr. Veselý uwagę, że na zjazdach takich w obrębie Rosyi musiałyby być wszystkie języki równouprawnione, ażeby się nie stało tak, jak na zjeździe archeologicznym w Kijowie, gdzie rusinom zabroniono mówić w ich języku narodowym. W rozprawach przeciw wnioskowi, zmierzającemu do zorganizowania zjazdów ogólno-słowiańskich, przemawiali: prof. Wicherkiewicz, prof. Dyakonow i dr. Kwaśnicki. Natomiast przeszedł wniosek prof. Wicherkiewicza, ażeby Zjazdy lekarskie u narodów słowiańskich zachowały dotychczasowy charakter narodowy, a na zjazdy takie zaproszeni są raz na zawsze lekarze słowiańscy; narody słowiańskie, urządzające zjazdy lekarskie, dadzą wszelką rękojmię, że wprowadzą do statutu zjazdów §, dozwalający wszystkim słowianom posługiwać się własnym językiem.

III. Dr. Semerad uzasadnia wniosek, zmierzający do zbliżenia terminologii lekarskiej narodów słowiańskich. W rozprawach zabierali głos: prof. Wicherkiewicz, prof. Dyakonow, dr. Kwaśnicki i dr. Semerad. W myśl wnioskodawcy, wszyscy mowcy zgadzają się, że zebranie ludowego wyrazownictwa lekarskiego mogłoby posłużyć do takiego zbliżenia terminologii różnych narodów słowiańskich, gdyż rozbieżne drogi słowian schodzą się wszystkie u dołu, u ludu; zatem w gwarze ludowej należy szukać samoistnych i wspólnych słowianom wyrażeń. W dyskusyi zaznaczyli delegaci polscy, że co się tyczy terminologii lekarskiej polskiej, to źródła ludowe zostały już zużytkowane i będą objęte w „Słowniku terminologii lekarskiej polskiej“, który za rok wyjdzie. Inne narody słowiańskie postanowiły zebrać lekarskie wyrazy ludowe i ogłosić je drukiem. Nad całą tą sprawą roztoczyć ma pieczę ta sama komisya, która została wybrana do związku słowiańskich dziennikarzy z zakresu medycyny.

Na tem wiec zakończył swe obrady. Uwagi nad tem zgromadzeniem i jego uchwałami odkładam do listu następnego. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VIII. Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej.

Podał

Dr. E. F. Fronczak z Buffalo N. Y.

(Dokończenie).

Ponieważ w Ameryce każda chwila się liczy i każdy gorączkowo stara się wyzyskać czas, dlatego niektóre uniwersytety urządzają wykłady wieczorne dla dogodności tych słuchaczy, którzy we dnie pracują na chleb, wieczory zaś tylko mogą poświęcać na dalsze kształcenie się, i tak:

	Wykłady we dnie	wieczorem	we dnie i wieczorem
Medycyna .	135	5	9
Dentystyka .	47	4	0
Farmacya .	36	9	4
Weterynarya	7	0	3
Prawo . .	49	24	7

Tak jak w Europie, tak i w Ameryce niektóre uniwersytety mają tylko jeden wydział, inne po kilka wydziałów. Następujące zestawienie wykazuje, ile i które wydziały istnieją same, które są częścią zupełnych uniwersytetów:

	same	obok innych wydziałów	Razem
Medycyna .	82	74	156
Dentystyka .	20	36	56
Farmacya .	14	38	52
Weterynarya	6	11	17
Prawo . .	16	70	86
Teologia . .	119	46	165

Koszta nauki uniwersyteckiej, obliczone w dolarach, jako przeciętny wydatek roczny, w czem objęte są wpisowe, czesne, książki i pracownie, oraz utrzymanie, przedstawiają się w sposób następujący:

	Wpisowe	Kursa	Książki, pracownie	Utrzymanie	Razem rocznie	Ogółem trzeba do ukończenia studyów około
Medycyna .	10,68	82,39	49,47	281,20	423,74	2000
Dentystyka .	8,62	94,32	33,48	251,10	387,52	1400
Farmacya .	8,07	58,90	37,90	180,40	285,27	650
Weterynarya	7,85	81,28	43.50	220,00	352,63	1200
Prawo . .	14,00	69,80	10,86	260,82	295,48	700
Teologia . .	5,38	91,61	22,06	135,60	254,65	850

W powyższem zestawieniu wliczone są oczywiście tylko koszta nauk uniwersyteckich, bez uwzględnienia kosztów nauk gimnazyalnych i wstępnych.

Ponieważ wszystkie amerykańskie uniwersytety są prywatne, dlatego podaję poniżej statystykę ich m a j ą t k u.

Dochód i wydatki w roku ubiegłym:

	Liczba wydziałów	Majątek	Dochód	Wydatki
Medycyna .	156	21,476,036.40	3,071,114.28	2,842,435.44
Dentystyka .	56	3,392,170.32	1,119,989.92	1,073,390.08
Farmacya .	52	2,687,387.56	668,391.88	695,975.80
Weterynarya	17	906,731.04	184,020.75	190,408.50
Prawo . .	86	9,725,213.68	1,568,237.52	1,409,584.72
Teologia . .	165	52,697,579.55	3,390,132.90	2,824,722.45
Razem . .	532	90,885,118.55	10,001,887.25	9,036,516.99

Przeciętny majątek, dochód i wydatki:

	Majątek	Dochód	Wydatki
Medycyna .	137,666.90	19,686.63	18,220.74
Dentystyka .	60,574.47	19,998.82	19,167.68
Farmacya .	51,680.53	12,853.69	13,384.15
Weterynarya	53,337.12	10,824.75	11,200.50
Prawo . .	113,083.88	18,235.32	16,390.52
Teologia . .	319,379.27	20,546.26	17,119.53

Powyższe liczby świadczą najlepiej o bogactwach St. Zjednoczonych i sumach obracanych tam na wykształcenie uniwersyteckie. Ameryka, ogólnie zwana krajem materyalizmu, gdzie, jak mówią, każdy goni za dolarem i dla niego wszystko poświęca, zawdzięcza jednakże w zakresie instytucyi publicznych, naukowych i humanitarnych bardzo wiele prywatnej ofiarności. Wystarczy wymienić fundacye, ofiarowane Uniwersytetom amerykańskim w 5-ciu latach, 1894—1898:

	Teologia	Prawo	Medycyna Uniw.	Medycyna Szpitale	Biblioteki	Wykształcenie ogólne	Razem
1894	554,000	12,500	126,000	1,911,000	3,927,721	11.681,262	18.212,483
1895	570,000		755.000	2,722,367	3,602.667	10.817,255	18.467,289
1896	305,000			5,096,667	2,197,000	13 894,058	21.492,725
1897	244,500	145,000		3,394,167	2,341,000	21.224.166	27.318,833
1898	245.000		1,750,000	3,469.500	2 075.500	17.920,869	25.460,369
Raz.	1.918,500	127,500	2,631,000	16,593,701	14.143,888	75 537,610	110,952, 199

Co do uczęszczania k o b i e t na U n i w e r s y t e t y amerykańskie, to ze statystyki rządowej z r. 1898 dowiadujemy się, że kobiety uczęszczają na wszystkie wydziały uniwersytetów z wyjątkiem weterynaryi. — Na teologii było w tym roku 188; na prawie 147; na medycynie 1397, na dentystyce 162; na farmacyi 174; na pielęgnowaniu chorych (szpitalnictwie) 8004.

Prawdopodobnie w żadnym kraju niema tylu szkół medycznych, co w Ameryce; są tam alopaci, homeopaci, eklektycy, fizyomedykaliści, osteopaci, irtepaci, elektropaci, hydropaci, lekarze bosey, magnetyczni, scyentyści, tacy, którzy leczą wiarą, myślą, światłem słonecznem, świeżem sianem etc. etc. Ma się rozumieć, że tylko niektóre Stany pozwalają na prowadzenie podobnej praktyki i dopuszczają do rozwielmożnienia się partactwa, gdyż większa część Stanów oprócz dyplomu uniwersyteckiego wymaga jeszcze egzaminów państwowych.

W Stanie nowojorskim i w innych Stanach, gdzie prawa są ostrzejsze, jak w Pennsylwanii, Ilinois, Massachusets i innych, odbywają się egzamina państwowe to jest „stanowe“ 4 razy do roku w styczniu, kwietniu, czerwcu i wrześniu. Zazwyczaj egzamina te odbywają się w stolicy Stanu, jednakowoż w Stanie nowojorskim (N. Y.) odbywają się one prócz Nowego Yorku w Albany (stolica), Syrakuzie i Buffalo. Egzamina trwają 4 dni od wtorku do piątku, od godziny IX. 15—XII. 15 rano i od I. 15—IV. 15 popołudniu. Egzamina obejmują następujące przedmioty: anatomia i histologia normalna, fizyologia i higiena, chemia i toksykologia, chirurgia, położnictwo i choroby kobiece; patologia i bakteryologia; dyagnostyka, medycyna wewnętrzna; terapia i *materia medica*. Ze sprawozdania z dnia 1 lut. b. r. dowiadujemy się, że 833 kandydatów składało egzamina w Stanie N. Y., z tych 165 przepadło, to jest 19.73 procent. Od czasu jak zaprowadzono egzamina państwowe w Stanie N. Y. t. j. od 1893, egzaminowano 4808 kandydatów, z których 1086 odrzucono, czyli 22·58%.

Sądzę, że nie należy pomijać statystyki lekarzy, aptekarzy i dentystów w Stanie New-York, którego prawa najwięcej zbliżają się pod każdym względem do stosunków europejskich. W roku ubiegłym, to jest 1899, w samym Stanie New-York było 9,199 lekarzy, 2082 dentystów, 3.680 aptek. Z tej liczby w obecnem mieście Nowym-Yorku, złączonem z Brooklynem i t. d. mieszkało 4,615 lekarzy, 1097 dentystów, istniało 1498 aptek. Ponieważ Stan New-York w roku ubiegłym liczył około 7 milionów ludności, zatem przeciętnie przypadał jeden lekarz na 761 mieszkańców, 1 dentysta na 3,362 m., jedna apteka na 1,902 m. W samem mieście Nowym-Yorku, w którem żyje około 3,500,000 ludzi, przypada 1 lekarz na 758 m., 1 dentysta na 3210 m. i 1 apteka na 2190 m. Lecz nie tylko w stanie N. Y. przebywa tak ogromna liczba lekarzy, dentystów i aptekarzy, gdyż w stanie Connecticut, liczącym 900,000 mieszk., było w tym samym czasie 945 lekarzy, 352 dentystów, 283 apteki; w stanie N. Jersey na 2,000,000 ludności było 1500 lekarzy, 390 dentystów i 840 aptek! Ze statystyk dowiadujemy się, że stosunek lekarzy do ludności w Ameryce wynosi 1 do mniej, niż 600, gdy tymczasem w Anglii stosunek ten wynosi 1 do 1,100; w Rosyi 1 do blizko 8,000.

Rosya w b. r. postanowiła zapobiedz hiperprodukcyi lekarzy w państwie ros. w ten sposób, że na pierwszy rok medycyny w Warszawie i Kazaniu może być przyjętych tylko po 100 słuchaczy, 200 w Kijowie i 250 w Warszawie i Petersburgu. Istotna szkoda, że w Ameryce nie można wprowadzić w życie podobnego prawa!

W Ameryce w stosunku do ludności mamy 4 razy tyle lekarzy, co Francya, 5 razy tyle, co Niemcy, 6 razy tyle, co Włochy. Pomimo znacznej liczby lekarzy nie ma w Ameryce prawie proletaryatu lekarskiego. Lekarz, któremu praktyka się nie opłaca, natychmiast zabiera się do innej pracy i wkrótce lekarza tego spotykamy, jako agenta krochmalu, księgarza, kupca lekarskich materyałów i t. p. Nie mówię tu o Polakach, lecz wogóle o lekarzach wszelkich narodowości, które giną zresztą w chaosie amerykańskim. Nie krępując się fałszywym wstydem, pracuje w Ameryce lekarz bez pacyentów w jakimkolwiek zawodzie lub rzemiośle.

Co się tyczy sposobu zarobkowania i dochodu lekarzy, to większość chorych w Ameryce zgłasza się do domu lekarza i tam za przeciętną opłatą 50 centów amerykańskich na wsiach i w uboższych częściach miast większych, bywa badaną i zarazem dostaje pigułki, które niemal każdy lekarz amerykański ma w domu na wszystkie choroby. Za poradę w domu chorego lekarz dostaje zazwyczaj dolara; w nocy sumę podwójną. Za poród dostaje lekarz 10 dol., a do porodu wzywają lekarza dopiero, gdy już babka lub akuszerka nie może sobie dać rady.

Koniec końcem dochód lekarza w St. Zj. nie wynosi przeciętnie 1,000 dolarów rocznie. 1,000 dol. równa się niby 2,400 guldenów, lecz za guldena dostaje się tyle w Austryi, co za dolara w Ameryce; jednem słowem, że amerykańskich 1,000 dol. tylko tyle znaczą, co 1,000 guldenów w Austryi. Ma się rozumieć, że spotyka

się w Ameryce lekarzy, chirurgów i akuszerów, którzy mają od 50 do 250 tysięcy dolarów dochodu rocznie; liczba tych szczęśliwców jest jednak bardzo, bardzo mała. Większość lekarzy zatem prowadzi życie tylko wygodne i rzadko się zdarza, żeby lekarz zdobył sobie majątek wyłącznie z praktyki lekarskiej.

Dotychczas nie ma w St. Zj. ministra, czyli, jak u nas nazywają, sekretarza zdrowia w gabinecie prezydenta. Jest jednakowoż bióro, zatrudniające kilkudziesięciu lekarzy w Washingtonie; w różnych częściach St. Zj. jest kilkuset lekarzy, których jedynem zadaniem jest zwalczać epidemie, ustanawiać kwaratanny, badać wszystkich emigrantów, na okrętach przybywających do St. Zj. W poszczególnych Stanach są bióra higieny i zdrowia publicznego, które wypełniają swe obowiązki dobrze, czego dowodem, że w St. Zj. rzadko tylko władze nie zdołają przeszkodzić rozszerzeniu się jakiejkolwiek epidemii.

Wydział zdrowia miasta Buffalo, liczącego 400,000 mieszk., mniej więcej posiada ten sam ustrój, co i w innych większych miastach St. Zj. Naczelnikiem czyli komisarzem Wydziału zdrowia musi być lekarz, praktykujący najmniej lat dziesięć. Prezydent miasta naznacza na lat 4 takiego komisarza, pobierającego za swoje czynności 4.000 dolarów (20,000 koron). Ma on pod swą władzą kilku pomocników, pisarzy, chemika, inspektorów aptek, mleka, bydła, rzeźni, sklepów, inspektorów domów, ulic, kanalizacyi, dwóch bakteryologów, 10 lekarzy miejskich (dla ubogich), którzy pobierają przeciętnie 400 dol. rocznie (2,000 k.); do tego wolno im praktykować. Razem pracuje tam przeszło 50 osób, które pobierają rocznie przeszło 60,000 dolarów, to jest 300,000 koron waluty austryackiej. Wszyscy wyżej wymienieni najprzód składają egzamina, tak zwane „Egzamina służby cywilnej“ przed komisyą (której mam być zaszczyt członkiem). Pomiędzy pracującymi w tym wydziale w Buffalo jest Polak, P. Urbański, który uczęszczał na wydział prawny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Do Wydziału zdrowia posyła się telefonicznie na koszt miasta zawiadomienie o nagłej śmierci, chorobach zaraźliwych i t. d.

Do Wydziału zdrowia należy też przeprowadzenie badań bakteryologicznych w kierunku obecności w wydzielinach chorych — prątków gruźliczych, dwoinek rzeżączkowych (gonokoków), prątków błoniczych i t. d.

Obowiązkowo muszą lekarze donosić Wydziałowi zdrowia o następujących chorobach, uważanych za zaraźliwe: cholera, żółta febra, dżuma, ospa, płonica, błonica i dławiec, odra, zapalenie opon mózgordzeniowych, dur powrotny, dur brzuszny, gruźlica płuc, krztusiec, zapalenie nagminne ślinianek przyusznych, grypa, wścieklizna. W przypadkach śmierci z siedmiu pierwszych w wykazie tym chorób nie wolno odprawiać publicznego pogrzebu, a pogrzeb musi się odbyć w przeciągu pierwszej doby po śmierci.

Na zebraniach towarzystw lekarskich amerykańskich słyszymy zazwyczaj o nowych wynalazkach, odkryciach, operacyach, zrobionych przez naszych kolegów. Tu te wynalazki, operacye, teorye lekarskie niejako się dystylują, a na świat szeroki wypuszcza się je dopiero niejako pod firmą towarzystwa i za zgodą członków. Dlatego towarzystw w Ameryce nie brak.

W roku 1735 założono pierwsze Towarzystwo lekarskie w Ameryce; obecnie jest ich tysiące, rozrzuconych po całym kraju. Są tu towarzystwa państwowe i miejscowe; istnieją towarzystwa, zajmujące się wyłącznie jednym działem nauk lekarskich, inne zaś wszystkiemi jej gałęziami. Największem i najliczniejszem Towarzystwem jest Americ. med. Association, które zaszczyciło mnie mandatem delegata na obecny nasz Zjazd polski i poleciło wyrazić Zjazdowi serdeczne życzenia i uznanie za doniosłą działalność naukową. Zgromadzenia, a raczej Zjazdy tego Am. med. Ass. odbywają się corocznie z kilkutysięcznym udziałem. Uczestnicząc, jako delegat Tow. lek. powiatu Erie, w r. z. w takiem zgromadzeniu w St. Ohio, zdziwiłem się niemało, dowiedziawszy się, że samych delegatów różnych towarzystw miejscowych przybyło na zjazd przeszło 2000! W roku bieżącym zjazd odbył się w Atlantic City, w pobliżu Filadelfii, gdzie spodziewano się kilku tysięcy lekarzy. Zjazdy te zupełnie podobne do naszego niniejszego i składają się z około 30 sekcyi, a trwają zazwyczaj dni 4 do 5.

Pierwszem pismem lekarskiem było *New York Medical Repository*, które ukazało się w r. 1797 i wychodziło co kwartał. Obecnie w St. Zj. jest 10 tygodników lekarskich (które obejmują od 60 do 120 stron druku), objętości „Przeglądu Lekarskiego“. Swego czasu istniał dziennik lekarski w N. Y., lecz tenże się nie opłacał. Razem w Ameryce wychodzi 240 pism, poświęconych wyłącznie medycynie. Niektóre z nich mają po 30,000 i więcej abonentów. Cena jest bardzo przystępna. Najlepsze pisma tygodniowe, które przeciętnie mają około 100 stron objętości, kosztują tylko 3 do 4 dolarów rocznie; miesięczniki dolara do dwóch dolarów.

Literatura lekarska wzrosła w Ameryce *pari passu* z wzrostem lekarzy. W roku 1776 wyszła tylko 1 książka, napisana przez lekarza amerykańskiego, i 23 broszury i przedruki. Tymczasem do roku bieżącego wydano już 7,000 dzieł lekarskich. Obecnie w Ameryce ukazuje się rocznie 300 książek i broszur lekarskich na półkach księgarni i 5,000 rozpraw w czasopismach lekarskich. W bibliotece rządowej jest przeszło 45,000 dzieł lekarskich w różnych językach. Biblioteka otrzymuje 1,100 czasopism w różnych językach, poświęconych wyłącznie medycynie.

Stan New-York płaci rocznie 100,000 dol. czyli $^{1}/_{2}$ mil. koron na utrzymanie „stanowej“ pracowni patologicznej w celu wykrycia kazuistyki raka. Pracownia ta mieści się w Buffalo przy Uniwersytecie pod dyrekcyą profesora Parka, jednego z najwięcej znanych chirurgów nie tylko w Ameryce, lecz i poza jej granicami. W pracach swoich nad etyologią raka oświadczają się Prof. Park, jego asystenci: Gaylord, Pease i Lyon za pasorzytniczą teoryą tej choroby, podając za jego przyczynę drobnoustrój z klasy podstawczaków (*Basidiomycetes*.). Jako zwolennicy teoryi pasorzytniczej zbliżają się badacze ci w swych sądach do zapatrywań Prof. Sanfelice z Rzymu, Glimmera z Londynu i Roncaliego z Sardynii. Prof. Nicolo z Harvard Uniwersytetu w Bostonie otrzymał 100,000 dolarów jako fundusz na pokrycie kosztów badań, podjętych w tejże sprawie. Tak samo Prof. Welch w John Hopkins Uniw. w Baltimore pracuje nad przyczyną raka i nowotworów. Dlaczego tylu lekarzy, amerykańskich stara się zbadać etyologię raka? Dla tego, że śmiertelność, powodowana przez tę chorobę w Ameryce w ostatnich kilku latach, jest przeszło 3 razy większą, niż była kilkanaście lat temu. Jest ogólnem mniemaniem w Ameryce, że w okręgu 200 mil od miasta Buffalo więcej ludzi umiera na raka, niż gdziekolwiek na świecie. Wspominając o badaniach naukowych na wielką skalę, niepodobna pominąć dwóch jeszcze instytucyi. Blizko miasta Buffalo jest ogromny państwowy zakład dla epileptyków, gdzie także pracują nad przyczyną i leczeniem padaczki. W tych dniach stan New York wyasygnował 100,000 dolarów na zakupno miejsca w górach Adisondach pod nowy bezpłatny zakład dla leczenia suchotników. Tak jak Bignami, Grassi, Dionisi i Bastianneli w Włoszech, jak Koch w Niemczech, Roos i Daniel w Anglii, Danielewski w Rosyi, Laveran w Francyi, tak w Ameryce William S. Hayer i Mc Callum pracują nad teoryą przyczyny malaryi (czyli zimnicy). Wynik pracy tych wszystkich uczonych jest zgodny z wynikami badań, prowadzonych w Europie, co do roli komarów (Anopheles) w roznoszeniu zarazka zimniczego.

W roku ubiegłym Uniw. John Hopkins w Baltimore, jeden z najbogatszych i największych uniwersytetów amerykańskich, wysłał Drów Szymona Flexnera i Lewellego Baker na Filipiny, w kraje podzwrotnikowe, aby badać przyczynę biegunki stref gorących. Obaj ci badacze odkryli przyczynę tej choroby w postaci swoistego prątka. Generał Sternberg, główny chirurg armii St. Zj., zajmuje się badaniem przyczyny żółtej febry; jego spór ze Sanarellim z Włoch o przyczynę febry żółtej jest znany równie dobrze w Europie, jak w Ameryce, gdzie zresztą również Sanarelli liczy zwolenników. Sternberg pracuje również nad teoryą szerzenia się zimnicy za pośrednictwem komarów. Klebs, poprzednio profesor na uniwersytetach niemieckich, obecnie dyrektor pracowni patologicznej swego imienia w Chicago, pracuje również nad etyologią żółtej febry,

Koplik z Nowego Yorku pierwszy zauważył niedawno temu plamy na błonach śluzowych, które o kilka dni poprzedzają wysypkę odry. Vaughan z Ann Arlor wsławił się badaniami nad nukleiną, Durhama nazwisko znane jest z badań nad *Bacillus aerogenes capsulatus*. Przechodząc do chirurgii, to któryż z chirurgów nie zna guzika Murphyego, używanego do połączenia kiszek? Mc Burney zdobył sobie uznanie wśród chirurgów badaniami nad patologią i terapią zapalenia ślepej kiszki. Operacya Emmetta jest ogólnie w użyciu w operacyach rozdarcia szyi macicy. Mc Dowell już w r. 1809 robił owariotomię. Metody Mariona, Simsa i Manna w akuszeryi i chorobach macicy i częściach przyległych są w użyciu w całym świecie. Chloroform wynalazł amerykanin Guthrie z Sacketts Harbor w roku 1831, chociaż Souberiau z Francyi i Liebig z Niemiec także pracowali w tym kierunku. Long, Jackson, Wells i Morton, wszyscy amerykanie, pierwsi używali eteru podczas operacyi przed rokiem 1857. Ileż tysięcy dzieci uratował od śmierci wynalazek intubacyi O'Dwyera? W dziedzinie fizyologii Priestley wykazał światu działalność tlenu na krew, Beaumont w roku 1833 wyjaśnił działanie kwasu żołądkowego. Któż nie zna pracy Brown-Sequarda (mogącego także liczyć się do Amerykanów) na polu fizyologii? Behring i Roux zawdzięczają odkrycie sero-terapii początki lekarzom amerykańskim nazwiskiem Smith i Salmon, których prace o nodparnianiu utorowały nowe drogi w medycynie, sprowadzające obecnie przewrót w sposobach leczenia.

Medycyna wewnętrzna liczy dzielnych pracowników wśród lekarzy amerykańskich, których wodzami i głównymi przewodnikami byli lub są Prof. Pepper, z Uniw. Pennsylwania, Da Costa, Osler, Tyson, Stockton z Buffalo i t. d. Prof. Senn, dalej Keen, obecnie prezydent Stowarz. Lekarzy Amerykańskich, Park, o którym wspominałem przed chwilą, Hamilton, ostatni jeden z dawnych profesorów Uniw. w Buffalo, pierwszy obecnie profesor tamtejszego Uniwersytetu, zdziałali, jak wiadomo, wiele w dziedzinie chirurgii.

Mógłbym wyliczyć jeszcze cały szereg nazwisk, głośnych w dziedzinie neuropatologii, psychiatryi, okulistyki i t. p., jednakże nie chcę nadużywać cierpliwości czytelnika, który, jak sądzę, już z tego, co dotąd powiedziałem, nabrał dostatecznego wyobrażenia o sile i żywotności naukowego ruchu lekarskiego w Ameryce, a może też dowiedział się dopiero teraz, że niejeden rozgłośny w całym świecie badacz jest Amerykaninem, że niejedno odkrycie, niejeden postęp przypada w dziale wyłącznie tylko potężnie już rozrosłej medycynie amerykańskiej.

Słówko jeszcze o lekarzach-Polakach w Stanach Zjednoczonych. W Stanach Zj. mieszka stale około 2 milionów Polaków, rozrzuconych po wszystkich Stanach i Terytoryach. Niema większego miasta, niema większej osady, chociażby i w najdalszym zakątku Ameryki, gdzieby nie przebywała rodzina polska, która albo czuje i myśli jeszcze po polsku, albo też taka, której ojcowie urodzili się w Polsce. Niemal 75% Polaków, zamieszkałych obecnie w Ameryce, opuściło strony rodzinne z powodów ekonomicznych i przykrych stosunków w kraju, szukając chleba i zarobku i wolności chwalenia Boga w języku ojczystym za oceanem. Znaczna część, to poczciwi nasi rolnicy z Galicyi, Poznańskiego i Kongresówki, którzy, aczkolwiek sami stoją stosunkowo nisko pod względem wykształcenia umysłowego, starają się, aby ich dzieci korzystały z nauki, choćby tylko elementarnej. Prawdziwej inteligencyi polskiej z Europy bardzo w Ameryce mało, lekarzy zaledwo kilkunastu. Jednakowoż w osadach polskich obecnie znajduje się już około 80 lekarzy, wykształconych w Ameryce, a rozrzuconych po miastach i miasteczkach. W Chicago, gdzie największa kolonia polska ma swoją siedzibę, praktykuje około 40 lekarzy Polaków z większem lub mniejszem powodzeniem. Po kilku lekarzy polskich przebywa także w Milwankee, Detroit, N. Yorku, Buffalo, Filadelfii, Cleveland i innych miastach. Lekarze Polacy, wychowani w Ameryce, mają prawdopodobnie większe powodzenie od kolegów-rodaków, przybywających z Europy, gdyż znają dokładniej miejscowe warunki, łatwiej wśród nich obracać się im przychodzi. Przed kilku jeszcze laty polscy lekarze, przybywający z Europy, mieli wielkie pole przed sobą, dziś jednak miejscowi lekarze-Polacy, wychowańcy uniwersytetów amerykańskich, w zupełności pole to opanowali i zajęli stanowiska lekarzy przyjezdnych, oprócz tych kilku, którzy z czasów dawniejszych wytrwali w pracy i zyskali uznanie nielekarskiego ogółu. W obecnych warunkach wskutek obostrzenia przepisów o wykonywaniu zawodu lekarskiego w większości Stanów, wskutek nieznajomości stosunków i języka angielskiego, bez którego obejść się nie można, przybywający z Europy lekarze nie znajdą podatnego gruntu do pracy w Ameryce. Każdy przybysz z Europy musi obecnie bezwarunkowo poddać się ponownym egzaminom lekarskim i to w języku angielskim, a egzamina te, składane przed odrębną komisyą, są stosunkowo dość trudne; dlatego też coraz mniej lekarzy wogóle przesiedla się z Europy do Ameryki.

Na tem kończę krótki zarys stosunków lekarskich w Ameryce północnej. Jeżeli nie zupełnie zdołałem się wywiązać z zadania i nie zadowolniłem czytelnika, to ufam, że nie spotka mnie zbyt ostra krytyka ze względu na zamiar, w jakim rzecz opracowywałem. Pragnąłem bowiem zapomocą niniejszego szkicu dać jedynie początek zapoznaniu się kolegów polskich ze „starego kraju“ z nami, młodymi pracownikami, urodzonymi i wychowanymi w Ameryce. Wszak wspólne nasze cele i usiłowania podobne; bliższe między nami stosunki przyczynić się mogą tylko do tego, że niosąc wysoko i silnie sztandar wiedzy, z tem większym pożytkiem pracować będziem mogli dla wspólnego dobra.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 18 sierpnia.

* Wyszedł z druku Nr. 5 i ostatni »Dziennika Zjazdu«, dostając się do rąk uczestników jeszcze 15 b. m., więc już w dwa tygodnie po ukończeniu Zjazdu. Jest to istotnie bardzo szybko, jeżeli się zważy nigdy jeszcze niebywałą objętość tego poszytu. Obejmuje on 20 arkuszy druku, a mieści oprócz szczegółowych sprawozdań ze wszystkich sekcyi (o ile nie były pomieszczone w Nr. 3 i 4), obszerne sprawozdanie z posiedzenia w sprawie gruźlicy i z II. posiedzenia ogólnego, dalej pracę p. Skłodowskiej-Curie „O nowych ciałach promieniotwórczych“, którą w uznaniu jej doniosłości uchwalił Zjazd na wniosek sekcyi chemicznej i fizycznej w całości przyjąć do »Dziennika«; — następnie znajdują się w Nr. 5 »Zestawienie uchwał dawniejszych Zjazdów«, kronika Zjazdu, krótka jego statystyka, w końcu bardzo pożądana innowacya, spis rzeczy i autorów. »Dziennik« w tej postaci, w jakiej się tym razem ukazał, zastępuje prawie w zupełności dawniejsze pamiętniki, a choć nie zawiera, jak one, wykładów w całej ich rozciągłości, to zato przewyższa je dwiema zaletami: treściwością a zarazem zupełnością obrazu Zjazdu, gdy w pamiętnikach zazwyczaj niejednego wykładu brakło, oraz szybkością, z jaką się ukazuje, gdy na pamiętnik miesiącami czekać trzeba było. Obie te wady pamiętnika — to skutek opieszałości autorów. I »Dziennik« z ich wyłącznie winy posiada jedną małą usterkę, mianowicie kilku prelegentów nie dostarczyło »Dziennikowi« streszczeń czyli referatów ze swych wykładów, o jakie prosił Wydział gosp. Zjazdu i Redakcya »Dziennika«, ale dało poprostu tylko treść czyli plan swych prac, przedstawiający się w postaci spisu wyrazów, nic niemówiących ani o wnioskach, do których prelegent dochodzi, ani o drodze, którą do nich doszedł. Dowiedzieliśmy się, że i Redakcya »Dziennika« i sekretarze sekcyi starali się o zmianę tego stanu rzeczy, jednakże przeważnie bez skutku. Ponieważ tych nieodpowiednich »streszczeń« zaledwo kilka, więc i wartość »Dziennika« nic na tem nie traci; podnosząc zaś tę drobną wadę, pragnęliśmy przedewszystkiem usunąć ją w przyszłości, a zarazem uchronić Redakcyę »Dziennika« od możliwych zarzutów, przeciw którym teraz sama już bronićby się nie mogła. Wogóle można szczerze powinszować Redakcyi »Dziennika« wyników jej pracy; zasługą pragnie wprawdzie Redakcya »Dziennika« w końcowem słowie podzielić się ze swymi współpracownikami, niemniej jednak ma przedewszystkiem samaż Redakcya »Dziennika« wszelki tytuł i prawo do rzetelnego uznania i wdzięczności.

* Zarząd Towarzystwa Hufelanda w Berlinie ogłasza następujące temata na konkurs Alvarenga: 1) Wpływ zawartości soli wód mineralnych na skład krwi. 2) Wpływ bodźców cieplnych i mechanicznych na parcie krwi i szybkość jej prądu. Najlepsze prace na jeden lub drugi temat nagrodzone będą kwotą 800 marek. Prace mogą być pisane po niemiecku, angielsku lub francusku, a nadsyłać je należy z zachowaniem zwykłych form konkursowych do prezesa Towarzystwa, prof. dr. O Liebreicha, Berlin NW. Neustädtische Kirchgasse 9, najdalej do 1 marca 1901. Może ktoś u nas zechce stanąć w zawody; wszak świeżo na podobnym międzynarodowym konkursie Unny zwyciężył Polak, kol. Krzyształowicz.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 32: A. Malinowski: Przypadek różowatego stwardnienia ogólnego skóry u noworodka (*sclerema erysipelatodes*). R. Bernhart: Czternaście lat po zaszczepieniu gruźlicy wskutek obrzezania napletka. *Medycyna* Nr. 32: St. Kopczyński: Kilka słów o hemiatetozie z powodu przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego. F. Neugebauer: 17 cięć brzusznych przy skręceniu szypuły nowotworów narządów płciowych kobiecych (dok.).

Redakcya otrzymała: Dr. A. Grosglik: Najnowsze poglądy na mechanizm budowy i czynności układu nerwowego. Szkic popularny o teoryi neuronów. Warszawa 1900.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Rok XXXIX. Kraków, 25 Sierpnia 1900. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. (Dyrektor Prof. Bujwid).

Doświadczenia bakteryologiczne nad odkażaniem formaliną w przyrządach Doc. Dra Łepkowskiego.

Opracował
Dr. Bernaciński
asystent Zakładu.

Nowe i licznie pojawiające się środki odkażające świadczą najwymowniej o tem, jak ważnem jest wyjałowienie, a szybkie zarzucanie ich dowodzi, że nie p siadają one przypisywanych im własności, że mało lub wcale nie nadają się do praktycznego codziennego użytku. Kiedy bowiem jedne z nich dałyby się łatwo zastosować ze względu na swoje własności fizykalne, to wielu zbywa na wartości i sile odkażającej i odwrotnie, lub też trudność praktycznego przeprowadzenia odkażenia usuwa je z użycia.

Formalina, jako środek lotny, znalazłaby niewątpliwie najrozleglejsze zastosowanie, zwłaszcza, że w pewnych warunkach siła jej i wartość jest wielką i pewną. Oczywista więc, że nie brak usiłowań, by podać i bliżej określić te warunki, w jakich bez pominięcia względów praktycznych może formalina dać zupełnie pewne i zadowalniające wyniki w zastosowaniu.

Jeden z tych warunków podniosłem przy opisaniu doświadczeń nad wyjaławianiem w przyrządzie odkażającym Łepkowskiego-Hellera *(Przegląd lekarski.* Nr. 53, r. 1898) t. j. szczelne zamknięcie przestrzeni. Tam wypełniały ten warunek dobrze przylegające do siebie i powleczone wazeliną ściany. Wyniki też doświadczeń były dodatnie, kiedy inni autorowie n p. Orth, Trillat mieli ujemne, bo i przestrzenie, w których odbywało się odkażenie, były znacznie większe i nieszczelne.

Sam zauważyłem przy próbach odkażania formaliną sal chorych w szpitalu św. Ludwika, że wcale nie uległy zniszczeniu te zarazki, które były nakryte kocem, prześcieradłem lub nawet bibułą.

Należałoby więc z tego sądzić, że szczelne zamknięcie przestrzeni i znajdowanie się zarazka na powierzchni, stykającej się bezpośrednio z formaliną, stanowią główne warunki skutecznego zapomocą niej odkażenia. Na poparcie tego zapatrywania niech posłużą wyniki doświadczeń o wartości wyjałowienia formaliną drobnych narzędzi chirurgicznych w pudełku (etui) i futerale na brzytwy pomysłu Doc. Dra Łepkowskiego.

Autor starał się uzyskać szczelne zamknięcie futerału przez silne przyleganie ścian wieczka, a pudełka przez wyłożenie brzegu kauczukiem i mocne zasuwki zewnętrzne. Bezpośrednie zetknięcie zarazka z formaliną wynikało natomiast ze sposobu przeprowadzenia samych doświadczeń.

Tak brzytwa, jak i inne umieszczone w pudełku narzędzia chirurgiczne (wziernik, szczypczyki), powleczone zostały po stronie zewnętrznej i wewnętrznej zawiesiną zarazka w wodzie wyjałowionej. Działaniu formaliny, ulatniającej się z kołaczyków, umieszczonych w przegródce u spodu pudełka i futerału, poddałem prątki wąglika, sienne, cholery, błonicy, zielonej ropy, gruźlicy i gronkowce złociste ropne przez 24 godzin. Porównawcze doświadczenia z tymi zarazkami przeprowadziłem mniej więcej w tych warunkach, jakie mi nastręczały pudełko i futerał i umieszczone w nich narzędzia chirurgiczne. Jałowe pręciki szklanne, powleczone zawiesiną w wodzie wyjałowionej wyżej wymienionych zarazków, umieściłem na dobę w drewnianem, zamkniętem pudełku, aby się przekonać, o ile samo wysuszenie w powietrzu zdoła powstrzymać rozwój tych bakteryj. Po upływie 24-ch godzin miejsca zakażone na narzędziach chirurgicznych i pręcikach zmyłem wodą wyjałowioną, szczepiąc ją w ilości 3-ch uszek platynowych na pożywki, na których wyrastały odpowiednie zarazki najszybciej i najobficiej. W obu razach otrzymałem wyniki dodatnie t. j. rozwój bakteryj w doświadczeniu porównawczem, brak tegoż w doświadczeniu z formaliną. Odmiennie trzeba było postąpić z prątkiem gruźliczym, który zaszczepiłem podskórnie 4 zdrowym świnkom, nie oddziaływującym na tuberkulinę. Dwom z nich zaszczepiłem wodę, którą zmyłem narzędzia chirurgiczne, poddane odkażeniu formaliną (jednej z tych świnek wodę z brzytwy), a dwom wodę, którą spłókałem pręciki, użyte w doświadczeniu porównawczem. Wszystkie szczepiłem wodą, w ten sposób zakażoną, w ilości $^1/_2$ ctm^3. Po 4 tygodniach tylko dwie świnki, szczepione wodą z pręcików, okazały obrzęk gruczołów i oddziaływały na tuberkulinę. Wreszcie nadmienię, że użyłem do doświadczenia hodowli wąglika i prątka siennego, starszych, mających około 10 dni, a zatem zawierających przeważnie tylko zarodniki, celem przekonania się, jak wobec nich działać będzie formalina pod względem swych odkażających własności.

Jak widać z tych doświadczeń, pudełka chirurgiczne pomysłu Doc. Dra Łepkowskiego zupełnie odpowiadają celowi. Powierzchnia zawartych w nich przyrządów metalowych po 24 godzinach ulega zupełnemu wyjałowieniu.

Doświadczenia, przezemnie prowadzone, sprawdził również Prof. Bujwid.

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej *(aortitis acuta et subacuta)* w następstwie chorób zakaźnych.

Podał
Prof. Dr. Antoni Gluziński.

(Dokończenie).

Zdaniem mojem są to typowe przypadki, świadczące, że wśród zakaźnych chorób, podobnie jak to wskazuje anatomia patologiczna, występuje szereg objawów klinicznych, na które zwrócił głównie uwagę H u c h a r d, a które pozwalają rozpoznać ostre zapalenie tętnicy głównej *(aortitis acuta)*.

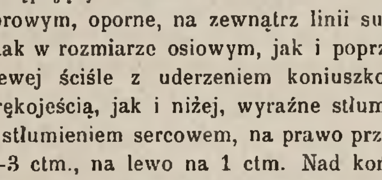
Zmiana ta może albo klinicznie ustąpić zupełnie (przypadek I), albo pozostawić stale pewne objawy (przypadek II); innym razem nie tylko pozostać stale, ale dać prawdopodobnie powód do bardzo wczesnego rozwijania się następczej zmiany miażdżycowej w tętnicy głównej wstępującej.

Tak rozumieć muszę przypadki, które niżej przytaczam, a które również razem rozbiorę.

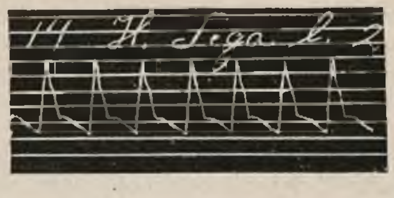
III. Helena S., lat 21. Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. W dzieciństwie przebyła ospę, zresztą zawsze zdrowa. Gośćca stawowego nigdy nie przebywała W 19 roku życia (przed 2 laty) zapadła na ciężki dur brzuszny. W ciągu tej choroby poraz pierwszy zaczęła doznawać bicia serca, które i po ustaniu choroby pozostało, zwłaszcza przy jakimkolwiek wysiłku fizycznym. Bicie to serca połączone było z dusznością i niepokojem. Na dwa tygodnie przed wstąpieniem do kliniki pojawił się silniejszy ból w klatce piersiowej, rozpromieniający się zwłaszcza ku tyłowi; zjawiły się dreszczyki i podwyższenie ciepłoty, co zmusiło chorą położyć się do łóżka. a następnie zgłosić się do kliniki.

Badanie chorej młodej. silnie zbudowanej, w narządzie oddechowym, trawienia, moczowym zmian nie wykazało. Odnośnie do narządu krążenia stan następujący: Uderzenie koniuszkowe serca w V. przestworze międzyżebrowym, oporne, na zewnątrz linii sutkowej. Stłumienie powiększone tak w rozmiarze osiowym, jak i poprzecznym, schodzi się ku stronie lewej ściśle z uderzeniem koniuszkowem serca. Na mostku tak nad rękojeścią, jak i niżej, wyraźne stłumienie, schodzące się ku dołowi ze stłumieniem sercowem, na prawo przekraczające linię mostkową na 2—3 ctm., na lewo na 1 ctm. Nad końcem serca skurczowy lekki szmer, II. ton; idąc ku lewej pasze szmer I. ginie, a pozostaje głuchy ton. Idąc ku tętnicy głównej (aorta) występuje coraz wyraźniejszy skurczowy szmer, a przy przyczepieniu III. żebra lewego słyszymy i skurczowy i rozkurczowy, bardzo wyraźny szmer. Z miejsca osłuchiwania tętnicy głównej obydwa szmery bardzo wyraźne. Nad rękojeścią mostka skurczowy szmer wyraźniejszy, niż rozkurczowy. Ku dołowi mostka szmer skurczowy słabnie, a rozkurczowy przeważa. Nad tętnicą płucną udzielony I. szmer, II. głośny ton. W miejscu osłuchiwania komory prawej dwa czyste tony. Wzdłuż mostka od IV. żebra w górę skrobiące tarcie osierdziowe. Tętnienie łuku tętnicy głównej w dołku jarzmowym *(jugulum)*. wyraźnie wyczuwalne. Tętnice obwodowe gładkie, nie pokręcone, o ścianach miękich, wyraźnie tętnią, t ę t n i c a j e d n a k d o g ł o w o w a p r a w a i s p r y c h o w a p r a w a z n a c z n i e s i l n i e j, n i ż l e w e; t ę t n i c e n a k o ń c z y n a c h d o l n y c h t ę t n i ą p o o b u s t r o n a c h r ó w n o c z e ś n i e.

Tętno duże, chybkie, większe jednak i wyraźniejsze po prawej, niż po lewej stronie. Wykazywał tę różnicę tak palec, jak niemniej i obraz sfigmograficzny, który załączam:



Tętno tętnicy sprychowej prawej (art. radialis sinistra).



Tętno tętnicy sprychowej lewej.

Ciepłota chorej przez pierwsze dni pobytu w klinice podwyższona (do 38·5° C.).

Przystępując do rozbioru opisanego stanu narządu krążenia — jasna rzecz, że mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tęt. głównej, szmer jednak skurczowy, najwyraźniej słyszalny nad tętnicą główną, a zwłaszcza nad rękojeścią mostka, nie mógł odpowiadać zwężeniu ujścia tętniczego lewego; sprzeciwiał się temu charakter tętna, którego sfigmogram wyżej podałem.

Źródła dla tego szmeru szukać też trzeba było w zmianach ścian tętnicy wstępującej, a że zmiany te istniały, świadczyło o tem z jednej strony wyżej opisane stłumienie nad mostkiem, odpowiadające rozszerzeniu tętnicy wstępującej i łuku aorty, z drugiej strony nierównomierność tętna w tętnicach obwodowych, wychodzących z łuku tętnicy głównej, świadcząca, że w ścianach łuku toczyć się musi sprawa, zwężająca ujście do tętnicy dogłowowej i podobojczykowej lewej.

Na tej podstawie rozpoznałem: *Insufficientia valv. semil. aortae, ectasia aortae ascendent. et arcus aortae subs. hypertrophia et dilatatione cordis praecipue sinistri. Stenosis aditus ad art. carotid. et subclaviam sinistram*

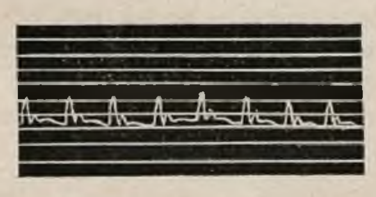
Rozpoznanie to znalazło potwierdzenie nie w sekcyi wprawdzie, bo chora do dzisiejszego dnia żyje, lecz przy prześwietleniu X-promieniami, które wykazało tętnicę główną rzeczywiście rozszerzoną, po obydwóch brzegach mostka na kilka cm. widoczną i silnie tętniącą.

Jakaż przyczyna tych zmian u tej młodej dziewczyny, zapytać się godzi? Sprawa miażdżycowa silnie rozwinięta, ograniczona tylko do pnia tętnicy głównej, bo wszystkie tętnice obwodowe przedstawiały się prawidłowo, byłaby zwykłą i może dzisiaj już anatomicznie słuszną odpowiedzią. A jednak uderzać musi, skąd, z jakiego powodu, mogła się rozwinąć ograniczona sprawa miażdżycowa u dziewczyny tak młodej, dobrze zbudowanej, nie wystawionej na żadne szkodliwości, w których upatrujemy źródło zmian miażdżycowych. Jasną będzie ta sprawa, gdy przypomnimy sobie dane z wywiadów, wskazujące, że chora ta przebywała przed 2 laty dur brzuszny, wśród którego poraz pierwszy wystąpiły przypadłości ze strony serca, że przypadłości te już stale trwają, że więc podobnie, jak w dwóch pierwszych przypadkach, wystąpiła u niej sprawa zapalna, która wnosząc po skutkach, musiała dotknąć z jednej strony śródsierdzie *(endocardium)* sprowadzając niedomykalność zastawek tętnicy głównej, z drugiej ścianę tętnicy głównej, a więc wywołać *aortitis*, która przeszła w sprawę przewlekłą, dając powód do zmian, dzisiaj stwierdzonych. Za charakterem zapalnym tych spraw przemawia i to, że po dwóch latach przychodzi do zaostrzenia sprawy zapalnej, wskutek nieznanej przyczyny, zjawia się nagle u chorej tej ból, zmuszający ją do położenia się do łóżka, stan gorączkowy kilkonastodniowy i wystąpienie świeżego tarcia osierdziowego *(peri-*

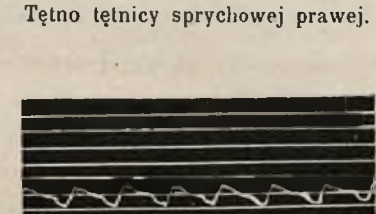
carditis) u podstawy naczyń. Nie przeczę, że przy sekcyi moglibyśmy znaleść u tej młodej dziewczyny zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej, punktem wyjścia jednak była sprawa zapalna, powstała wśród przebiegu duru brzusznego, która przeszła w sprawę przewlekłą, a więc *aortitis et endocarditis chronica.*

IV. Zofia K. lat 18, szwaczka, wstąpiła do kliniki dn. 14 lutego 1899. Rodzice żyją i są zdrowi. W dzieciństwie przebywała odrę, błonicę i ospę. W 12 r. ż. po raz pierwszy gościec stawowy ostry, trwający 5 tygodni. Następnie co roku w miesiącach zimowych nawroty choroby; ostatni nawrót przed 3 laty przytrzymał chorą w łóżku kilkanaście tygodni. Od tego czasu zupełnie zdrowa, aż do obecnej choroby, która zaczęła się w końcu stycznia b. r., a objawiała się bólem w okolicy mostka, przeszywającym ku tyłowi, rozpromieniającym się niekiedy ku ramieniu i ręce lewej, obok tego bóle głowy, krzyżów, dreszczyki, bicie serca, zwłaszcza w nocy, połączone z niepokojem. Przypadłości te zmusiły chorą położyć się do łóżka; próbowała co kilka dni wstawać, występowało jednak zaraz bicie serca, duszność i zawroty głowy.

Budowa wątła — odżywienie liche. W narządzie oddechowym objawy nieżytu oskrzelowego. Przewód pokarmowy prawidłowy. Wątroba i śledziona rozmiarów nieco większych. Mocz wysycony c. g. 1·030, bez białka. Stawy nieobrzękłe, niebolesne. Obrzęków nigdzie nie ma. Ciepłota w pierwszym dniu pobytu w klinice 37·5°C, zresztą zawsze prawidłowa. Narząd krążenia: W okolicy serca rozległe wstrząśnienie. Uderzenie koniuszkowe serca, dość oporne, w VI. przestworze międzyżebrowym lewym, na zewnątrz linii sutkowej. Stłumienie serca schodzi się ku stronie lewej z uderzeniem koniuszkowem serca, ku górze do IV żebra, ku dołowi do VI. Na mostku całym wypuk przytłumiony, na prawo do linii mostkowej, na lewo przekracza linię mostkową o 1 ctm. Nad końcem serca bardzo wyraźny przedskurczowy i skurczowy szmer, drugi ton bardzo głuchy, nieczysty. Nad komorą prawą dwa głuche tony. Nad tętnicą płucną również dwa głuche tony, II silnie zaakcentowany. Idąc od końca serca w kierunku tętnicy głównej szmery słabną. Zbliżając się ku miejscu osłuchiwania tętnicy głównej stwierdza się napowrót szmer innego charakteru, piłujący, skurczowy, bardzo wyraźny nad tętnicą główną, a jeszcze wyraźniejszy nad rękojeścią mostka, obok słabego rozkurczowego szmeru, połączonego z głuchym tonem. W tętnicach dogłowowych słychać szmer skurczowy. Tętno dość dobre, dość chybkie, tętnice obwodowe wyraźnie tętnią, jednak znów tętnica dogłowowa prawa i podobojczykowa prawa znacznie wyraźniej, niż lewa, stąd i tętno sprychowe prawe wyraźniejsze, niż lewe, jak to wskazuje załączony sfigmogram.



Tętno tętnicy sprychowej prawej.



Tętno tętnicy sprychowej lewej.

W przypadku tym należałoby rozpoznać zmianę przewlekłą zapalną śródsierdzia *(endocarditis chronica),* stojącą w związku z przebytym gośćcem stawowym, która doprowadziła do zmian w dwóch ujściach, a mianowicie:

Przedskurczowy i skurczowy szmer nad końcem serca, powiększenie rozmiarów serca, zaostrzenie II-go tonu nad tętnicą płucną odpowiadają zwężeniu ujścia żylnego lewego i niedomykalności zastawki dwukończystej.

Rozkurczowy szmer nad tętnicą główną (wprawdzie obok głuchego tonu) i przerost lewego serca, tętno chybkie, tętnienie wszystkich tętnic obwodowych, nawet na stopie, odpowiadały niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej.

A skurczowy szmer nad aortą, najwyraźniejszy nad rękojeścią mostka, udzielający się do tętnic dogłowowych, czemu odpowiadać może? Pierwsza myśl, to zwężenie ujścia tętniczego lewego. Przeciw temu przemawiało jednak usadowienie najwyraźniejsze szmeru nad mostkiem, brak cech tętna, znamiennych dla zwężenia, a nadto pewne szczegóły, czekające rozwiązania, to jest wyżej opisane przytłumienie nad mostkiem i wyraźna różnica w tętnieniu tętnic prawej i lewej strony, wychodzących z łuku aorty. Szczegóły te łatwo wytłómaczyć, gdy przyjmiemy rozszerzenie części wstępującej i łuku tętnicy głównej wskutek zmian w jej ścianie, które sprowadzają również zwężenie ujść tętnicy dogłowowej i podobojczykowej lewej, a szmer skurczowy źródło swoje miałby także w zmianie w ścianach tętnicy. Prześwietlenie X promieniami wykazało też rzeczywiście rozszerzenie całej tętnicy głównej wstępującej, tak samo jak w przypadku III.

Zmiana ta u młodej 18-letniej dziewczyny nie mogła być innej przyrody, jak zapalnej; wśród przebiegu gośćca stawowego powstała sprawa zapalna na śródsierdziu i sprawa zapalna w tętnicy głównej. Pierwsza doprowadziła do *stenosis ostii venosi sinistri, insufic. mitralis et insufic. valv. sem. aortae*, druga do *ectasia aortae et stenosis aditus ad carotid. et subcl. sinistr.*

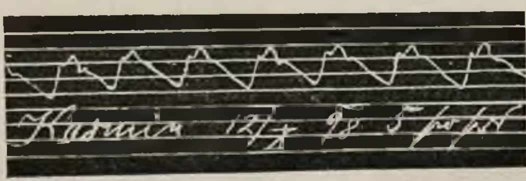
Czy dzisiaj już dołączyły się zmiany, odpowiadające procesowi miażdżycowemu? niewiem; możliwe, że już są, podkładem jednak dla nich jest sprawa zapalna, która się rozwinęła po gośćcu stawowym. Dodać muszę, że chora przybyła widocznie wśród zaostrzenia się sprawy, za czem przemawiał świeży ból pod mostkiem, napady duszności, dreszczyki i stan podgorączkowy, które to objawy wśród spokojnego leżenia chorej w łóżku ustąpiły, a chora z przybytkiem na wadze 4 klgm., podmiotowo dobrze się czująca, opuściła w 4 tygodnie klinikę.

V. Ernestyna K., lat 18, robotnica, wstąpiła do kliniki 22 maja 1898 roku. Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. — W dziecinnych latach przebyła krztusiec i płonicę, po której przez dłuższy czas miała być spuchniętą (zapalenie nerek?). Regularność od 13 roku życia, prawidłowa. W zimie roku przeszłego przy chodzeniu zaczął się pojawiać ból pod mostkiem i w lewej połowie klatki piersiowej, połączony z biciem serca, dusznością i uczuciem lęku, przyczem chora miała uczucie cierpnięcia palców kończyny górnej lewej. — Objawy te wzmagały się tak, że na 4 tygodnie przed wstąpieniem do kliniki chora położyła się do łóżka. Czterotygodniowe też leżenie poprawiło znacznie stan chorej, gdy jednak próbuje wykonywać ruchy, napady wyżej opisane wracają. Gośćca stawowego miała chora nie przebywać, od kilku lat jednak ma doznawać bólów, bliżej nie określonych, w kończynach dolnych, występujących w czasie niepogody.

Budowa wątła, powłoki ogólne blade. Narząd oddechowy, trawienia bez zmian. Obrzęków nigdzie niema. Mocz, c. g. 1·015, bez białka. Ciepłota prawidłowa. Narząd krążenia: Uderzenie koniuszkowe serca oporne, widoczne najwyraźniej w VI przestworze międzyżebrowym w linii pachowej przedniej. Nad końcem serca, a szczególnie nad podstawą serca wyraźny skurczowy »koci mruk«. Stłumienie bezwzględne sięga od III żebra do VI; na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem serca, na prawo sięga do linii mostkowej prawej. Nad

rękojeścią mostka stłumienie, sięgające zwłaszcza ku stronie prawej poza brzeg mostka i schodzące się ku dołowi ze stłumieniem serca. Nad końcem serca skurczowy szmer, rozkurczony ton, połączony ze szmerem. Idąc ku pasze lewej stwierdzamy tylko skurczowy szmer. Idąc ku mostkowi obydwa szmery słychać coraz wyraźniej, zwłaszcza rozkurczowy, który najwyraźniej słyszymy przy przyczepieniu III żebra lewego. W miejscu osłuchiwania tętnicy głównej — skurczowy szmer, rozkurczowy nieczysty ton; to samo słychać nad rękojeścią mostka. Nad komorą prawą skurczowy szmer, rozkurczowy ton; nad tętnicą płucną dwa tony, II silniejszy; obok I tonu — skurczowy szmer.

Tętnica dogłowowa prawa tętni bardzo wyraźnie, podczas gdy lewa zaledwo wyczuć się daje. W tęt icach dogłowowych skurczowy szmer. W dołku jarzmowym (*jugulum*) wyczuć można tętniący łuk tętnicy głównej i skurczowy »koci mruk«. Tętnice obwodowe nie tętnią, sprychowe obydwie wązkie, tętno słabo napięte, równoczasowe, jednakowego charakteru, w liczbie 72, czasami niemiarowe (arytmiczne), trochę słabsze na lewej, niż na prawej ręce.



Tętno tętnicy sprychowej prawej.

U tej młodej dziewczyny należało bezsprzecznie rozpoznać zmianę zapalną śródsierdzia *(endocarditis)*, usadowioną i w ujściu żylnem i tętniczem komory lewej na tle gośćca stawowego[1]; temu odpowiadał skurczowy i rozkurczowy szmer nad końcem serca *(insuf. mitral. et stenosis ostii ven. sin.)* i skurczowy szmer nad tętnicą główną, rękojeścią mostka i w tętnicy dogłowowej, małe tętno *(stenosis ostii arter sin.)* Skurczowy szmer nad tętnicą główną, rękojeścią mostka i w tętnicy dogłowowej tłómaczy się w tym przypadku zwężeniem ujścia tętniczego lewego, lecz zachodzi pytanie, czy przytoczonem rozpoznaniem obejmujemy cały szereg objawów ze strony narządu krążenia? a w związku z tem, czy ten szmer skurczowy niema jeszcze drugiego źródła swego powstania?

Przy rozwiązaniu tego pytania należy przytoczyć, że i tu musimy mieć do czynienia z rozszerzeniem wstępującej części i łuku tętnicy głównej w obec znamiennego przytłumienia na mostku, wyczuwania wyraźnego palcem łuku w dołku jarzmowym; — rozszerzenie stwierdzono rzeczywiście bardzo wybitnie przy prześwietleniu X-promieniami.

Rozszerzeniu temu u tej młodej dziewczyny z wązkiemi naczyniami odpowiadać musi zmiana w ścianie samej tętnicy głównej; świadczy o tem okoliczność, że zmiana ta musiała zwęzić ujście do tętnicy dogłowowej lewej, w której tętnienia prawie nie można było wyczuć.

Czyż nie nasuwa się mimowolnie myśl, że i w tym przypadku zmiana w ścianie tętnicy rozwinęła się na tem samem tle, co zmiana śródsierdzia, a więc na tle zapalnem, że przyczyna (gościec stawowy), która wywołała *endocarditis*, dała również powód do powstania *aortitis*.

Nie chcę przytaczać dalszych historyi chorób, świadczących, że zmiany te u ludzi bardzo młodych nie należą do rzadkości, że przy baczniejszej uwadze przypadki te okazują się liczniejsze. Stwierdzałem je zawsze prześwietlaniem, a przytoczyłem tylko te, których fotografie posiadam. Przypadki tu przytoczone były, jak widzieliśmy, następstwem rozmaitych chorób zakaźnych i odnosiły się albo do zapalenia samej tętnicy głównej *(aortitis)*, albo do równoczesnego zapalenia śródsierdzia *(endocarditis)*. Etyologia zatem tych dwóch spraw, tak doświadczalnie, jak i klinicznie, jest wspólna.

Przypadki te świadczą również dowodnie, że nad sprawą „*aortitis*“ nie można przejść tak łatwo do porządku dziennego, owszem przypadki te dowodzą, że to, co już anatomia patologiczna w części stwierdziła, zasługuje na baczną uwagę klinicystów, i że wśród ostrych chorób, a zwłaszcza po ich przebiegu, szczególniej u ludzi, dziedzicznie obciążonych, należy zwracać pilną uwagę na szereg objawów, występujących ze strony tętnicy głównej, które im świeżej występują, tem pilniejszego wymagają baczenia. Zwrócenie na nie uwagi, odpowiednie postępowanie, wytrwałość w stosowaniu spokoju nieraz przez czas długi, może usunąć sprawę prawie zupełnie, jak tego dowodzą dwa pierwsze opisane przypadki, i zapobiedz dalszemu rozwijaniu się sprawy takiemu, jaki przedstawiają trzy na końcu przytoczone przypadki.

Z szeregu objawów obok uczuć podmiotowych, jak bólu pod mostkiem, nagłego osłabienia, duszności przy ruchach etc. ze szczególnym naciskiem wymienić należy wystąpienie skurczowego szmeru nad ujściem tętnicy głównej, a najwyraźniejszego nad rękojeścią mostka; jestto jeden z pierwszych wybitniejszych objawów fizykalnych obok przyspieszenia ruchów serca, do których w następstwie przyłącza się szereg dalszych zjawisk, opisanych przez Huchard a, a przytoczonych wyżej, które tak dobitnie objaśniają opisane przezemnie przypadki.

Dodać muszę, że nie przeczyłem i nie przeczę, iż w trzech ostatnich przypadkach mimo młodego wieku chorych, bo 18 lat, są może rozwinięte już i zmiany miażdżycowe, owszem przypuszczam, że tak jest, lub że tak będzie, a będą one tylko świadczyły, że w zapaleniu tętnicy głównej po chorobach zakaźnych będziemy mieli jeden jeszcze czynnik, wpływający na wczesne powstawanie miażdżycy tętnicy głównej.

Tych kilku uwag zadaniem było zwrócić uwagę:

1) że zapalenie tętnicy głównej stanowić powinno odrębną postać chorobową;

2) że są objawy kliniczne, po których w odpowiednich warunkach zboczenie to można rozpoznać;

3) że prześwietlenie X promieniami w odpowiednich przypadkach może rozpoznanie to ułatwić;

4) że wczesne rozpoznanie musi wpłynąć na nasze postępowanie i pozwoli korzystnie zadziałać na stan chorobowy, jak tego dowodzą nasze przypadki pierwszy i drugi.

[1]) Wśród dłuższego przebywania w klinice chora dwukrotnie uległa nawrotowi typowego gośćca stawowego z gorączką, wobec czego zasługują na zaznaczenie bóle w kończynach dolnych, o których chora w wywiadach wspomina.

III. Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszym tygodniu ich życia.

Napisał
Dr Jan Lachs.

(Wykład w sekcyi pedyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Ciąg dalszy).

Ciepłotę dzieci bezpośrednio po porodzie podają różni autorowie, jak następuje:

	Liczba spostrzeżeń	Przeciętna ciepłota
Baerensprung	37	37.8° C
Schaefer	26	37·8° C
Wurster	85	37·504° C
Alexejeff	50	37·9° C
Lepine	—	37·7° C
Fehling	25	38·13° C
Andral	6	37·9° C
Edwards	—	33·9 — 35°C
Roger	—	37·25° C
Davy	—	37° C
Sommer	101	37·72° C
Quinquand	—	39·5 — 40°C
Hennig	—	37·6° C
Erőss	—	37·6° C

Z autorów tu wymienionych nie mają żadnego znaczenia badania Andrala, który oznaczał ciepłotę pod pachą noworodka, ani Quinquanda, którego liczby pochodzić muszą chyba z patologicznych przypadków.

Uwzględniając przytoczony wyżej podział naszych noworodków otrzymaliśmy jako przeciętną ciepłotę bezpośrednio po porodzie na 19 noworodków, uwzględnionych w ostatecznem zestawieniu:

w gromadzie I a)		37·96° C
„ „ I b)	na 19 noworodków	37·56° C
„ „ II	„ 8 „	37·34° C
„ „ III	„ 14 „	36·96° C

Ciepłota płodu była w porównaniu z temperaturą matki:

w gromadzie	wyższa	równa	niższa
I a)	13 razy	3 razy	3 razy
I b)	15 „	3 „	1 „
II	7 „	1 „	0 „
III	7 „	2 „	5 „

Jak z tego zestawienia widać, istnieje w każdej gromadzie znaczna liczba dzieci o ciepłocie, przewyższającej ciepłotę matki; liczba ta wynosi wszędzie co najmniej 50%. Najwięcej takich noworodków spotykamy w dwóch pierwszych gromadach, najmniej w trzeciej. Jeżeli zaś uwzględnimy wysokość słupka rtęci, to stoi on bezpośrednio po porodzie najwyżej w gromadzie Ia, niżej w gromadzie Ib, jeszcze niżej w drugiej gromadzie, a w trzeciej najniżej.

Chciałbym zwrócić szczególniejszą uwagę na to stopniowe opadanie słupka rtęci w poszczególnych po sobie następujących gromadach.

Już wielu autorów zauważyło wyższą ciepłotę u płodów gromady I a, kładąc to na karb silniejszego rozwoju płodów męzkich. W naszem zestawieniu niema pod tym względem prawie żadnej różnicy pomiędzy jedną a drugą płcią. Przeciętny bowiem ciężar donoszonych noworodków męzkich wynosił 3557 gramów, a żeńskich 3519 gr. Samej płci płodu, jako takiej, nie moglibyśmy również żadnej pod tym względem przypisać roli, zwłaszcza u płodu, znajdującego się jeszcze w łonie matki. Przypuszczenie takie wyda się nam *a priori* nieprawdopodobne, jeżeli zważymy, że, jak to w dalszym ciągu się okaże, ciepłota dziewcząt jest w pierwszych siedmiu dniach nieco wyższą od ciepłoty chłopców. My wolimy tę różnicę ciepłoty pomiędzy męzkimi noworodkami, u których najwyższa ciepłota wynosiła 38,4°C, a najniższa 35,4°C — a żeńskimi, gdzie wykazano najwyższą ciepłotę 38,45°C, a najniższą 36,6°C, kłaść raczej na karb przypadku lub innych nieznanych nam dotychczas przyczyn; jakkolwiek przyznać musimy, że tak częste powtarzanie się wyższej ciepłoty u męzkich płodów daje do myślenia.

Noworodki drugiej gromady okazują w pierwszej chwili ciepłotą o 0·42°C niższą od przeciętnej wszystkich noworodków pierwszej gromady, a o 0,38°C wyższą od płodów niedonoszonych trzeciej gromady. Jak widzimy, zajmują noworodki tej gromady pośrednie miejsce pomiędzy noworodkami całkowicie donoszonymi, a niedonoszonymi. W tej gromadzie wynosiła najwyższa ciepłota 38° C, a najniższa 36,8° C.

Najciekawsze szczegóły przedstawiają pod tym względem dzieci całkiem niedonoszone. Te są o 0,38° C zimniejsze, aniżeli dzieci drugiej gromady, a blisko o jeden stopień, bo o 0,8°C, zimniejsze od całkiem donoszonych. Okoliczność ta jest o tyle ciekawa, że stwierdza ona na płodzie ludzkim spostrzeżenie de Sota, według którego ciepłota płodu kurzego wzmaga się w miarę trwania wygrzewania. Najwyższa ciepłota, jaką u dzieci tej gromady bezpośrednio po przyjściu na świat zauważyliśmy, wynosiła 37,1° C, najniższa zaś 35,2° C. Tę ostatnią spotkaliśmy u płodu bardzo małego i omdlałego.

Różnice te pomiędzy pojedynczemi gromadami uzmysłowi nam najlepiej tablica, na której krzywa oznacza przeciętne ciepłoty, jakie otrzymaliśmy bezpośrednio po porodzie. *(Tablica ta wyjdzie w Nrze 35).*

Bezpośrednio po przyjściu na świat noworodka zaczyna jego ciepłota opadać. Spadek ten jest najsilniejszy w pierwszej godzinie, a właściwie w pierwszych trzydziestu minutach po porodzie; jest on tak gwałtowny, jak tego nigdy zresztą w życiu osobnika ludzkiego nie spotykamy. Po pierwszem *maximum* opada krzywa aż do pierwszego *minimum.*

Zastanawiano się wielokrotnie nad przyczynami tego ostatniego i niektórzy jak n. p. Baerensprung chcieli go przypisać wpływowi pierwszej kąpieli. — Dokładniejsze jednak badanie z termometrem w ręku wykazuje znaczny już spadek jeszcze przed kąpielą, a nawet przed przecięciem pępowiny. Za jego przyczynę musimy w pierwszym rzędzie uważać znaczną różnicę pomiędzy ciepłotą jamy macicy, a ciepłotą powietrza, w którem kobieta rodzi. Różnica ta jest w pokojach, dla nas nawet bardzo ciepłych, jeszcze dosyć znaczna. W salach zaś zakładów porodowych,

gdzie ciepłota jest zastosowaną do tego, ażeby w sali mogła przebywać równocześnie większa liczba rodzących, różnica ta staje się jeszcze znaczniejszą.

Płód znajduje się w jamie macicy wśród wód płodowych, które mają może tę samą ciepłotę, co on, a w każdym razie niewiele chyba niższą. Bezpośrednio po urodzeniu się dziecka rozpoczyna się parowanie wód, którego szybkość zależy od stopnia wilgoci i ciepłoty otaczającego powietrza. Wody potrzebując do tego ciepła, zabierają je oczywiście płodowi. Warunki zaś dla parowania są tu bardzo korzystne, albowiem noworodek przedstawia znaczną powierzchnię parowania.

Bardzo znaczny wpływ na ten pierwszy spadek należy także przypisać całkowitej i w dodatku nagłej zmianie stosunków życiowych i wskutek tego niedostatecznemu ogrzewaniu ustroju za pomocą oddechania. Dziecko takie nie może w pierwszych chwilach doprowadzić oddechem dostatecznej ilości tlenu swojemu ustrojowi, skutkiem czego odporność jego na zimno jest niedostateczna.

Następstwem tych, że tak powiem, naturalnych warunków jest znaczny spadek ciepłoty. Do tych warunków łączą się jeszcze inne, że tak powiem — sztuczne, bo przez nas sprowadzone. Tu należy prawie zawsze zbyt powolne zawijanie noworodka, bo często dopiero po odpętleniu, kąpiel i toaleta dziecka. Ciepłota kąpieli, jakkolwiek dostatecznie ciepłej, jest przecież zawsze niższa od ciepłoty wód płodowych. Skutkiem prawa fizykalnego dążą obydwie te ciepłoty do zupełnego wyrównania się; a jakkolwiek całkowicie do tego nie dochodzi, to jednak ciepłota dziecka obniża się. Sama kąpiel nie wywołuje jednakowoż jeszcze tak znacznego obniżenia słupka rtęci, jak pierwsze chwile po niej. Przez wyjęcie bowiem dziecka z kąpieli stwarzamy dla niego sztucznie warunki tesame, a przynajmniej bardzo podobne do tych, w jakich się znajdowało po urodzeniu się. Woda ciepła paruje z powierzchni często już znacznie oziębionego ciała noworodka i obniża jego ciepłotę jeszcze bardziej.

Najdobitniej jednakowoż przedstawiają to cyfry, przyczem zauważyć musimy, że kąpano dzieci zazwyczaj najpóźniej w 20—30 minut po porodzie. I tak zauważyliśmy:

	Przeciętną ciepłotę po kąpieli	największy spadek	najmniejszy spadek	przeciętny spadek
w gromadzie I a	35,5°C	3,1°C	0,7°C	1,57°C
„ I b	35,7°C	3,5°C	0,5°C	1,28°C
„ II	35,8°C	2,5°C	0,35°C	1,35°C
„ III	34,9°C	4,5°C	0,6°C	2,132°C

Jak z tego zestawienia widzimy, jest ciepłota po kąpieli najniższą w gromadzie trzeciej, gdzie wynosi przeciętnie 34,9°C. Największy przeciętny spadek znajdujemy również w tej gromadzie, albowiem wynosi on 2,132°C. Podobnie znajdujemy u tych noworodków największy bezwzględny spadek po pierwszej kąpieli w wysokości 4,5°C.

Za przyczyny najniższej przeciętnej ciepłoty po kąpieli u dzieci niedonoszonych uważamy: 1) niższą już znacznie ciepłotę bezpośrednio po porodzie; 2) bardzo częste niedostateczne oddechanie; 3) niestosunkowo dużą powierzchnię parowania, albowiem dzieci te mają często długość dzieci donoszonych przy bardzo nizkiej wadze ciała i 4) zupełnie niedostateczną odporność na wpływy zewnętrzne. Jeżeli bowiem brak tej odporności spotykamy w pierwszych godzinach życia u wszystkich bez wyjątku noworodków w mniejszym lub wyższym stopniu, to w tej gromadzie jest on zupełny i tłómaczy ten ogromny spadek ciepłoty po kąpieli.

Inni autorowie otrzymywali następujące liczby, jako przeciętną utratę ciepłoty po kąpieli.

Baerensprung	0,86°C
Schaefer	0,15°C
Roger	1°C
Sommer	1,87°C
Eröss	1,7°C

Po kąpieli suszy się dziecko i zawija się ciepło. Mimo to nie podnosi się jego ciepłota zaraz, ale często opada jeszcze dalej i potrzeba, zwłaszcza u niedonoszonych noworodków, czasem bardzo wiele czasu, zanim pojawi się pierwsze wznoszenie się słupka rtęci w termometrze.

Z góry należałoby przypuszczać, że czas trwania spadku ciepłoty, będzie — wśród równych zresztą warunków — zależny od rozwoju płodu. Jakkolwiek tego bezwzględnie o wszystkich noworodkach twierdzić nie można, to przecież możemy to powiedzieć o najznaczniejszej ich części. Jeżeli bowiem nakreślimy krzywą ciepłoty w pierwszych godzinach życia noworodka, możemy zauważyć, że ciepłota noworodków w pierwszej i drugiej gromadzie rzadko kiedy opada dłużej nad 2 godziny po kąpieli, a już w dwie godziny zaczyna się zazwyczaj podnosić. To podnoszenie się ciepłoty rozpoczyna się u dzieci donoszonych pomiędzy 2—24 godzinami po porodzie. Jeden tylko raz rozpoczęło się ono w pół godziny po przyjściu dziecka na świat. W tym też przypadku miało dziecko już po 6 godzinach taką ciepłotę, jaką miało bezpośrednio po przyjściu na świat; u innych dzieci pierwszych dwóch gromad wyrównywała się ona natomiast dopiero po upływie 6—48 godzin. U jednego tylko noworodka nastąpiło to wyrównanie trzeciego dnia, u jednego czwartego, u dwóch piątego i u jednego ósmego dnia. Z całej zaś liczby (77) dzieci pierwszych dwóch gromad nie doszło do pierwotnej ciepłoty 15 dzieci.

Zupełnie inaczej zachowują się pod tym względem noworodki niedonoszone. U nich trwa obniżanie się słupka rtęci często jeszcze i 24 godzin po porodzie, z czego wynika, że one nie osiągnęły jeszcze najniższej ciepłoty po kąpieli. Podnoszenie się zaś słupka rozpoczyna się dopiero w 7 godzin, a czasem nawet dopiero w 30 godzin. Jeden tylko raz podniosła się ciepłota w 3 godziny, dwa razy w 4 godziny. Następstwem powolnego podnoszenia się ciepłoty jest, że płody takie powoli tylko dochodzą do tej ciepłoty, z jaką na świat przyszły. Dzieje się to tak powoli, że znaczna część dzieci tej gromady wogóle nie dochodzi w pierwszym tygodniu życia do pierwotnej ciepłoty, a bardzo mała cząstka, w naszem zestawieniu zaledwie 5 —, wyrównywa ją w 12—48 godzin. Na szybkość tego podnoszenia się nie ma żadnego wpływu okoliczność, czy dziecko już ssało, czy też jeszcze nie. Jestto zresztą zrozumiałe wobec tej małej ilości pokarmu, jakiej noworodek w pierwszych godzinach potrzebuje i przyjmuje. Za najważniejszą przyczynę szybszego lub powolniejszego ogrzewania się dzieci uważamy oddechanie. Dowodem tego są noworodki niedonoszone, które tak często niedostatecznie oddechają.

Gdy więc u dorosłych istnieje do pewnego stopnia zdolność utrzymania swojej własnej ciepłoty pomimo zna-

cznego nawet oziębienia otoczenia, to zdolności tej nie posiadają noworodki w tymsamym stopniu. Stopień tej zdolności zależy zaś od stopnia rozwoju. Wytwarzanie ciepłoty jest u noworodka, jak Eröss powiada, niedostateczne.

Z tego cośmy powiedzieli, wynika, że i nadal będziemy musieli się trzymać podziału, przeprowadzonego na początku. Różnice bowiem pomiędzy pojedynczemi gromadami są w pierwszych dniach tak znaczne, że przeciętna ciepłota wszystkich noworodków, razem wziętych, niebyłaby wcale miarodajną. (Dok. nast.)

IV. O wstrząśnieniu błędnika usznego (*Commotio labyrinthi*).

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników pol.)

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Nasuwa się teraz główne pytanie: jakie zmiany powstają po takiem wstrząśnieniu, wywołującem te objawy? Jaka sprawa toczy się w zakończeniach nerwowych, będąca bezpośrednią przyczyną owych objawów, a skutkiem wzmożonego ucisku śródbłędnikowego, albo wzmożonego parcia endolimfatycznego, albo innego mechanicznego lub fizycznego bodźca tam, gdzie, jak już wspomnieliśmy, wypada wszelkie uszkodzenia anatomiczne wykluczyć, albo gdzie zdają się one przynajmniej nieprawdopodobnemi? Schwartze sądzi, jak już podaliśmy, że sprawa ta polega na zaburzeniu równowagi pierwiastków drobinowych, molekularnych, w przyrządzie nerwowym końcowym Należy przyznać, że niezgodne, a często wręcz sprzeczne ze sobą wyniki i zapatrywania ścisłych spostrzegaczy i eksperymentatorów nie pozwalają jeszcze na dokładne i jasne określenie sprawy i zmuszają uciekać się do przypuszczeń dla wypełnienia luk wywodów. Otóż naszem zdaniem ostatnia i bezpośrednia przyczyna wewnętrzna tych zaburzeń najlepiej daje się wyjaśnić w sposób następujący.

Według fundamentalnych poszukiwań Waldeyera układ nerwowy składa się z układu luźno ze sobą połączonych jednostek nerwowych t. zw. neuronów. Przypuśćmy, że przez nadzwyczaj silny bodziec dźwiękowy albo ruchowy i powstający ztąd nadmierny ruch endolimfy rozluźnia się jeszcze więcej związek tych jednostek komórkowych w dotyczących nerwach, przez co powstają warunki dla zaburzenia słuchu i równowagi. Prawidłowy próg pobudliwości neuronu n. słuchowego dla bodźców fizyologicznych posuwa się w górę, zwyczajne bodźce fizyologiczne stają się niewystarczającymi i potrzeba teraz podniety znacznie silniejszej, by osiągnąć próg neuronu, by wyzwalać wrażenia. Przy uwzględnieniu wykazanej różnicy w budowie anatomicznej obu gałązek tego nerwu możemy sobie także tłómaczyć odmienne następstwa po ich zadrażnieniu. Składniki neuronu n. przedsionkowego mogą częściej wobec bodźców zewnętrznych, t. j. pewnych urazów, wracać do zupełnej równowagi bez szwanku, a nawet mogą się do powtarzających się takich podrażnień przyzwyczajać; wrażliwość tego nerwu, względnie ośrodka statycznego w móżdżku może się przytępić tak, że późniejsze podrażnienia już nie mają tego samego skutku co do zaburzenia równowagi, jak z początku. Np. tańce, które u pewnego osobnika z początku wywołują zawrót głowy, mogą po dłuższem ćwiczeniu nie wywołać już tego następstwa—okoliczność, z której, jak niżej zobaczymy, skorzystać możemy dla celów leczniczych. Być jednak może, że przyzwyczajenie to polega na tem, że inne nerwy i narządy obejmują przez ćwiczenie zastępczo czynność błędnika co do utrzymania równowagi, jak już powyżej widzieliśmy. Stąd pochodzi, że do pewnych zawodów można się przyzwyczaić, że n. p. kominiarze, blacharze i t. d. wskutek przyzwyczajenia obracają się na dachach, murach, drabinach i t. p. miejscach zupełnie swobodnie, pewnie i bez szwanku, gdzie największa część ludzi zdrowych, a do tych czynności nie przyzwyczajonych, dostałaby zawrotu głowy. Inaczej się ma rzecz co do n. ślimakowego. Jego neurony, raz straciwszy równowagę, trudniej wracają do stanu prawidłowego, owszem raczej co raz więcej od niego się oddalają pod wpływem bodźców swoistych t. j. głosów, dźwięków i t. p. Dlatego to często znajdujemy u takich chorych, wystawionych na częste bodźce, stałe zaburzenia: szum i głuchotę postępującą, a nawet anatomiczne zmiany następowe, jak zanik, prawdopodobnie wskutek nieużywania (Inactivitätsatrophie), jak u kowali, kotlarzy, maszynistów i t. p. Ta różnica w patologii obu nerwów daje się zresztą także tłómaczyć samem zmniejszeniem ich pobudliwości, z czego wynika dla jednego nerwu przytępienie słuchu, dla drugiego przyzwyczajenie do pewnych urazów, u obu jako skutek zwolnienia spójności neuronów. Podrażnienie n. ślimakowego wywołuje wrażenie słuchu, przytępienie pobudliwości tego nerwu musi zatem pociągnąć za sobą niedosłyszenie; podrażnienia n. przedsionkowego sprowadzają zaburzenia równownowagi, zmniejszenie jego pobudliwości musi zatem mięć za skutek brak tych zaburzeń.

W ten sposób najłatwiej nam tłómaczyć wszystkie objawy wstrząśnienia występujące za życia bez innych zmian anatomicznych, prócz takich, które są późniejszymi wynikami porażenia czynnościowego, jak zmiany odżywcze i zaniki. Rozszerzając prawo to na całą patologię nerwową możnaby było, jak mi się zdaje, w ten sam sposób tłómaczyć wszystkie albo przynajmniej pewną część przypadków t. zw. nerwicy urazowej (*neurosis traumatica*).

Być może, że zjawisko słuchowe t. zw. *paracusis Willisii*, polegające na tem, że pewne osobniki, zdrowi i chorzy, lepiej słyszą rozmowę i głos, jeżeli równocześnie jest hałas, albo szmer, jak n. p. podczas jazdy koleją i t. p.—ma swoją przyczynę podobnież w lekkiem wstrząśnieniu i przez to wzmożonej wrażliwości zakończeń nerwowych słuchowych. Przypuszczenie to wyzyskał Dundas-Grant w celach leczniczych i rzeczywiście osiągnął poprawę słuchu w stwardnieniu ucha środkowego zapomocą ruchów drgających, wywartych siłą elektryczną na stos kręgowy. Beckman również odnosi poprawę słuchu w *paracusis Willisii* do wstrząśnień całego ciała i narządu słuchowego, tłómaczy jednak działanie tych wstrząśnień w inny sposób. Breitung tłómaczy to samo zjawisko tem, że zbyt silne bodźce akustyczne lub wstrząśnienia wzmagają styczność albo spójność komórkowych jednostek neuronów, z których układ nerwowy się składa, przez co dane są warunki lepszego słyszenia. Bodźce, które u zdrowego człowieka sprowadzają znużenie nerwu słuchowego, mają u pewnych chorych torować w ten sposób drogę dla lepszej percepcyi. Na podobnem działaniu polegać mają skutki, osiągnięte zapomocą wstrząśnień błony

bębenkowej sposobem Lucaego, wywołanych zgłębnikiem uciskowym. Temu tłómaczeniu sprzeciwia się jednak doświadczenie codzienne, że zbyt silne bodźce wywierają szkodliwy wpływ na bystrość słuchu.

Przypady wstrząśnienia błędnika, nie występujące natychmiast po urazie, lecz dopiero po jakimś czasie, niekoniecznie są bezpośredniemi następstwami wstrząsu t. j. samego przerwania albo rozluźnienia ciągłości neuronu, lecz mogą być wynikiem zmian następowych, rozwijających się dopiero w przeciągu kilku dni, albo tygodni. Zmiany zanikowe i zwyrodnienia, napotykane często w tworach nerwowych błędnika przy sekcyi takich chorych, należy właśnie pojmować jako drugorzędne następstwa wstrząśnienia, które pociąga za sobą zaburzenia odżywcze, albo też jako powstałe skutkiem nieczynności *(atrophia ex inactivitate)*, podobnie jak te same zmiany, znachodzące się w błędniku przy znacznych zmianach anatomicznych w narządzie głos przewodzącym, — zmianach, sprowadzających niedosłyszenie wysokiego stopnia, trwające czas dłuższy. Z takiem pojęciem rzeczy zgadza się także wynik badań Habermanna u głuchego kotlarza. Wskutek długotrwałego działania silnego dźwięku przyszło do porażenia *n. cochlearis* na podstawie ślimaka i porażenie to dopiero następowo doprowadziło do znalezionego przy oględzinach zaniku przyrządu Cortiego i nerwu słuchowego. Równocześnie obie płytki nożne strzemiączkowe były bardzo na zewnątrz przesunięte, jak to bywa przy silnym skurczu m. strzemiączkowego, co Habermann odnosi do czynności tego mięśnia, działającego w ten sposób t. j. przez skurcz, jako mechanizm ochronny przeciw zadziałaniu zbyt silnych dźwięków na błędnik. Jeżeli jeszcze uwzględnimy, że w kotlarniach ilość wysokich na ucho działających tonów jest większa, niż nizkich, to przytoczone spostrzeżenie licuje zupełnie z teoryą Helmholtza o czynnościach ślimaka, mianowicie ze zdaniem, że najwyższe tony dochodzą do percepcyi na podstawie ślimaka, niższe zaś w wyższych zakrętach ślimaka; innemi słowy neurony w pierwszem miejscu są wrażliwsze na tony wysokie, niż neurony w drugiem miejscu. Stąd też pochodzi, że częściowa głuchota, powstająca wskutek zbyt silnych dźwięków, znamionuje się brakiem najwyższych tonów w polu słyszenia, co się łatwo da wyjaśnić drogą fizyczno-mechaniczną. Przy nagłem bowiem powiększeniu parcia śródbłędnikowego endolimfa odpływa z przewodu ślimakowego przez *canalis reuniens* ku przedsionkowi. Nie mogąc zaś dość prędko odpłynąć przez ten ciasny przesmyk, zatrzymuje się w miejscu przejścia z *ductus cochlearis* do przedsionka, które właśnie odpowiada pierwszemu zakrętowi ślimaka. Przez to, nim wzmożone w ten sposób parcie się wyrówna, wywarty zostaje większy ucisk właśnie w tem miejscu, w którem według dzisiejszego stanu nauki umieszczamy włókna nerwowe, wrażliwe na wysokie tony; dlatego właśnie percepcya tych tonów wtedy najwięcej szkód odnosi.

Toynbee znalazł również przy badaniu zwłok człowieka, ogłuchłego nagle 15 lat przed śmiercią wskutek rażenia piorunem, zanik błędnika błoniastego i włókien nerwowych ślimaka.

Gradenigo jednak nie dzieli zdania, jakoby zmiany, znalezione w ślimaku, zależały od przeważnego działania wysokich tonów, gdyż zaburzenia czynnościowe i usadowienia zmian anatomicznych są zawsze te same, niezależnie od wysokości działających tonów. Przypisuje on stałość umiejscowienia zmian po pierwsze większej uraźności *(vulnerabilitas)* pewnej gromady pierwiastków percypujących, polegającej na nieznanych nam dotąd stosunkach fizyologicznych i anatomicznych, po drugie topograficznym stosunkom; gdy bowiem ta część ślimaka leży najbliżej okienek błędnikowych, jakoteż jamy czaszkowej, z których to miejsc czynniki szkodliwe, na błędnik się przenoszące, przeważnie pochodzą — dlatego też część ta t. j. pierwszy zakręt ślimaka zwykle wcześniej i silniej zostaje dotknięta.

Spostrzegane po urazie zjawisko t. zw. *diplacusis dysharmonica* tłómaczą zgodnie na podstawie teoryi Helmholtza rozstrojeniem przyrządu strunowego błony podstawowej, co się zgadza z naszem pojęciem o wstrząśnieniu neuronu. W podobny sposób, t. j. jako rodzaj nerwicy urazowej, należy też pojmować przypadki wstrząśnienia błędnika, występującego drogą odruchową, jak np. przy t. zw. nerwicy strachowej (Schreckneurose).

Obraz, nasilenie i przebieg choroby zależy od rozległości części wstrząśniętej, mianowicie od tego, czy przerwa przewodzenia nastąpiła tylko w jednym neuronie, czy też w kilku sąsiednich równocześnie, i od nasilenia wstrząsu t. j. czy przewodzenie zostało całkiem zniesione, czy tylko osłabione. Skutki te zaś są zależne od stopnia odporności tych neuronów, nie zaś od rodzaju i siły urazu. Przebieg cierpienia może przybierać tak rozmaite postaci, że zaleca się podzielić je dla lepszego przeglądu na 3 szeregi obrazów.

1) Pod wpływem silnego wybuchu, pioruna, albo uderzenia powstaje silny zawrót głowy, omdlenie, bezprzytomność, zblednięcie twarzy, chory upada. Po krótkim czasie przytomność wraca, a występują nudności, wymioty, szum w uchu, zawrót głowy i przytępienie słuchu obok innych objawów nerwowych, zależnie od rodzaju urazu. Wszystkie te objawy mogą szybko przeminąć, albo jakiś czas utrzymywać się i może się rozwinąć obraz choroby Ménièrea. Słuch może być od pierwszej chwili całkiem, albo częściowo zniesiony, lub też z początku nieznacznie tylko upośledzony, słabnie potem coraz więcej, inne zaś objawy, jak nudności, szum w uszach, a najpóźniej zawrót głowy mogą tymczasem powoli ustąpić. Rzadko słuch później także się poprawia. W przypadkach z takim przebiegiem istnieją najczęściej w błędniku uszkodzenia organiczne, jak wylew krwi i inne, rzadziej tylko chodzi o samo wstrząśnienie i zaburzenia czynnościowe. Obraz taki, wywołany np. przez piorun, pojmować należy, jako nerwicę urazową, spowodowaną przez wstrząs (shok) elektryczny; łączy się on często z innymi objawami nerwowymi.

2) W innym szeregu przypadków wskutek jednej z wymienionych na wstępie przyczyn występuje ogłuchnięcie, zawrót głowy, zataczanie się, szum w uszach i nawet nudności, które mogą zaraz ustąpić, nieraz jednak w różnym stopniu rozmaicie długo się utrzymują, przedstawiając zbiór objawów Menierowskich. Po wystrzale armatnim, albo po wybuchu, uderzeniu i t. p. mogą pojawić się nagle oszołomienia, zawrót głowy, szum w uchu i upośledzenie słuchu. Przypadom tym towarzyszą nieraz objawy odruchowe ze strony jąder w rdzeniu przedłużonym, sąsiadujących z jądrami n. słuchowego i wtedy można zauważyć drgania mięśni twarzowych, zblednięcie twarzy, ślinienie, ból głowy, rwę zębów, nigdy zaś nie spotyka się wrażeń świetlnych lub ko-

lorowych. Spostrzegano przypadki, w których po jednym z takich urazów pozostawała trwale głuchota wskutek doraźnego porażenia n. słuchowego, albo tylko trwały szum w uszach i upośledzenie słuchu. Niedosłyszenie takie może nieraz później poprawić się, rzadziej — całkiem nawet ustąpić. W ciężkich przypadkach nie chodzi po największej części i tu o samo wstrząśnienie, lecz najprawdopodobniej powstały już wybroczyny w błędniku i i. p. zmiany anatomiczne. W lżejszych przypadkach pojawiają się tylko różne zboczenia słuchowe, uszkodzony nie słyszy tylko pewnych tonów, pewnych dźwięków, albo słyszy wszystko ze zmienionym dźwiękiem *(paracusis)*, lub okazuje niezwykłą wrażliwość na bodźce głosowe (przeczulica słuchowa) i doznaje różnych podmiotowych wrażeń słuchowych, najczęściej dzwonienia, śpiewu w bardzo wysokich tonach i t. p. Nieraz szum taki, jak również objawy zawrotu, mogą trwać przez całe życie, częściej jednak objawy te powoli ustępują, a zazwyczaj tylko zaburzenie bystrości słuchu utrzymuje się dłużej albo trwale. W lekkim stopniu wstrząśnienia powstałe ogłuchnięcie, połączone z podmiotowemi wrażeniami słuchowemi, może po kilku godzinach albo dniach całkiem ustąpić. Stopień jednak wstrząśnienia jest zupełnie niezależnym od siły i rodzaju urazu, gdyż lekki uraz może za sobą pociągać bardzo ważne następstwa, a silny żadnych albo tylko nieznaczne. Tak np. Urbantschitsch przytacza przypadek, w którym po lekkiem uderzeniu łyżką w czoło wystąpiły od razu przemijające zaburzenia równowagi, a po 8 dniach pojawiła się nagle trwała głuchota obustronna.

W pewnych zawodach, w których osobnik wystawiony jest na częste zadziałanie wysokich dźwięków, wytwarza się powoli coraz znaczniejsze upośledzenie słuchu, po części połączone z podmiotowemi wrażeniami słuchowemi, przeważnie o charakterze śpiewu, rzadziej wiążące się z objawami zawrotowymi. Tu wymienić należy kotlarzy, strzelców, kowali, ślusarzy, młynarzy, maszynistów, wogóle robotników w warsztatach maszynowych, mechaników, konduktorów, prowadzących parowozy, palaczy i wogóle służbę kolejową, którzy przy pracy otoczeni są ciągłym hukiem i hałasem, a u których n. słuchowy, wstrząśnięty wskutek ciągłego drażnienia przez dźwięki, ulega zaburzeniom czynnościowym, jak to przeważna większość autorów zgodnie utrzymuje.

Sposób i kierunek zadziałania tych czynników urazowych, oraz ich oddalenie nie pozostaje całkiem bez wpływu na ich skutki i tak n. p. w zamkniętej przestrzeni, zbliska, i u osoby na to przygotowanej huk, dźwięk, wybuch i t. p. wywierają silniejsze skutki, niż działając na wolnem powietrzu, niespodziewanie, z większej odległości. U strzelców lewe ucho częściej bywa zajęte.

Blake, Lannois, Gelle i i. zwracali uwagę na zaburzenia słuchowe, powstające wskutek częstego używania telefonu, szczególnie u osób, dotkniętych już dawniej chorobą słuchu. Najczęstszym objawem są tu: nadczułość słuchowa, uczucie ucisku i zajęcia w uszach i postępujące przytępienie słuchu, do czego czasem dołącza się ogólna nerwowość, jak to Politzer nieraz zauważał. Jest według Politzera prawdopodobnem, że zaburzenia i objawy nerwowe, pojawiające po używaniu telefonu odnieść należy do wysokich tonów telefonu, nieprzyjemnych dźwięków ubocznych i natężonej uwagi słuchających. Podobne objawy, jak oszołomienie, zajęcie głowy, wrażliwość słuchowa, spostrzegano po dłuższem słuchaniu przy fonografie, jednak objawy te w krótkim czasie mijały. Tak samo po innych urazach mogą zjawiać się objawy błędnikowe, w postaci mniej lub więcej podobnej do choroby Ménièrea, z przebiegiem rozmaitym. Napady zawrotu głowy mogą występować codziennie, lub też w mniejszych lub większych odstępach czasu, co kilka tygodni albo miesięcy. Nie rzadko w początku bardzo silne zaburzenia równowagi zwolna ustępują, natomiast równolegle słuch się coraz więcej pogarsza.

Takie, krótszy albo dłuższy czas, albo też trwale utrzymujące się nadwerężenie czynności nerwów błędnikowych polega w pewnych razach na nerwicy urazowej błędnika, o której mówiliśmy, bez wszelkiego uszkodzenia anatomicznego, analogicznie do zaburzeń czynnościowych pourazowych w innych narządach zmysłowych, jak w narządzie wzrokowym i i., a nieraz stanowi objaw częściowy ogólnej nerwicy urazowej, jak n. p. po wypadkach kolejowych w t. zw. „Railway-spine.“

Jak już podnieśliśmy, nie zawsze wszystkie te objawy występują w wstrząśnieniu błędnika, lecz raz jeden, raz drugi z nich przeważnie, albo wyłącznie wysuwa się na pierwszy plan i to raz natychmiast po urazie, innym razem dopiero po jakimś czasie, a nawet spostrzegano, że takie zawodowe nadwerężenie czynnościowe n. słuchowego pojawiało się, postępowało, albo pogarszało się dopiero w jakiś czas po usunięciu się ze szkodliwego zawodu i po ustaniu przyczyny urazowej.

3) Nareszcie odróżnić należy osobną gromadę przypadków z przebiegiem przelotnym, w których objawy zaburzenia równowagi zjawiają się i znikają, jak błyskawica, albo równocześnie z ustąpieniem przyczyny, lub bardzo prędko po niem. Cierpienie występuje zawsze napadowo. Po zadziałaniu jednej z wymienionych przyczyn pojawiają się: silny zawrót głowy, nudności, wymioty, przekręcenie ócz, drganie gałek ocznych, czasem nawet zemdlenie, upadnięcie, nieraz też szum w uszach i przytępienie słuchu, podobnie jak w chorobie Ménièrea, z tą tylko różnicą, że tutaj objawy te zaraz ustępują. Tu przebieg nakazuje stanowczo wykluczyć istnienie wszelkiej, szczególniej trwałej zmiany anatomicznej. Przypadki takie mogą służyć jako wzór wstrząśnienia błędnika κατ᾽ ἐξοχήν, *Commotio labyrinthi sensu strictiori*. Sprawę, toczącą się w tych razach w błędniku, różni autorowie różnie pojmują; bądźto jako chwilowe przelotne zaburzenia w krążeniu i wydzielaniu, chwilowe, szybko przemijające wzmożenie parcia śródbłędnikowego, bądź jako zboczenia czynnościowe i odruchowe, najprawdopodobniej wskutek wstrząśnienia neuronów, jak wyżej wyłuszczyliśmy. Tu należą prędko mijające objawy zawrotu po przestrzykiwaniu ucha, po wpędzeniu powietrza do ucha środkowego, po cewnikowaniu trąbki Eustachiusza, po ucisku na skrawek, szczególnie przy odsłoniętej ścianie błędnika. Tu zaliczyć także wypada objawy, występujące przy silnem huśtaniu, nagłem obróceniu głowy, przy tańcach wirowych, w chorobie morskiej, u pewnych osób także podczas jazdy koleją, na karuzelach, konno, na wozie, przy zadziałaniu głosowem, przy galwanizacyi głowy i t. d. Że zawrót t. zw. galwaniczny pochodzi z błędnika, udowodnił niezbicie Pollak doświadczeniami na żywych wykazując, że automatyczne ruchy głowy i ócz, występujące mimowolnie pod wpływem działania prądu elektrycznego, nie pojawiają się pod tymi samymi

zresztą warunkami u tych głuchoniemych, którzy także przy innych doświadczeniach okazywali zboczenia, przemawiające za brakiem lub niesprawnością narządu łukowatego. Doświadczenia Jensena na gołębiach zdrowych i pozbawionych błędnika doprowadziły do tego samego wyniku. Zawrót ten powstaje według Breuera i Ewalda przeważnie przez drażnienie narządu przedsionkowego w podobny sposób, jak fosfeny, występujące bez współudziału mózgu przez drażnienie siatkówki. (Dok. nast.)

V. Wyciągi.

Gowers (Londyn): **Epilepsia minor.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 29, 1900). Najczęstszym, prawie typowym objawem powyższego cierpienia jest całkowita lub częściowa utrata przytomności, łącząca się niejednokrotnie z ogólnem zwiotczeniem mięśni i bezwiednem oddawaniem moczu. Ostatni objaw, występujący częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, może nawet pojawić się i w tych przypadkach, w których utrata przytomności mija tak szybko, że nie dochodzi do świadomości chorego. Do powyższego obrazu dołączają się jeszcze najrozmaitsze odczucia (sensacye), z których znów najczęstszym jest zawrót (*vertigo*), mogący być przedmiotowym lub podmiotowym, według tego, czy chory sam przez się odczuwa ruch obrotowy, czy też otaczające przedmioty ruch ten rzekomo wykonują. Drugiem dziwnem odczuciem jest odczuwanie snu (Traumempfindung), któremu często towarzyszy mlaskanie: choremu się wydaje, że poraz wtóry przechodzi ten sen, który już raz prześnił. Z innych tu występujących sensacyi należy jeszcze wymienić przemijające zamroczenie, spostrzeganie jaśniejących gwiazd, lub uczuwanie nagłych od dołu ku górze posuwających się dreszczów, które chory tłómaczy, jakoby mu „krew uderzała do głowy". Skoro napad taki przeminął, opanowuje chorego pewnego rodzaju krótsze lub dłuższe oszołomienie, połączone z drgawkami, czasami także i wymiotami. Nagłe wystąpienie tych napadów bez widocznej zewnętrznej przyczyny i krótkie ich trwanie utwierdzają rozpoznanie; cierpienie to możnaby pomieszać tylko z chorobą Meniera (*vertigo ab aure laesa*), w której atoli bardzo często występują zmiany w narządzie słuchowym (szum i t. p.). Leczenie opiera się na stosowaniu przetworów bromu i cynku, również działają dobrze: *hyoscinum hydrobromicum*, wilcza jagoda lub konopie indyjskie; pomyślne skutki można także osiągnąć przez połączone podawanie strychniny z nitrogliceryną przez dłuższy czas. W końcu nadmienić wypada, że leczenia nie należy nagle przerwać, względnie zaniechać, lecz stopniowo postępować, albowiem *epilepsia minor* ma skłonność do nawrotów.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. King: **Leczenie drgawek porodowych.** (*Frauenarzt*, XV, Jahrgang, Heft 5). Wychodząc z tej zasady, że drgawki porodowe są mocznicowego pochodzenia, stosuje autor przedewszystkiem obficie środki przeczyszczające, ciepłe kąpiele, parówki lub też zawijania wilgotne dla wywołania potu, następnie stawia na obie okolice nerek u niedokrewnych kobiet bańki suche, cięte u pełnokrwistych, raz tylko plaster gorczyczny, który tylko aż do zaczerwienienia się skóry pozostawia, w końcu stosuje gorące okłady z siemienia lnianego i liści naparstnicy, a gdy w ten sposób przekrwienie nerek się zmniejszyło, jednak nie wcześniej, podaje wewnętrznie naparstnicę i cytrynian litowy dla wzmożenia czynności wydzielniczej nerek. Chorą układa autor sposobem Simsa, albo wogóle w ten sposób, aby znieść ucisk macicy ciężarnej na przeponę i miednicę. Aby same drgawki podczas napadu znieść, podaje obfite dawki *Extr. fluid. Veratri viridis* z morfiną podskórnie; bezpośrednio w samym początku napadu dla osłabienia tegoż ostrożnie chloroform. Samo przez się rozumie się, że pożądanem jest ukończenie porodu (n. p. zapomocą kleszczy). Jeżeli się jednak udało napady znieść, a poród sam bez przeszkody postępuje, tem lepiej dla chorej, gdyż każdego gwałtownego zabiegu, o ile się to tylko da, należy unikać. Szczególną uwagę zwraca autor na otoczenie chorej; pokój powinien być zaciemniony, cisza w pokoju jak największa.

W końcu uważa autor często spotykane wklinowanie się języka między zęby (przeciw czemu zaleca się wstawić jakiś przedmiot między zęby) za objaw pewnej dążności samozachowawczej ustroju, przekonanym bowiem jest, że śmierć w przypadkach drgawek porodowych polega na uduszeniu z powodu opadania języka i zamykania głośni przez nagłośnię; dlatego, aby temu zapobiedz, radzi usta roztwierać i uchwyciwszy język kleszczykami wyciągnąć go ku przodowi. *Dr. Ludwik Friedmann.*

Schudmak i Vlachos (Wiedeń): **Przypadek duru brzusznego z następowem zropieniem gruczołu tarczykowego** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 28, 1900). W szczegółowo opisanym przypadku duru brzusznego przyszło do zropienia gruczołu tarczykowego; kilkakrotne badanie ropy, uzyskanej strzykawką Pravatza, wykazało najwyraźniej prątki durowe, z czego autorowie wnoszą, że choroba pierwotna (dur) stoi w ścisłym związku ze zropieniem rzeczonego gruczołu. Baumgarten twierdzi, że prątki durowe nie posiadają własności ropotwórczych, a wszelkie ropienie, w przebiegu duru powstające, odnosi do zakażenia mięszanego, czemu jednak inni autorowie zaprzeczają; niemniej i ten przypadek przemawiałby przeciw zdaniu Baumgartena. Schudmak i Vlachos tedy, chcąc stwierdzić prawdziwy stan rzeczy, wykonali szereg doświadczeń na królikach i doszli do wniosku, że prątki durowe posiadają według wszelkiego prawdopodobieństwa własności ropotwórcze, które nie są zawisłe od stopnia jadowitości tego drobnoustroju. Wyjątek stanowią bardzo jadowite gatunki prątków durowych, które wskutek gwałtownych objawów chorobowych nie dopuszczają do ropienia.

Dr. Henryk Pisek.

Scherbatscheff (Moskwa): **Uwagi sądowo-lekarskie o czasie potrzebnym do wydzielenia arsenu.** (*Vjschr. f. g. M.* T. XIX, Z. II., 1900). Z powodu dochodzenia sądowego, w którem miano rozstrzygnąć pytanie, czy znaleziony w zwłokach arsen pochodził z przeprowadzonego leczenia, czy z otrucia, przedsięwziął autor cały szereg doświadczeń na psach i królikach, które miały wykazać, jak długiego potrzeba czasu, by arsen zupełnie z ustroju się wydzielił. Doświadczeniami temi stwierdził autor, że nawet po dawkach leczniczych może arszenik dość długo w ustroju pozostawać; po podskórnych wstrzykiwaniach można go było wykazać jeszcze po 160 dniach. Czas, potrzebny do wydzielenia, zależy zresztą od całej ilości arszeniku, jaką do ustroju wprowadzono; jeśli ilość jego nie przekraczała 0.03 grm., to wydzielanie ustawało w 70 dniu. Z moczu ustępował arsen wcześniej, niż z kości i mózgu. Tak przy wstrzykiwaniach podskórnych, jak i przy wewnętrznem podawaniu arszeniku zauważa się stały wzrost wagi ciała; natomiast przy śmiertelnych lub bardzo małych dawkach leczniczych (poniżej $^1/_2$ mgr.) następuje gwałtowne zmniejszanie się ciężaru ciała. Najdłużej znaleźć można arsen w mózgu i kościach i tak, po krótkiem jego używaniu najdłużej w mózgu, po długiem używaniu najdłużej w kościach. Sądzi przeto autor, że znalazłszy arsen w kościach, a nie znalazłszy go w mózgu i w innych narządach, należy raczej przypisać obecność jego leczeniu, a nie otruciu. Wydzielanie się arsenu nie następuje równie szybko u wszystkich zwierząt; u zwierząt większych następuje wydzielanie odpowiednich dawek nieco wolniej, niż u zwierząt mniejszych. Wyników, jakie uzyskano doświadczalnie co do czasu, w jakim arsen się wydziela u jednego rodzaju zwierząt, nie można odnosić do innych zwierząt, tem więcej zaś do człowieka. *Horoszkiewicz.*

Ury (Wrocław). **Przyczynek kazuistyczny do tężyczki i innych tężcowatych postaci chorobowych w przebiegu rozstrzeni żołądka.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 29 i 30, 1900). Rozstrzeń żołądka bardzo rzadko wikła się z tężyczką, dlatego uwzględnia autor tylko takie przypadki rozstrzeni, w których występują cechujące znamiona tej nerwicy, a więc: 1) ręka w ułożeniu ręki położnika, 2) zwiększenie mechanicznej pobudliwości mięśni i 3) zwiększenie mechanicznej i elektrycznej pobudliwości nerwów. Do znanych już przypadków dodaje autor swój, tyczący się 43-letniego mężczyzny, u którego zwężenie odźwiernika po wrzodzie okrągłym pociągnęło za sobą rozstrzeń żołądka, połączoną z wszystkiemi znamionami tężyczki. Obok przypadków prawdziwej tężyczki pojawiają się także w przebiegu rozstrzeni żołądka tężcowe kurcze, które łączą się z całkowitą lub częściową utratą przytomności, ale różnią się od tężyczki brakiem zwiększenia pobudliwości mechanicznej mięśni i nerwów. Przypadki te są bardzo podobne do tężca lub padaczki, nie dadzą się atoli zaliczyć do żadnej znanej postaci klinicznej. Leczenie musi być skierowane wprost przeciwko napadom, a z drugiej strony winno zmierzać do zapobieżenia, by napad się nie powtórzył; w pierwszem, wielkie i korzystne znaczenie ma dowóz płynów do ustroju (wlewania do prostnicy ciepłej wody lub mleka, wlewania podskórne roczczynu soli lub cukru). Po przebytym zaś napadzie jest autor zwolennikiem zabiegu operacyjnego (*gastroenterostomia*, w danym razie *resectio pylori*). *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Fournier (Paryż): **Kiłowe cierpienia jelit.** (*Klinisch-therap. Wochenschrift*, Nr. 28, 1900). Choroby przewodu pokarmowego, a w szczególności jelit, objawiają się w pierwszym rzędzie biegunką. Celem więc trafnego rozpoznania, czy dany przypadek rozwinął się na tle kiłowem, czy też nie, radzi autor zwrócić baczniejszą uwagę na: a) przebyte cierpienia (w kierunku kiły), b) brak wszelkiej innej przyczyny dla istniejącej biegunki, c) uparte (czasem nawet znamienne) trwanie biegunki, mimo wszystkich sto-

sowanych leków, które w zwykłych warunkach doprowadzają do celu, d) równoczesne wystąpienie innych objawów; tak n. p. obok innych objawów trzeciorzędnej kiły napotkać można także i biegunkę. Przechodząc do leczenia podnosi autor, że podawanie w takich razach jodku potasu naprzemian z przetworami rtęci daje najlepsze wyniki. Nawet owrzodzenia jelitowe na tle kiły nie stanowią przeciwwskazania do podawania rtęci *per os*, — doświadczenia bowiem wykazały, że w największej liczbie przypadków *protojoduretum hydrargyri* lub *Liquor van Swieteni* (1 łyżka dziennie), wewnętrznie użyte, skutkowały znakomicie bez szkodliwych ubocznych działań. Oczywiście, że i wcierania szaruchy bardzo dobrze działają w tego rodzaju zaburzeniach jelitowych. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 14 lutego 1900.

Przewodniczący: kol. Festenburg. — Członków obecnych 11, gości 2.

1) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek ciąży trąbkowej, w którym po jednorazowym braku regularności, dwa razy — 10 i 22 stycznia, powtarzał się zapad wśród objawów krwotoku wewnętrznego Po drugim stwierdzono w klinice guz, wypuklający prawe sklepienie pochwowe i sięgający wyżej pępka. Guz ten obecnie jest twardszy, nie wypukla już tak sklepienia i sięga tylko do pępka. Ciekawem jest, że zdaniem prelegenta wystąpiło tu poronienie trąbkowe dwuczasowo i że nie przyszło do powstania krwotoku pozamacicznego. Co do leczenia, to jest po za postępowaniem wyczekującem.

W dyskusyi wyraża kol. Solowij zdanie, że mamy tu do czynienia z pęknięciem trąbki do więzadła szerokiego, nie z poronieniem, gdyż w tym razie byłby powstał krwotok pozamaciczny, którego tu nie ma. W obec obawy powtórzenia się krwotoku, przemawia S. za postępowaniem czynnem. Zgadza się z nim w tym względzie kol. Rosner, a kol. Festenburg radzi przeczekać, aż chora lepiej się skrzepi, a potem wykonać laporatomię. W odpowiedzi konstatuje kol. Kośmiński, że w tylnem sklepieniu są pewne zmiany, wskazujące na to, iż pierwotnie było tu także wolne wynaczynienie do jamy brzucha. Co do leczenia, to uważa za decydujące, czy ciąża dalej się rozwija. Tu guz się zmniejsza, *indicatio vitalis* nie ma, a zabieg operacyjny byłby bardzo niebezpieczny.

2) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek rozmiękczenia kości w pierwszych początkach rozwoju, ciekawy zarazem o tyle, że według wywiadów sprawa chorobowa rozpoczęła się tu niezależnie od ciąży. Ostatni poród przed 2 laty wymagał wprawdzie użycia kleszczy, podczas gdy 3 poprzednie odbywały się siłami przyrody —, ale objawy chorobowe datują się dopiero od 4 miesięcy.

W dyskusyi stwierdza kol. Marischler, że tak w tym, jak i w innych dość licznie spostrzeganych przypadkach w klinice prof. Gluzińskiego zauważano zawsze podniecenie odruchów kolanowych.

3) Kol. Kośmiński przedstawia jeszcze raz przypadek wypadnięcia macicy, omawiany na poprzedniem posiedzeniu i zwraca uwagę na to, że odprowadzona macica utrzymuje się dotąd w prawidłowem położeniu.

4) Nakoniec przedstawia kol. Kośmiński przypadek wrodzonego braku pochwy, w którym obok *habitus* wybitnie żeńskiego i prawidłowego sromu zewnętrznego, uderza przy badaniu przez odbytnicę zupełny brak nawet szczątków pochwy, podczas gdy szczątek macicy i obie trąbki i jajniki niezwykle łatwo i wyraźnie wybadać można. Chora skarży się jedynie na niemożność spółkowania i bole pod pachwinami, które występują co miesiąc przez jeden dzień. Prelegent wspomina o ewentualnych wskazaniach do kastracyi i wytworzenia sztucznej pochwy.

W dyskusyi zgadzają się kol. Festenburg, Solowij i prelegent, że usiłowania w celu wytworzenia sztucznej pochwy bywają w tych razach bezskuteczne.

5) Kol. Solowij okazuje preparat raka tylnej i bocznych ścian pochwy, przechodzący na macicę. Przypadki takie są rzadkie; tu operacya (*extirpatio totalis per vaginam*) a zwłaszcza dostęp do jamy Douglasa był bardzo utrudniony.

6) Kol. Solowij przedstawia dalej drugi przypadek raka macicy, operowany przez pochwę z użyciem klamer. Klamry odjęto po 48 godzinach, a dopiero 8-go dnia wystąpił nagle groźny krwotok, który wstrzymano tamponem, stosując zarazem przez 6 godzin ucisk na aortę brzuszną. Prelegent sądzi, że powinno to być pewną przestrogą co do użycia klamer.

W ożywionej dyskusyi nad tą kwestyą przemawiają koledzy: Kośmiński, Kuczera i prelegent.

7) Kol. Solowij przedstawia nakoniec preparaty i omawia przypadek, w którym pierwotnie, gdy chora przybyła na klinikę z poronieniem w toku, rozpoznano otorbioną *pelveo-peritonitis purulenta* i wypuszczono dnia 9 września z. r., po nacięciu od strony tylnego sklepienia, około 2 litry ropy. W dalszym przebiegu pokazało się, że był to prawdopodobnie zropiały torbiel skórzakowy. Oprócz kilku zębów i kości, które częścią wypłókano, częścią z łatwością wyjęto, sterczał do wnętrza ropnia guz, osadzony także zębami, który dopiero po rozszerzeniu otworu (dnia 29 stycznia b. r.) odkryto. Wśród usiłowań w celu wyosobnienia tego guza i wyjęcia go, wydobyto wraz z nim kawałek moczowodu tak, że po 2 dniach musiano nakoniec przystąpić do wyjęcia nerki. Operacya ta była od początku trudną z powodu wielkiej ilości tłuszczu; ciekawem zaś przy tem było, że nerka zaraz przy pierwszem poruszeniu się oderwała. Krwotok stąd powstały wstrzymano chwilowo tamponem, a gdy potem miano podwiązać naczynia, okazało się, że te już nie krwawią i odnaleźć ich nie można. Założono więc worek Mikulicza i chora do dzisiaj — po 15 dniach — żyje i ma się względnie dobrze.

W dyskusyi nad rodzajem guza, dotąd jeszcze drobnowidowo nie zbadanego (*Teratoma* czy torbiel skórzakowy?), jakoteż nad pytaniem, dlaczego nerka tak łatwo się oderwała i krwotok potem bez podwiązania naczyń sam ustał — zabierają głos koledzy: Kośmiński, Krzyszkowski i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

VII. Korespondencye.

Paryż, 17 sierpnia.

Sprawa słowiańskiego wiecu delegatów komitetów narodowych kongresu i dziennikarzy pism lekarskich nie była w początku ani tak prostą, ani tak łatwą, jakby to wnosić było można z jej ostatecznego zakończenia. Wyznać głośno należy, że pierwotny projekt czeski był szkodliwy dla jednych, niewykonalny, a często bezprzedmiotowy dla wszystkich. Pomimo wyrzekania się wszelkiej polityki, powstał on pod wpływem politycznego położenia narodu czeskiego i zupełnie zrozumiałego rozdrażnienia, jakie u lekarzy czeskich wywołuje naganne zapoznawanie piśmiennictwa czeskiego przez wydawnictwa niemieckie. Nakreślając plan wiecu delegatów słowiańskich, Czesi mieli na względzie swoje własne tylko stosunki; czy wolno ich za to potępić? nie, stanowczo nie! Każdy naród ma obowiązek ratowania zagrożonego bytu, a sobkostwo w tym zakresie uzyska zawsze rozgrzeszenie przed obliczem dziejów. Wychodząc z tej samej zasady, lekarze polscy nie mogli przychylić się do pierwotnych postulatów czeskich, jako wręcz szkodliwych dla stosunków naszych, a Czesi niezawodnie nie wezmą tego im za złe, że nie kierując się samem uczuciem dla bratniego narodu, mieli na oku głównie swoje własne położenie. Spieszno nam jednak dodać, że w porozumieniu się z Czechami znaleźliśmy u nich tyle wyrozumienia i zrozumienia, tyle dobrej woli i łatwości, że nabraliśmy najgłębszego przekonania o rzeczywistej możebności zespolenia z nimi wielu naszych usiłowań umysłowych, jak n. p. zjazdy naukowe, związki wydawnicze i t. d. Jeśliby postulaty świeżo odbytego w Paryżu wiecu nie zostały wprowadzone w życie przez niektóre słowiańskie narody, a pod tym względem niech nam będzie wolno żywić niejaki sceptycyzm, Czesi z Polakami nie przestaną nawiązanych już stosunków uprawiać ku pożytkowi duchowemu obydwóch bratnich narodów.

Jak to wspomnieliśmy w poprzednim liście, komitet polski zasięgnął zdania w szerokich i najbardziej interesowanych kołach, a przekonawszy się o jednomyślności, w osta-

tniej dopiero chwili przystąpił do wiecu i przesłał do Pragi nazwisko wybranego delegata.

Ze stanowiska polskiego dwojaką drogę miał przed sobą delegat polski: albo ostentacyjnie usunąć się od wiecu, albo wcielić się w bieg jego spraw, a jeżeli to okaże się możebnem, pokierować ten bieg odpowiednio. Usunąć się ostentacyjnie, to rzecz łatwa, ale to dopiero „poza“, a nie stanowisko. Zapoznani przez Francuzów, wyrugowani przez Niemców, odrzucając bezwarunkowo wszelkie porozumienie ze Słowianami, skazujemy siebie na odosobnienie, które może nam czoło zdobi, ale nie jest objawem dodatnim życia, zwłaszcza, gdy temu wyłączeniu się nie towarzyszą i nie zapowiadają się czyny, któreby zwiastowały Canossę dla opornych. Wiec delegatów słowiańskich byłby się odbył bez nas, wytworzyłby nowy prąd, który niezawodnie podmywałby grunt pod naszemi nogami, a wtenczas minęłaby ta dogodna chwila, w której temu prądowi u źródła można było nadać inny kierunek. Komitet polski wtenczas wyznaczył delegata, kiedy się do głębi przekonał, że delegaci czescy zgadzają się na zmianę kierunku i będą popierać te postulaty, które zostały postawione przez Polaków. Czesi zostali wierni danym w Krakowie przyrzeczeniom, a uchwały, które przeszły jednomyślnie na wiecu w Paryżu, są te same, które zostały omówione w Krakowie, a różnią się zasadniczo od pierwotnych punktacyi czeskich.

A teraz parę słów wyjaśniających nasz stosunek do powziętych na wiecu uchwał.

1) Zjazdy słowiańskie zachowują nadal swój charakter narodowy, a każdy naród słowiański wstawi do statutu swych zjazdów paragraf, zapraszający Słowian jako gości na te zjazdy i dozwalający im wswym narodowym języku brać udział w rozprawach.

Ponieważ podobny paragraf, dotyczący udziału gości w zjazdach polskich, istnieje w naszym statucie, a w zjazdach poprzednich od lat 20 brali udział koledzy Czesi i obradowali w swoim własnym języku, przeto ten punkt można u nas uważać za załatwiony statutowo i zwyczajowo. Następny (X-ty) Zjazd polski odbędzie się za 3 lata: w ciągu tych trzech lat przekonamy się, jakie rękojmie dadzą inni Słowianie, co do swobody i bezkarności używania własnego języka na posiedzeniach zjazdowych, zatem nie potrzebujemy się spieszyć z rozszerzeniem tego paragrafu naszego statutu.

2) Każdy naród słowiański powoła osobną Komisyę, mającą za zadanie zebrać lekarskie słownictwo ludowe, w którem jeszcze najwięcej znajdzie się wspólnych pierwiastków językowych, co w dalszem następstwie oddziała na zbliżenie się terminologii lekarskiej poszczególnych narodów słowiańskich.

Od lat 20 posiadamy Komisyę słownikowo terminologiczną, a nasi poprzednicy wyzyskali wyrazownictwo ludowe w tym stopniu, że „Słownik terminologii lekarskiej polskiej“ zawiera to, co ma być dopiero zadaniem tej Komisyi w myśl mandatu wiecowego; przeto w tym względzie nie pozostaje nam nic do zrobienia. Oczywiście, z wydawnictw tego rodzaju u naszych pobratymców korzystać nie omieszka nasza „Komisya słownikowa“; ale wzbogacając polskie wyrazownictwo pierwiastkami, zapożyczonymi z ludowego języka innych Słowian, będziemy mieli na oku nie wytworzenie wspólnej lekarskiej terminologii słowiańskiej, bo skoro niema literatury słowiańskiej, niema języka słowiańskiego, zkądżeby się wzięła nagle terminologia słowiańska?

3) Wiec powołał Związek dziennikarzy słowiańskich, któremu poruczył sprawę zorganizowania wydawnictwa sprawozdawczego w języku francuskim, p. t. „Revue de la literature médicale slave“

Wybrany do tej Komisyi z dziennikarzy polskich dr. A. Kwaśnicki oświadczył, że przyjmuje mandat w imieniu tylko jednego czasopisma, którego jest redaktorem. Zatem czynny udział dziennikarzy polskich w tem przedsięwzięciu wydawniczem zależeć będzie *a)* od udzielenia mandatu dr. Kwaśnickiemu przez ogół dziennikarstwa polskiego; *b)* od pieniężnego poparcia Towarzystw lekar. polskich, którego zamierzone wydawnictwo niezawodnie potrzebować będzie.

Jeśli udział polskiego członka Związku dziennikarzy słowiańskich natrafia na trudności, które jednak uważamy za pokonalne, to o wiele poważniejsze zawady wyłonią się z powodu nierównomierności sił współczynnych, t. j. zasobów pieniężnych, pracy i zapału do niej u różnych narodów słowiańskich. O wiele więcej dawałoby rękojmi powodzenia takie wydawnictwo, gdyby go ujęli w swoje ręce tylko Czesi, Polacy i Kroaci i mięli na oku na razie literaturę tylko tych trzech narodów. Ten trzeci punkt uchwał Wiecu teoretycznie i praktycznie wiąże się z punktem pierwszym i drugim; nam brakuje na tyle optymizmu, ażebyśmy na ślepo uwierzyli, że w myśl zasad, wypowiedzianych przez doc. Veselyego, wszystkie słowiańskie narody szczerze przystąpią do równouprawnienia językowego, że zrzekną się uzurpowanych przez siebie praw supremacyi śródplemiennej. Zanim takim gwarancyom nie będą towarzyszyć czyny, bezpieczniej jest na razie ześrodkować siły i pracę na gruncie zachodniej słowiańszczyzny, a sprawę szerzej pojętą odczekać.

Dr. A. Kwaśnicki.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 23 sierpnia.

* Redaktor główny *Przeglądu lekarskiego* Dr. August Kwaśnicki powraca do swych zajęć redakcyjnych z początkiem miesiąca września.

* Ze znaczniejszych uzdrowisk galicyjskich dochodzi kolej żelazna tylko do Zakopanego. Obecnie ten warunek rozwoju pozyskać ma Szczawnica, ponieważ udzielono koncesyi na kolej Nowy-Targ, Stary-Sącz z odnogą do Szczawnicy.

* Dyplomy doktora medycyny otrzymały w Paryżu 4 Polki, panie: Lipińska, Preciszewska, Tobołowska i Rechniewska.

* Najbliższy międzynarodowy zjazd lekarski odbyć się ma w Madrycie w kwietniu 1903.

Mianowani: Dr. Wacław Dobrowolski lekarzem Rady miejskiej w Petersburgu. — Doc. Bach z Würzburga prof. okulistyki w Marburgu, Dr. Savas prof. higieny w Atenach, prof. patologii Debove w Paryżu profesorem kliniki lekarskiej tamże.

Zmarli: Chirurg prof. Wagner w Königshütte; b. prof. anatomii, Dr. Falconi w Cagliari.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska*, Nr. 33, B. Malewski i St. Kozłowski: Przyczynek do oddziaływania soku trzustkowego na mączkę w rozmaitych ziarn, jakoteż i z kartofli otrzymaną. M. Górnicki: Wymioty krwawe z zejściem śmiertelnem, jako dotychczas nieopisane powikłanie płonicy. W. Ettinger: 30 przypadków rzężeń wilgotnych przy obecności płynu w jamie opłucnej. — *Medycyna*, Nr. 33: L. Guranowski: O wskazaniach do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego. St. Kopczyński: Kilka słów o hemiatetozie (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Rok XXXIX. Kraków, 1 Września 1900. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu położniczo-ginekologicznego Prof. Dr. A. Czyżewicza we Lwowie.

O postępach w leczeniu przetok moczowych.

Podał

Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu w sekcyi ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Leczenie przetok moczowych weszło pod wpływem olbrzymiego rozwoju ginekologii operacyjnej na nowe, do niedawna nieznane tory i oparło się na właściwej chirurgicznej podstawie. Ponieważ zaś może nigdzie w ginekologii technika operacyjna nie odgrywa tak ważnej roli, jak tutaj, więc godzi się wspomnieć o tych, którzy około leczenia przetok moczowych dawniej jeszcze położyli największe zasługi. Simon, Neugebauer starszy, Bozeman, Bandl i Salzer doprowadzili leczenie przetok moczowych już w erze przedantyseptycznej do wielkiej doskonałości, a tem samem położyli podwaliny do dzisiejszego jego rozkwitu.

Sposób Bozemanna (1), w Niemczech przez Bandla (2) popierany, zyskał sobie całkiem zasłużenie ogólne uznanie. Zapomocą niego osiągano doskonałe wyniki, przygotowanie jednak przed operacyą było dla chorej bardzo bolesne i uciążliwe, wywoływało zapalenie i owrzodzenie błony śluzowej pochwy i trwało zwykle bardzo długo, co nie jest obojętnem w zakładach o niewielkiej ilości łóżek.

Fritsch (3), któremu zawdzięczamy najobszerniejszą z ostatnich prac o przetokach moczowych, zarzuca więc w zupełności sposób Bozemana i zdaje mi się, że ogół operatorów stoi dziś na tem samem stanowisku.

Dzisiaj zatem ogranicza się przygotowanie do operacyi do należytego oczyszczenia chorej nasiadami i przestrzykiwaniami, tudzież do poprawienia stanu odżywienia, gdzie tego potrzeba, z zachowaniem słusznej zasady, by przeczekać około trzy miesiące po porodzie, ponieważ mniej więcej do tego czasu trwa jeszcze zmniejszanie się przetoki, a czasem przychodzi nawet do samowyleczenia.

Korzystając z obfitego materyału, jakiego niestety dostarcza wschodnia Galicya, miałem w ostatnich $2^1/_2$ latach sposobność operować 37 przypadków przetok moczowych wśród w ogóle w tym czasie spostrzeganych 47 przypadków.

	1898	1899	1900	Razem
Przetoka pęcherzowo-pochwowa	16	14	5	35
Przetoka pęcherzowo-szyjkowa	2	—	5	7
Przetoka pęcherzowo-pochwowa z zupełną utratą cewki moczowej	—	1	—	1
Przetoka cewkowo-pochwowa	1	—	2	3
Przetoka moczowodowa	—	—	1	1
Liczba wszystkich przypadków	**19**	**15**	**13**	**47**
Okrojenie brzegu i zwykły szew	18	11	7	36
Oddzielenie przetoki od kości	3	—	—	3
Osobny szew pęcherza	—	—	4	3
Szew moczowodu przez pochwę	—	—	1	1
Plastyka cewki	—	1	—	1
Kolpokleisis	2	—	—	2
Wszycie moczowodów do kiszki stolcowej	—	—	1	1
Liczba wszystkich operacyj (razem z kilkakrotnymi zabiegami u tych samych chorych)	21	14	14	48
Samowyleczenie	1	—	1	2
Wyleczone operacyą	**14**	**10**	**9**	**33**
Niewyleczone operacyą	1	1	1	3
Nie dały się operować	3	3	2	8
Umarła	—	—	1	1

Materyał ten daje mi sposobność omówić niektóre ważne postępy leczenia. Przedtem jednak niech mi będzie wolno przytoczyć kilka szczegółów mojej techniki operacyjnej, którą, jak zresztą wszędzie, starałem się i tutaj jak najbardziej uprościć. A więc przedewszystkiem jak najmniej narzędzi i z wyjątkiem stołu Bozemana żadnych specyalnych przyrządów! Z wyjątkiem przetok, bardzo łatwo dostępnych i nisko w pochwie leżących, operowałem prawie zawsze na stole Bozemana w ułożeniu kolankowopiersiowem chorej. Nawet długo trwające narkozy dają się przeprowadzić na stole Bozemana przy należytej ostrożności usypiającego, lepiej jest jednak nie doprowadzać do głębokiego uśpienia tembardziej, że chodzi przedewszystkiem tylko o zapobieżenie, aby pęcherz nie wypadał. Fritsch, który rozporządza ogromnem doświadczeniem, operuje zawsze w ułożeniu grzbietowopośladkowem chorej. Tymczasem nie mogę się oprzeć powątpiewaniu, czy to ułożenie dla wszystkich przypadków wystarcza, przeciwnie nabrałem przekonania właśnie w najtrudniejszych przypadkach, że bardzo trudne operacye przetok moczowych dają się wykonać tylko na stole Bozemana. W przypadkach łatwych operowałem najczęściej bez narkozy. Blizny, zwężające światło pochwy, przecinałem po obu stronach i gniotłem palcem tak długo, aż uzyskałem ile możności wygodny dostęp do przetoki, przyczem nieraz trzeba było obkłówać krwawiące naczynia. Niedostępne przetoki ściągałem ku dołowi zapomocą cugli jedwabnych. Nic jednak nie ułatwia tak bardzo okrojenia

brzegu przetoki i założenia szwów, jak umiejętne używanie zwykłego długiego i ostrego haczyka Simona. Okrojenie brzegu przetoki miało zawsze kształt lejkowaty z wyjątkiem trudnych przypadków, gdzie dokładność okrojenia pozostawiała czasem nieco do życzenia. Stąd muszę powątpiewać o możliwości tak dokładnego okrojenia brzegu przetoki, jak tego Fritsch (l. c.) wymaga. W przypadkach łatwych dają się podobne przepisy przeprowadzić, w trudnych musimy robić ustępstwa i często jesteśmy szczęśliwi, że operacya jest w danym razie wogóle wykonalna.

Więcej, niż od okrojenia, zawisł wynik operacyi od dokładności założenia szwów. Zwykle zakładałem szwy od dołu do góry, wyjątkowo jednak wymagał kształt przetoki odmiennego kierunku szwów. Najczęściej udawało mi się założyć szwy w ten sposób, że brzegi dostósowywały się same dokładnie.

Do szycia używałem wyłącznie jedwabiu, który przewyższa swemi zaletami wszystkie inne materyały, a nawet przed drutem srebrnym ma tę zaletę, że daje się łatwo wiązać i nie sprowadza tak wielkich otworów. Trudne szwy dają się wykonać tylko zapomocą skośnego imadła i najlepiej igłami Hagedorna, które w tkance bliznowatej nie tak łatwo się łamią i dają się łatwiej uchwycić i wyciągnąć kleszczykami Péana.

Bardzo duże przetoki operowałem nieraz w odstępach (dwuczasowo), zadawalniając się na razie zgojeniem tylko części przetoki.

Największe trudności przy operacyi przetok moczowych pochodzą stąd, że pochwa jest nieraz przez blizny ogromnie zwężona i że przetoka jest czasem do kości przyrosła. Miejscem przyrośnięcia tych rozpaczliwych przetok bywa najczęściej gałąź zstępująca kości łonowej i do niedawna jeszcze stanowiły takie przetoki przedmiot beznadziejnych wysiłków operatora. W takich razach próbował Trendelenburg, czasem skutecznie, otworzyć pęcherz moczowy ponad spojeniem łonowem i zeszyć przetokę od wnętrza pęcherza. Fritsch zaś wykonywał cięcie nad spojeniem łonowem, oddzielał na tępo przetokę od kości i zakładał szwy przez pochwę, a przestrzeń między pęcherzem i spojeniem łonowem sączkował.

Dla takich przypadków podał Schauta (4) znakomity sposób, który dozwala dzisiaj z powodzeniem operować przypadki, dotąd dla techniki operatora całkiem niedostępne. Schauta wykonuje na zewnątrz od wielkiej wargi sromowej cięcie wzdłuż brzegu gałęzi zstępującej kości łonowej, a dotarłszy do okostnej dostaje się na tępo po wewnętrznej stronie kości tuż przy okostnej do blizn, przyczepiających przetokę, i oddzieliwszy blizny od kości zapomocą elewatora, zeszywa przetokę. W ten sposób operował Schauta już przed 5 laty 2 przypadki z jak najlepszym wynikiem.

W istocie jest uderzającem, jak łatwo można za pomocą sposobu Schauty oddzielić od kości rozległe blizny tak, że operacya, przedtem niemożliwa, staje się raptem łatwa. Sam miałem sposobność operować w ten sposób skutecznie trzy najtrudniejsze przypadki i przyszedłem do przekonania, że sposób Schauty jest znakomitym postępem i nieocenionem wzbogaceniem techniki operacyjnej.

Punkt ciężkości operacyi przetok moczowych leży przedewszystkiem w uruchomieniu brzegów przetoki. Kto zatem nauczy się wyszukiwać, przecinać i oddzielać wszystkie blizny, przeszkadzające uruchomieniu przetoki, ten poradzi sobie bez mała w każdym przypadku, bo nie wielkość przetoki, lecz przedewszystkiem blizny sprawiają największe trudności. Nie myślę jednak bynajmniej odmawiać znaczenia i wartości metodzie płatowej i przyznaję z góry, że może być ona zastosowaną skutecznie w wielu przypadkach, a zaznaczam tylko, że kładąc nacisk na należyte uruchomienie brzegów przetoki, zdołałem się zawsze obejść bez tworzenia płatów. Mimo szczerej chęci wypróbowania nowego i pomysłowego sposobu W. A. Freunda (5), polegającego na pokryciu przetoki moczowej zapomocą trzonu macicy wywróconej i wyciągniętej do pochwy przez tylne sklepienie, nie spotkałem również ani jednego przypadku, któryby mi się wydał stosownym do wykonania tej operacyi. W trudnych przypadkach dawałem sobie radę i bez sposobu Freunda, a w rozpaczliwych także i sposób Freunda nie dawał się wykonać, bo dla braku dostępu było niepodobieństwem wyciągnąć macicę do pochwy, a tem mniej wszyć jej trzon do przetoki. Natomiast powiodło mi się wyleczyć zapomocą sposobu Schauty niejedną niedostępną, wśród blizn ukrytą przetokę, gdzie sposób Freunda był wręcz niewykonalny. Zawdzięczałem to uruchomieniu przetoki i ułożeniu na stole Bozemana.

Tylko raz miałem sposobność wykonać całkowitą plastykę cewki moczowej. Rodząca, u której usiłowano na prowincyi różnymi zabiegami ukończyć poród, przywieziono do nas z zaniedbaniem położeniem poprzecznem i z objawami grożącego pęknięcia macicy. Wykonałem wypaproszenie płodu i odcięcie główki od tułowia. W połogu gorączka i błonicowate zapalenie błony śluzowej pochwy. Od 8 dnia połogu odchodzi mocz przez pochwę. Przy badaniu, dokonanem ku końcowi połogu, znalazłem dużą przetokę pęcherzowo-pochwową i zupełną utratę cewki moczowej. — Po upływie trzech miesięcy od porodu wykonałem plastykę cewki w ten sposób, że poprowadziłem z obu stron cięcie, równoległe z przebiegiem cewki, jednakowoż w ten sposób, że odstęp między obydwoma cięciami był ile możności wielki i dozwalał utworzyć dość szeroką cewkę, a następnie oddzieliwszy w głębi cięcia na tępo tkankę uwolniłem obydwa brzegi tak dalece, że błona śluzowa nowo utworzonej cewki moczowej dała się ze sobą zeszyć bez wszelkiego napięcia. Ponad szeregiem szwów, zespajających błonę śluzową, założyłem szereg szwów głębszych i pozostawiłem przetokę pęcherzowo-pochwową otwartą, by mocz nie potrzebował uchodzić przez cewkę moczową. Niestety wynik operacyi był prawie całkiem ujemny. Tylko $1/3$ dolna część cewki uległa zgojeniu. Po 4 tygodniach wykonałem powtórną plastykę, znowu z wynikiem niezupełnym. Tymczasem chora przerwała leczenie, pozbawiając mnie możności wykonania dalszych zabiegów.

Całkowita plastyka cewki moczowej jest niezawodnie bardzo trudna i dotychczas znamy tylko bardzo niewiele udałych operacyi t. j. takich, gdzie powiodło się utworzyć cewkę, trwale do czynności zdolną. Jeżeli niepodobna utworzyć cewkę moczową, nie pozostaje nic innego, jak w myśl rady Fritscha założyć przetokę pochwowo-stolcową, wykonać zamknięcie pochwy *(kolpokleisis)* i w ten sposób skierować odpływ moczu przez kiszkę stolcową. (Dok. nast.)

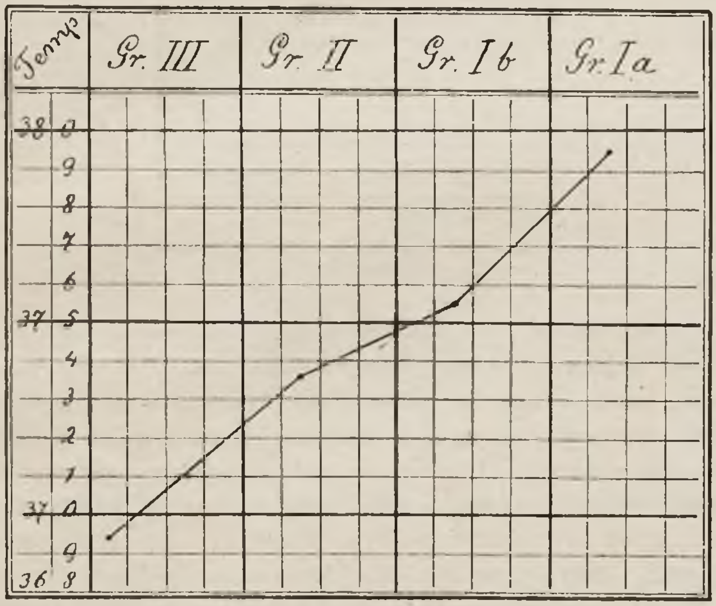
II. Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszym tygodniu ich życia.

Napisał
Dr Jan Lachs.

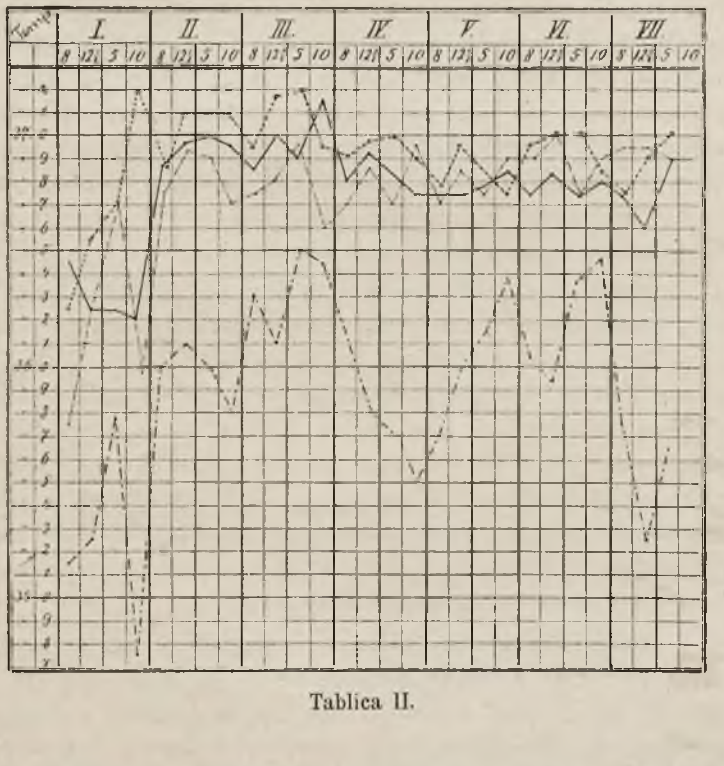
(Wykład w sekcyi pedyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Dokończenie).

Zanim przystąpimy do rozpatrzenia krzywych, musimy zauważyć, że w naszych badaniach uwzględnialiśmy tylko dzieci zdrowe. Nie wykluczyliśmy jedynie dzieci z bardzo słabą żółtaczką, gdyż ta, jak wiadomo, nie wpływa na zmianę ciepłoty.



Tablica I (por. Nr. 34, str. 509, szpalta prawa).



Tablica II.

Z linii, wykreślonych na drugiej tablicy wynika, że:

1) krzywa, oznaczająca wahania dzienne ciepłoty dzieci donoszonych żeńskich zazwyczaj wyżej biegnie, aniżeli u płodów męzkich, że więc noworodki żeńskie są cieplejsze, aniżeli męzkie, fakt, który dla dorosłych również już wykazano. Różnica jest jednakowoż nieznaczna.

2) Szczyt krzywej nie dochodzi zazwyczaj wysoko, jakkolwiek czasem bez żadnej wykazalnej przyczyny napotykaliśmy u noworodków, pozornie zdrowych, tak znaczne podwyższenia, jakie zdarzają się u dorosłych bardzo rzadko i to tylko przy ciężkich schorzeniach.

3) Wahania dzienne są z wyjątkiem pierwszego dnia nieznaczne.

4) Najwyższa ciepłota przypada zazwyczaj na godziny południowe i popołudniowe, a najniższa, w przeciwieństwie do spostrzeżeń Erőssa, na ranne i wieczorne, przyczem zauważyć trzeba, że różnica między ranną, a wieczorną ciepłotą jest w zwykłych warunkach bardzo nieznaczna.

5) Szczególniejszej jakiejś różnicy pomiędzy pojedynczymi dniami, — z wyjątkiem pierwszego dnia, — jaką podają niektórzy autorowie, nie ma.

Krzywa nasza, porównywana z krzywą Baerensprunga przedstawia się nieco odmiennie. Nasza przebiega bowiem wogóle niżej, a wahania dzienne nie są na niej tak wybitne, jak na tamtych. Przyczyną tego jest okoliczność, że ich krzywe oznaczają ciepłotę noworodków bez względu na ich płeć, długość i ciężar.

Zupełnie inaczej przedstawia się ciepłota noworodków niedonoszonych. Najznamienniejsze dla niej jest, że tak powiem, iż ona właściwie nie posiada żadnych szczególnych znamion. Stałą jej własnością jest jedynie to, że zawsze nisko przebiega. Szczyt jej nie dochodzi nigdy nawet do najniższego punktu krzywych, wykreślonych dla dwóch pierwszych gromad, z wyjątkiem pierwszego dnia życia. Dzieci niedonoszone nie są w stanie wyrównać utraconej ciepłoty. Wahania dzienne ich są bardzo znaczne, a najwyższa i najniższa ciepłota nie wiąże się wcale z określonemi porami dnia. Raz wypada najniższa ciepłota rano, innym razem w południe lub wieczorem. Ciepłota płodów niedonoszonych przebiega, jak słusznie Schütz powiada, w pierwszych dniach ich życia podobnie, jak przepuszczająca gorączka suchotnicza. Różnica jest tylko ta, że szczyt krzywej niedonoszonych dzieci waha się w granicach prawidłowych, podczas gdy najniższe jej punkty przypadają poniżej granic prawidłowych.

Dzieci drugiej gromady zachowują się począwszy od piątego dnia, jak zupełnie donoszone. W pierwszych czterech dniach są pewne nieznaczne różnice, a mianowicie: ciepłota ich jest cokolwiek niższa, aniżeli nawet męzkich donoszonych dzieci, a wahania dzienne są cokolwiek znaczniejsze. Jak więc widzimy, zajmują noworodki, ważące 2800 gr. i długie 48 cm., bezpośrednio po porodzie i w pierwszych czterech dniach życia miejsce pośrednie pomiędzy noworodkami całkiem donoszonymi, a niedonoszonymi.

U niektórych dzieci zauważyliśmy, bez względu na to, czy były donoszone, czy też nie, przemijająco bardzo wysoką ciepłotę, pomimo że pozornie miały się one bardzo dobrze. Przyczyny tego podwyższenia nie mogliśmy częstokroć nigdzie znaleźć pomimo najstaranniejszego badania. Zdaje się więc, że już drobne, nic nie znaczące, dla naszych sposobów badania jeszcze nie uchwytne przyczyny, potrafią już u noworodka wywołać tak znaczne podwyższenie ciepłoty, jakie u dorosłych spotykamy jedynie przy cięższych zasłabnięciach. Z powodu bardzo krótkiego trwania tego pod-

noszenia się ciepłoty, również z powodu dobrego zresztą stanu przedmiotowego, jaki mimo to u takich noworodków spotykamy, nie możemy stanu tego uważać za chorobowy.

Z drugiej znowu strony spotykamy, zwłaszcza u dzieci niedonoszonych, często stany odwrotne, a mianowicie bardzo nizką ciepłotę. Nie mówię już o tej, jaką napotykamy zaraz po kąpieli, lub też w kilka godzin po niej, ale mam tu na myśli nizki stan słupka rtęci w pierwszych siedmiu dniach. Tego stanu nie można już uważać za prawidłowy chociażby już dlatego, że się go z wyjątkiem pierwszych 24 godzin po porodzie napotyka zazwyczaj u niedonoszonych i to jeszcze u najmniejszych dzieci. Prawie dziwić się trzeba, jak dziecko takie może wegetować w tak nizkiej ciepłocie, w której dorosły nie zdołałby nawet kilku godzin przeżyć. Mam tu na myśli ciepłotę tak nizką, jak 33°C, 31°C, 30°C, a nawet i 29°C. Tę ostatnią ciepłotę zauważyliśmy jedynie u dzieci, dotkniętych „*sclerema neonatorum*". U dwojga dzieci, bardzo małych, pochodzących z dwóch porodów bliźniaczych, zauważyłem przez 5 dni wahania ciepłoty pomiędzy 31,4°C a 31°C. Dzieci te zmarły jednak szóstego dnia.

Na tę nizką ciepłotę nie mogliśmy wpłynąć ani ciepłemi zawijaniami, ani podawaniem herbatki lub pokarmu, ani wreszcie flaszkami, napełnionemi ciepłą wodą, któremi obkładano dziecko. Mieliśmy tu także sposobność przekonać się o małej wartości flaszek ciepłych, tak często stosowanych w naszych źle wyposażonych zakładach publicznych i w domach prywatnych. U jednego bowiem dziecka ze *sclerema neonatorum*, u którego termometr wykazywał stale bardzo nizką ciepłotę, bywała bardzo często ciepłota odbytnicy niższą od tej, jaką znajdowaliśmy pod pachą. Różnica dochodziła nawet do 1.6°C na niekorzyść odbytnicy. Innych dowodów niedostateczności tego sposobu ogrzewania dzieci niedonoszonych nie potrzeba chyba wobec tego przytaczać.

Niektórzy autorowie zauważyli wznoszenie się lub opadanie ciepłoty w pewnych dniach. Myśmy nie mogli w żadnej gromadzie badanych noworodków stwierdzić takiego stałego zachowania się krzywej. U nas dochodziła ona do swojego szczytu raz pierwszego dnia, drugi raz drugiego, innym razem znowu innego dnia. Najczęściej dochodziła ona najwyżej drugiego, trzeciego i piątego dnia. Podobnie nie zauważyliśmy, żeby krzywa stale pewnego dnia opadała. Nie możemy więc na podstawie naszych badań powiedzieć, żeby ciepłota stale pewnego dnia po porodzie podskakiwała, lub opadała. Winckel i niektórzy inni tak wierzą w spadanie ciepłoty czwartego dnia, że uważają w dniu tym już temperaturę 37,8°C za nieprawidłową.

Przypisywano także pewien wpływ na ciepłotę noworodka odpadnięciu pępowiny. Jedni zauważali opadanie ciepłoty, inni podwyższanie się jej po odpadnięciu pępowiny. Jedno i drugie jest prawdą, ale ani jedno, ani drugie nie powtarza się stale, podobnie jak niestale zachowuje się czas odpadnięcia pępowiny. Wynika to z następującego zestawienia: *(Patrz w następnej szpalcie Tablica III).*

Jak z powyższego zestawienia widzimy, była w pewnej części przypadków ciepłota po odpadnięciu pępowiny wyższą, w drugiej, nieznacznie większej części, była ona niższą. Zgadzałoby się to z teoretycznem rozumowaniem. Jeżeli się bowiem nad sprawą tą zastanowimy, przyjdziemy do przekonania, że odpadnięcie pępowiny, jako ciała obcego, nie powinno wywrzeć na dziecko większego wpływu, niż obcięcie włosów lub paznokci. Naturalnie, że mówimy tu o przypadkach, gdzie zasychanie odbywało się całkiem prawidłowo, a pępowina nie pozostawiła po sobie żadnych patologicznych pozostałości.

Co się tyczy czasu odpadania pępowiny, to w naszych przypadkach odpadała pępowina najczęściej piątego i szóstego dnia, najrzadziej zaś trzeciego, bo tylko raz, i po siódmym dniu, bo tylko 9 razy. — Wybitnego jakiegoś wpływu, zawisłego od rozwoju płodu, na czas odpadnięcia pępowiny nie zauważyliśmy.

Gromada	Ciepłota	C. niższa	C. niezmienna
Ia	11	16	1
Ib	8	8	5
II	1	5	2
III	8	6	1
Razem	28	35	9

Tablica III.

W okresie życia, w którym jedynemi prawie czynnościami życiowemi są przyjmowanie pokarmów, oddawanie stolców, płacz i sen, musieliśmy oczywiście zbadać i wpływ tych czynności na ciepłotę dziecka. I rzeczywiście wpływ ich jest widoczny. Dziecko ma podczas płaczu i oddawania stolca ciepłotę wyższą, aniżeli poprzednio, a lekarz, nie uwzględniający tego, może łatwo popaść w błąd. Noworodki okazują bardzo często podczas płaczu stany podgorączkowe, a nawet i gorączkowe, które bardzo szybko przemijają, skoro tylko dzieci się uspokoją. Podobne podwyższenie występuje i przy oddawaniu stolca, co sobie należy tłómaczyć w ten sposób, że dolna część kiszki stolcowej i termometru ogrzewają się od kału, pochodzącego z wyższych części kiszki stolcowej, nie zaś jako następstwo wykonanej przez dziecko pracy, która zresztą stosunkowo nie jest u niego wcale znaczną. Warunki, które tu zachodzą, są zupełnie podobne do tych, jakie mamy przy płytszem lub głębszem wprowadzaniu termometru, o czem wyżej wspominaliśmy.

Najznamienniejsze zmiany w krzywej ciepłoty występują przez ssanie. I tak podnosi się ciepłota dziecka podczas karmienia, opada potem po kilku minutach, a podnosi się znowu po półgodzinie i dochodzi po godzinie do szczytu. Krzywa, oznaczająca ciepłotę w godzinę po nakarmieniu, przebiega — jak to przytoczona tablica wskazuje — z małymi tylko wyjątkami znacznie wyżej, aniżeli krzywa, oznaczająca ciepłotę dziecka bez uwzględnienia jego czynności. Wahania dzienne występują na niej podobnie jak i na innych krzywych. *(Patrz na stronie następnej Tablica IV).*

Oczywiście nie mogliśmy tu uwzględnić każdej pory dnia przez cały pierwszy tydzień, bo ssanie dzieci nie zależało od naszej woli. Jak więc widzimy, zachodzą tu stosunki podobne do tych, jakie napotykamy u dorosłych i u zwierząt. Jürgensen bowiem zauważył podnoszenie się ciepłoty o 0,5° C. po spożyciu sutej wieczerzy. Kronecker zaś wykazał zapomocą połykalnych małych termometrów maksymalnych, że się ciepłota głodnych psów podnosi po ich

nakarmieniu w żołądku o 0,5° C. aż do 1,3° C., a w odbytnicy o 0,3° C. do 0,8° C.

Podczas snu obniża się zazwyczaj ciepłota dziecka. Obniżenie to nie jest jednakowoż stałe i nie bardzo znaczne tak, że ogólnego jakiegoś prawa pod tym względem nie ma.

Wynik badań naszych można wogóle streścić w następujących zdaniach:

1) Płody mają w łonie matki wyższą od niej ciepłotę.

2) Źródło nadwyżki leży w płodzie samym.

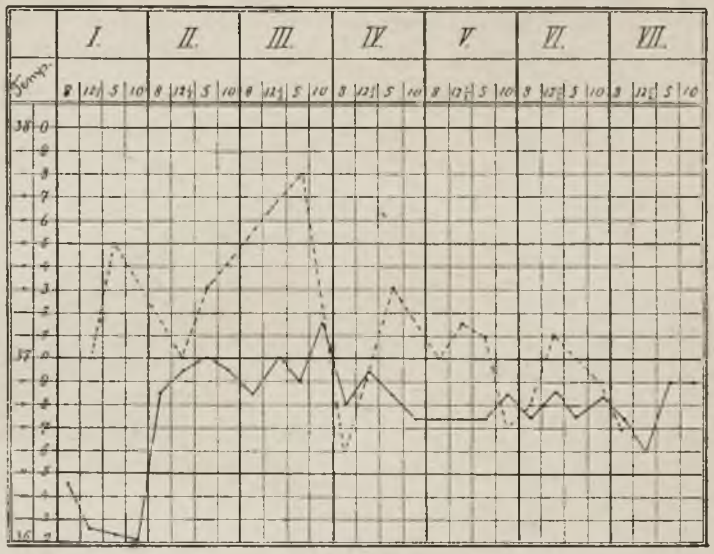
3) Stopień ciepłoty noworodka bezpośrednio po przyjściu na świat stoi w prostym stosunku do czasu trwania ciąży.

4) Po porodzie opada ciepłota dziecka.

5) Wahania dzienne u noworodków istnieją.

6) Nie ma różnicy pomiędzy pojedynczymi dniami — z wyjątkiem pierwszego dnia.

7) Czynności fizyologiczne dziecka mają mniej lub więcej wybitny wpływ na jego ciepłotę.



Tablica IV.

Nie chcąc tekstu zbytnio obciążać cyframi, nie wymienialiśmy wszystkich znalezionych liczb w toku pracy; zebraliśmy je natomiast w następującem zestawieniu:

	Liczba noworodków	Największa długość noworodków	Najmniejsza długość noworodków	Przeciętna długość	Największy ciężar	Najmniejszy ciężar	Przeciętny ciężar	Ciepłota bezpośrednio po porodzie	*Maximum* po porodzie	*Minimum* po porodzie	*Maximum* po kąpieli	*Minimum* po kąpieli	Przeciętna po kąpieli	Największy spadek po kąpieli	Najmniejszy spadek po kąpieli	Przeciętny spadek po kąpieli
I. *a*) Noworodki męzkie długość 50 ctm., waga 3000 grm.	35	55	50	51,3	4300	3000	3557	37,96	38,4	35,4	36,7	34,3	35,5	3.1	0,7	1,57
I. *b*) Noworodki żeńskie długość 50 ctm., waga 3000 grm.	29	55	50	51,107	4350	2950	3519	37,56	38,45	36,6	36,9	34,5	35,7	3,5	0,5	1,28
II. Noworodki długość 48 ctm., waga 2800 grm.	13	51	48	48.96	3150	2850	2976,92	37,34	38	36,8	36,9	34,7	35,8	2,5	0,35	1,35
III. Noworodki mniej niż 48 ctm., i mniej niż 2800 gr.	28	49	43	46,32	2700	1500	2267,115	36,96	37,9	35,2	36.9	32,9	34,9	4,5	0,6	2,132

Literatura.

1) *Müllers Arch. für Anat.* i t. d. 1851 Baerensprung: „Untersuchungen ueber die Temperaturverhältnisse des Foetus und des erwachsenen Menschen im gesunden und kranken Zustande«. — 2) *Mem. de la societé d'hist. nat. de Paris*, T. V. Milne Edwards et Villermé: „De l'influence de la temperature sur la mortalité des enfants nouveau nés“. 3) *Monatsch. für Geburtsk- und Frauenkr.*, T. XX. Winckel: „Temperaturstudien bei der Geburt und im Wochenbette“. T. XIX. Winckel: „Untersuchungen ueber Gewichtsverhältnisse bei 100 Neugeborenen“. — 4) *Journ. für Kinderkr.* 1862 Foester: Ueber Thermometermessung bei Kinderk. — 5) Schaefer: Dissert. Greifswald 1863. — 6) *Przegląd lek.* 1864. Chojnowski: O dobowem wahaniu temperatury ciała ludzkiego w stanie zdrowia i choroby. — 7) *Berl. klin. Wochen.*, 1869. Wurster: Ueber die Eigenwärme der Neugeborenen. — 8) Wunderlich: Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten 1868. — 9) Jürgensen: Körperwärme des gesunden Menschen. 1873. — 10) *Deut. med. Woch.*, 1880. Sommer: Ueber die Körpertemperatur bei Neugeborenen. — 11) *Deut. med. Woch.*, 1880. Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin, 1879. 12) *Beitr. z. Geb. Gyn. u. Paed.*, Leipzig, 1881. Schütz: Ueber Gewicht u. Temperatur bei Neugeborenen. — 13) de Soto: Inaug. Dissert. Jena, 1888. — 14) *Arch. f. Gynaek.* T. IV. Cohnstein: Ueber Leben u. Tod der Frucht. — T. V. Kézmàrszky: Ueber die Gewichtsveränderungen reifer Neugeborener. — T. VI. Fehling: Ueber Temperaturen bei Neugeborenen. — T. X. Alexeef — T. XIV. Hennig. — T. XXV. Hillebrand. — XXVII. Eröss: Untersuchungen bezüglich der Temperaturverhältnisse und der Indication der künstlichen Erwärmung. T. XLI. Eröss: Beobachtungen an 100 Neugeborenen ueber Nabelkrankheiten und die von ihnen ausgehende Infection des Organismus. — T. XLIII. Eröss: Ueber Krankheitsverhältnisse d. Neugeb. an der I geburtshilflichen Klinik der Universität Budapest. — Tamże: Feis: Temperaturverhältnisse in der ersten Lebenswoche. — T. XLV. Doktor: Ueber die Heilung und Behandlung des Nabels. — 15) *Zeitschr. für Geb. u. Gyn.*, T. XXX. Rösing: Beobachtungen an 100 Neugeborenen ueber Temperaturverhältnisse u. Nabelerkrankungen. — 16) *Virchows Arch.*, T. 35. Schroeder: Beitrag zur Lehre von der pathol. oertlichen u. allgemeinen Wärmebildung. — 17) Eröss: Untersuchungen ueber die normalen Temperaturverhältnisse der Neugb, in den ersten 8 Tagen. — 18) *Gerhardt's Handb. der Kinderk.*, T. I. Vierordt: Physiologie des Kindesalters. — 19) Epstein: Ueber die Gelbsucht bei neugeborenen Kindern — 20) Runge: Die Krankheiten der ersten Lebenstage. — 21) *Müllers Handb. der Geburtsh.* T. I. Veit. — 22) Winckel: Lehrbuch der Geburtshilfe. — 23) Cohnheim: Vorlesungen ueber allgemeine Pathologie.

III. O wstrząśnieniu błędnika usznego (*Commotio labyrinthi*).

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników pol.)

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie).

Palasne de Champeaux pierwszy zwrócił uwagę na podobieństwo objawów Menierowskich do choroby morskiej. W obu chorobach występuje ból i zawrót głowy, nudności, szum w uszach, zimna skóra, poty, ulga po wymiotach i w ułożeniu poziomem. — Laskowski odnosi przyczynę choroby morskiej do „długotrwałego podrażnienia oddzielnego narządu zmysłu równowagi“ *(Nowiny Lek. 1897 r.)*. Ach, lekarz okrętowy Llyodu północno-niemieckiego, prze-

prowadził spostrzeżenia nad chorobą morską za pomocą aneroidu i na podstawie otrzymanych wyników oświadcza się za tem, że choroba morska jest cierpieniem czynnościowem, a nie organicznem, za czem przemawiają następujące okoliczności: 1) nawet najsilniejsza choroba morska przebiega bez innych zaburzeń w ogólnym stanie ustroju; 2) niemowlęta wcale nie ulegają chorobie morskiej; 3) starcy są bardzo mało do niej skłonni; 4) w głębokim śnie choroba ta nie pojawia się i 5) ustaje w razie nagłego, choremu grożącego niebezpieczeństwa i t. d. Nie mogę się jednak zgodzić z twierdzeniem autora, jakoby objawy tej choroby powstawały tylko wtedy, kiedy zmiany w położeniu okrętu dostają się do świadomości, gdyż z własnego doświadczenia wiem, że przeciwnie przypady te mogą dopiero zwrócić uwagę podróżującego na to, iż okręt jest w ruchu.

Jak każdy schematyczny podział, tak i nasz nie może być doskonały, gdyż są często postacie przejściowe, które do jednej lub do drugiej gromady zaliczyć można.

Jasną jest rzeczą, że przyczyny zewnętrzne, wyliczone na wstępie, niekoniecznie w każdym przypadku wywołać muszą wymienione objawy i zmiany w błędniku. Widzimy często, że pewne osoby mimo silnych urazów nie okazują żadnych zaburzeń, gdy inne przy najlżejszem poruszeniu, obróceniu się, tańcu, zwłaszcza wirowym i t. p. natychmiast doznają silnego zawrotu głowy, nudności i t. d. Tak n. p. często zupełnie zdrowi ulegają przy najlżejszych falach na morzu chorobie morskiej; natomiast nieraz chorowite osoby znoszą większe burze morskie bez najmniejszego szwanku. Stąd wynika, że związek między przyczyną, a skutkiem nie jest ścisły i bezpośredni i że musi istnieć tu jeszcze jakieś ogniwo pośredniczące. Ogniwa tego, uzupełniającego ciągłość łańcucha związku przyczynowego, musimy szukać w usposobieniu osobistem. Dosadnie wyraża tę myśl Martin powiadając, że w nowoczesnej patologii nie wolno mówić o przyczynach choroby, lecz o czynnikach wywołujących, o bodźcach, podnietach [1]). Decydującym czynnikiem w powstaniu sprawy chorobowej jest usposobienie chorobowe. Poznanie powstania choroby na tle usposobienia, jak wrodzonej wrażliwości całego ustroju i pojedynczych narządów, pogłębia nasze pojęcia patologiczne i dostarcza nici przewodniej dla działania leczniczego. Czynnik ten uwydatnia się w omawianem przez nas cierpieniu najwyraźniej przez osobliwe idyosynkrazye, występujące szczególnie w ten sposób, że pewne osoby pod wpływem pewnych tylko tonów doznają czasem silnych objawów zawrotowych, gdy działanie innych tonów lub dźwięków nie wywiera na nie żadnego wrażenia. Jedni doznają po pewnych podrażnieniach tylko zawrotu, inni tylko ogłuszenia, inni znowu jednego i drugiego, albo wrażenia podmiotowego śpiewu, przeczulicy słuchowej, fałszywego słyszenia (*Paracusis*) i t. d. Ta różnorodność oddziaływania różnych osób na te same bodźce jest niezbitym dowodem, że zewnętrzna podnieta nie może być jedyną przyczyną objawów chorobowych, lecz że do ich powstania konieczną jest jeszcze inna przyczyna, a mianowicie mniejsza odporność pewnej części błędnika, narządu półkolistego, albo ślimaka, lub też obu razem. Im mniejsza ta odporność miejscowa, tem silniejsza pobudliwość osobnika, tem błahsza przyczyna wystarczy do wywołania znacznych skutków. Chodzi tu prawdopodobnie o chwiejną, niestałą równowagę pierwocin nerwowych, ulegającą zaburzeniu wobec najmniejszego bodźca zewnętrznego, albo, według mojego pojęcia, o rozluźnioną spójność składników komórkowych neuronu. Przez to indywidualny próg pobudliwości pewnych ośrodków i nerwów u dotyczących osób jest obniżony dla pewnych bodźców. Podnieta zewnętrzna posuwa się w kierunku najmniejszego oporu, tam, gdzie granica pobudliwości leży najniżej. Highlings Jackson sądzi, że każde upośledzenie zdrowia stanowi czynnik, usposabiający do wystąpienia zawrotu usznego, i że im bardziej zmniejszoną jest odporność układu nerwowego, tem jest on wrażliwszy na bodźce, działające ze strony ucha.

Za tem przemawia również częste występowanie objawów Menierowskich w połączeniu z pewnemi chorobami ogólnemi, jak w histeryi (Charcot), padaczce, neurastenii (Frankl-Hochwart), kile i t. p., jakoteż spostrzegana przez niektórych autorów dziedziczność choroby Menierea. Swoista przyczyna tego zmienionego mechanizmu nerwowego, czynnik chorobotwórczy, który działa osłabiająco na układ nerwowy i sprowadza zmniejszoną jego odporność, może być wrodzony, albo nabyty. Do przyczyn wrodzonych zaliczyć należy w pierwszym rzędzie dziedziczność, różne choroby układu nerwowego i wrodzone zaburzenia odżywcze. Do nabytych należą przedewszystkiem choroby narządu usznego. Jest to rzeczą ogólnie znaną, że osoby, dotknięte cierpieniem uszu, nadzwyczaj skłonne są do zawrotu, do t. zw. *Vertigo ab aure laesa.* Przyjmując tu wzmożoną pobudliwość błędnika, łatwo zrozumieć, że u takich osób nieznaczny uraz, jak przestrzykiwanie ucha, ucisk na skrawek, zgęszczenie powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym, może wywołać zaburzenia równowagi, drżenie oczu *(nystagmus)* i t. d. Wyjątek stanowią bodźce głosowe, huki i t. p., które u osób, dotkniętych chorobą ucha środkowego, według spostrzeżeń Gradeniga i Habermanna mniej szkodliwie działają na błędnik, niż u zdrowych; także zmiany narządu przewodzącego głos, mają stanowić niejako pewną ochronę przeciw szkodliwemu wpływowi silnych bodźców dźwiękowych, co się właściwie rozumie samo przez się, gdyż w takich przypadkach przystęp fal głosowych do błędnika jest utrudniony, a zatem ich działanie mniej silne.

Dalszemi przyczynami nabytemi mniejszej odporności nerwowej, bądź to ogólnej, bądź też tylko narządu statycznego, rządzącego utrzymaniem równowagi ciała, mogą być różne choroby ogólne zakaźne, ostre i przewlekłe, choroby krążenia, naczyń krwionośnych, choroby nerek, choroby odżywcze, jak moczówka, gościec, dur, białaczka, kiła, nadużywanie wyskoku i tytoniu i pewnych leków, choroby ośrodków nerwowych, wiąd rdzenia, histerya, stwardnienie rozsiane, porażenie postępowe, nadmierne wysiłki, szczególnie umysłowe i wiele innych. (Koniec części pierwszej).

---

[1]) Wprost klasycznie przedstawia tę sprawę prof. Hoyer w swoim wykładzie na ogólnem posiedzeniu IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich: »O przyczynowości w nauce i praktyce«, mówiąc: »Wszystkie bez wyjątku zjawiska są wynikiem współdziałania niezliczonych czynników; pomiędzy działanie uznawanego za przyczynę czynnika i występowanie skutku wsuwa się szereg procesów pośrednich, dla naszego zmysłu spostrzegawczego zwykle nieuchwytnych... Zjawiska biologiczne nie są bynajmniej skutkami przyczyn,... ale stanowią po większej części tylko wyzwolenia większych zapasów skupionej energii potencyalnej przez działanie nader nieznacznych czynników«...

Sprostowanie. W Nrze 34, na str. 513, szpalta lewa, ustęp przedostatni, powinno w wierszu 16 od dołu zamiast: „u osoby na to przygotowanej“, być: „działając niespodziewanie“, natomiast w w. 14 od dołu zamiast: „niespodziewanie“, ma być: „u osoby na to przygotowanej“.

IV. O morderstwie z lubieżności.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

„Tous les jours, les tribunaux ont á s'occuper d'affaires scandaleuses, dans lesquelles la part du crime et de la folie est presque impossible á déterminer. Et c'est ici que les habitudes d'esprit de chacun jouent rôle de premier ordre dans la décision, qui intervient. La sévérité est la regle chez les uns, l'indulgence prédomine chez les autres“.

(Ball. La folie érotique).

Najpotężniejszy z popędów ludzkich, popęd płciowy, odgrywa niestety nadto często pierwszorzędną rolę w mniej lub więcej rozgłośnych sprawach karnosądowych. Wprawdzie znane, a już niemal w przysłowie się przeobrażające zdanie, że miłość przyjmuje lwią część udziału w zbrodni przeciw bezpieczeństwu osoby, nie może się, jak to wykazał Lombroso[1]), bezwzględnie ostać wobec wykazów statystycznych[2]), niemniej jednak wpływ jej na tę zbrodnię jest potężny, a co więcej z istotą jej pozornie sprzeczny i ztąd zdumiewający. Nie mam zamiaru rozpatrywać po kolei zbrodni, wynikających z uczucia miłości wogóle, n. p. z miłości, trafiającej na przeszkody i zawody, dalej z zazdrości, wiarołomstwa, wyuzdań płciowych itd.; zamyślam tylko poświęcić uwagę zbrodni morderstwa, wynikającego z lubieżności *(Lustmord, l'assassinat sadique)*. Pobudką do tej pracy stał mi się przypadek morderstwa z lubieżności, który w roku 1896 wypadło mi z polecenia Wydziału lekarskiego zbadać i ocenić. Rozpatrując się wówczas w odnośnem piśmiennictwie przekonałem się, że mimo licznych kazuistycznych, mniej lub więcej dostępnych zapisków i ogólnikowych uwag, nie poświęcono temu tematowi wyłącznej pracy mimo, że przedmiot, jakkolwiek ponury i odkrywający całą nagość i grozę Zolowskiej „bête humaine“, przecież, jako zaczerpnięty nie ze złudnej wyobraźni, ale „z pełnego życia ludzkiego“, godnym jest uwagi, choćby tylko dlatego, że, jak się wyraża Mantegazza, „wszystko, co ludzkie, wchodzi w zakres nauk“. Zamiar poświęcenia pracy temu tematowi poszedł zrazu w odwłokę; tymczasem piśmiennictwo odnośne nie o wiele się na korzyść zmieniło; w Niemczech bowiem prócz wykładu na ten temat, wygłoszonego na 70 Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w Düsseldorfie przez Dra Leppmanna[3]) z Berlina, nie pojawiła się żadna większa praca; we Francyi zaś ogłosił dopiero w ubiegłym roku Lacassagne[4]) obszerną, nader cenną, lecz nie uwzględniającą dokładnej literatury publikacyę.

Zanim przedstawię ogólne wnioski, tyczące się obranego tematu, wpierw zestawię pokrótce zebrane przezemnie, w piśmiennictwie rozrzucone przypadki morderstw z lubieżności, których liczba łącznie z przypadkiem, przezemnie ocenianym w Wydziale lekarskim, wynosi 130. Tego rodzaju porządek dozwoli mi niejako matematycznie wysnuć ogólne wnioski z nagromadzonego materyału kazuistycznego.

[1]) Geschlechtstrieb u. Verbrechen in ihren gegenseitigen Beziehungen. *(Goltdammers Archiv für Strafrecht.* T. 30. 1882, str. 1).

[2]) Między powodami morderstw, otruć, zabójstw i podpaleń, które zaszły we Francyi w latach 1826—1876, miłość figuruje dopiero na trzeciem miejscu po żądzy posiadania i niezgodzie domowej.

[3]) *Zeitschrift für Medicinalbeamte.* 1898, str. 739.

[4]) Vacher l'eventreur et les crimes sadiques. Lyon. Paris. 1899. 8⁰, stron 411.

I. Kazuistyka 130 przypadków morderstwa z lubieżności.

Morderstwa z lubieżności mają poniekąd znaczenie historyczne, a to, o ile osobistości historyczne pociąg do tego kultu krwawej miłości objawiały. I tak z pośród zwyrodniałych cesarzy rzymskich stał się głośnym w tym względzie głównie Tyberyusz i Nero; pierwszy z nich po długiem i nienagannem życiu, zamknąwszy się w późnym wieku na Capri, zdaje się dotknięty starczem niedołęstwem umysłu, oddał się krwawym orgiom (strącanie ze skały młodych osób w przepaść); Nero zaś, wedle opisów Swetoniusza, przyodziany w skórę drapieżnych zwierząt, wybiegał z klatki i rzucał się na przywiązane do słupa ofiary, kalecząc obnażone ich części płciowe. Wielkiego rozgłosu nabrał marszałek Francyi, Gilles de Rays (Retz), zwany sinobrodym, który żył w latach 1404—1440[5]).

Z możnej pochodząc rodziny, zamożny z rodu i po żonie z domu Thouars, zrazu służył jako wierny sługa króla Karola VII i swej ojczyzny. W nagrodę za swe usługi zostaje mianowany marszałkiem Francyi, lecz wkrótce potem, licząc zaledwie 26 lat, usuwa się z dworu z powodu namiętnej żądzy, jaka go opanowała i skłaniała do zamordowania następcy tronu. Odepchnąwszy od siebie żonę i dziecię, zamieszkuje swe zamki, w których kolejno oddaje się najpotworniejszym orgiom. Ofiarą tych orgii pada 200 do 800 dzieci. Wedle własnego jego przyznania opanowała go po przeczytaniu dzieła Swetoniusza „O życiu i obyczajach cezarów rzymskich“ myśl dorównania im i oto chwyta okoliczne dzieci, powala je na ziemię, podrzyna im gardło, kawałkuje ich ciało, otwiera klatkę piersiową i jamę brzuszną, wyrywa trzewa. Nieraz usiadłszy na swych ofiarach z rozkoszą przygląda się ich konaniu, męczarniom, jakie znoszą, łzom, które leją, krwi, która je zrasza, lękowi, jaki je przejmuje. Czasem ścina ofiarom głowy, które uchwyciwszy potem rękoma własnemi długo się w nie lubieżnie wpatruje, następnie je z nienaturalną rozkoszą całuje[6]). Zwłoki zabitych chłopców polecał zrzucać z wieży, a następnie je palić; piękniejsze głowy swych ofiar zachowywał w swych zamkach, jako relikwie. Potworny marszałek musiał być, jak to słusznie podnosi Eulenburg[7]), dotknięty psychozą, której jednym z objawów były także zaznaczone urojenia wielkości, wszakże z dumą zwykł on był się do swych dworzan zwracać ze słowami „il n'est personne sur la planète, qui ose ainsi faire“.

Zdaniem Krafft-Ebinga[8]) przyczyną srogości i okrucieństwa Iwana Groźnego (1533—1584) była *libido sexualis* i stan psychopatyczny, którego wyrazem były niezwykłe popędy u jego syna, Dymitra. Tenże zwykł był z rozkoszą przypatrywać się krwi, spływającej z zabijanych kur, gęsi i owiec, oraz przedśmiertnym ich drgawkom.

W latach 1779 i 1780 zasłynął we Francyi morderca i ludożerca Blaize Ferrage, z przydomkiem Seyé[9]), który zamieszkując francuzkie stoki Pireneów zabijał mężczyzn i kobiety, zwłaszcza zaś młode dziewczęta. Ciało zabitych mężczyzn pożerał tylko dla nasycenia głodu, kobiety zaś, zwłaszcza młode dziewczęta gwałcił, potem je pozbawiał życia. Także i na dzieciach miał zaspokajać w sposób brutalny

[5]) Gilles de Rays itd. par l'abbé E. Bossard et R. de Maulle. Paris. 1886. — Huysmann: Là-bas. — Michelet: Histoire de France. T. VI. str. 316—326

[6]) Sędzia kościelny w tych słowach opisuje własne zeznania marszałka: „Egidius de Rays, sponte dixit quamplures pueros in magno numero, cujus amplius non est certus, cepisse et capi fecisse, ipsosque pueros occidisse et occidi fecisse, seque cum ipsis vicium et peccatum sodomicum commisisse,... tam ante, quam post mortem ipsorum et in ipsa morte damnabiliter... cum quibus etiam languentibus vicium sodomiticum committebat et exercebat modo supradicto; ipsosque pueros, jam mortuos osculari et, qui eorum pulchriora haberent capita intueri, ac eorum corpora crudeliter aperire seu aperiri facere, ut ipsorum intranea respiceret, delectabatur; et quod saepius, dum ipsi pueri moriebantur, super ventres ipsorum sedebat et plurimum delectabatur eos videndo sic mori“.

[7]) Sexuale Neuropathie. Leipzig. 1895. str. 106.

swój popęd płciowy. W roku 1795, licząc lat 25 skazany na śmierć, został stracony kołem.

Podobnym do marszałka Gilles de Rays był hrabia Chateaubriant[10]), który swej wiarołomnej żonie, niegdyś kochance Franciszka I., kazał przeciąć naczynia krwionośne na rękach i nogach, poczem podniecony widokiem jej konania, zaspokoił na niej w tej chwili swą żądzę płciową.

Historyczną osobistością trzeba także nazwać markiza de Sade[11]), którego nazwiska użył Krafft-Ebing dla nazwania zboczeń popędu płciowego, polegających na pastwieniu się, kaleczeniu lub pozbawianiu życia osoby, biorącej udział w akcie płciowym. Wprawdzie się de Sade nie dopuścił żadnego morderstwa, jednak opisywał morderstwa z lubieżności w swych romansach, zwłaszcza w „Justynie“ — z szczególniejszem upodobaniem. Pochodził z rodziny obdarzonej talentem literackim i zrazu nie ściągał swem postępowaniem żadnych na siebie zarzutów. Dopiero doznawszy zawodu przy staraniu się o rękę młodszej córki z domu Montreuil i ożeniwszy się bez skłonności ze starszą jej siostrą, począł oddawać się sadystycznym orgiom (obnażone prostytutki kaleczył, aby módz potem zaopatrywać ich rany; sproszone przez się towarzystwo uraczył cukrami, zaprawionymi w celu podniecenia płciowego nastojem kantaryd i t. d.), z powodu których dostał się zrazu do więzienia, potem do zakładu obłąkanych w Charenton. Przepowiedziana przezeń rewolucya obdarzyła go w roku 1790 wolnością, jednak wkrótce potem zamknięty tamże powtórnie z rozkazu Bonapartego za napisanie pamfletu na Józefinę, nie uzyskał już wolności i dokonał w r. 1814 swego życia, licząc lat 75. Wygórowaną swą lubieżność i popęd do okrucieństwa umiał w swych licznych pismach wyidealizować, a nawet chciał się stać apostołem nowych zasad, wręcz przeciwnych wszelkiej etyce i poczuciu ludzkości. Ażeby mieć miarę przewrotności głoszonych przezeń zasad, wystarczy powtórzyć kilka z ujętych w jego „Philosophie dans le boudoir“ n. p. „dzieci nie mają żadnych zobowiązań względem swych rodziców; morderstwo nie stanowi zbrodni, ponieważ destrukcya jest jednem z pierwszych praw przyrody; jedyną zasadą życia jest poszukiwanie rozkoszy; egoizm jest wielkiem prawem przyrody i człowiek powinien zabiegać o wszystko, co służy do zwiększenia rozkoszy bez uwzględniania uczuć drugiego. Jeżeli się pragnie gwałtownem wzruszeniem powiększyć i wzmódz własne uczucie rozkoszy, pewniejszem jest skazać mężczyźnie kobietę na cierpienie“ itd.

Poprzedziwszy temi kilku wzmiankami historycznemi właściwą kazuistykę, przechodzę do kolejnego jej zestawienia.

Feuerbach[12]) opisuje dwa przypadki morderstwa z lubieżności, popełnione przez Andrzeja Bichela. W lecie 1806 r. zginęła bez śladu Barbara Reisinger; w początkach zaś roku 1808 zginęła Katarzyna Seidel od chwili, gdy się udała do niejakiego Andrzeja Bichela, aby jej wróżył „z źwierciadła ziemi“. Śledztwo sądowe wykazało, że obie padły ofiarą morderstwa, popełnionego przez Bichela. Bichel, liczący podówczas 48 lat, wyrobnik, żonaty, żyjący z swą żoną w zgodzie, dopuszczał się tylko drobnych kradzieży z wielkiej chciwości, będąc bowiem zarazem tchórzliwym, nie ważył się na większe zbrodnie. Celem morderstwa obu dziewcząt miało być, wedle jego zeznania, zabranie ofiarom ich ubrań. Zwabiwszy je do siebie obietnicą wróżenia, przewiązał im oczy chustką, a ręce ich spętał na plecach wrzekomo w tym celu, aby ich nie wzięła pokusa spojrzeć lub dotknąć się jego świętości czarodziejskich, t. j. źwierciadła ziemi (kawałek deski, owiniętej chustką). W ten podstępny sposób ubezwładniwszy swe ofiary, przebił im szyję przygotowanym nożem, poczem rozciął im powłoki brzuszne i porąbał ciała ich na kawałki, aby zwłoki łatwiej ukryć w dole koło szopy. Po dokonanem morderstwie umył z krwi narzędzia, oczyścił swe mieszkanie tak, iż żona znalazła je potem w zupełnym porządku. Do obu zbrodni przyznał się w śledztwie, opisawszy morderstwo Seidelównej następującemi słowy: „...sznurem, którym się zwykło owijać papier (był to ten sam sznur, którego użyłem poprzednio u Reisingerównej), związałem jej ręce, chustką zaś przewiązałem jej oczy. Potem wbiłem jej przygotowany nóż w szyję, że krew obficie wytrysnęła. W tej chwili zapragnąłem się przekonać, jak wygląda wnętrze jej ciała, wziąłem dłuto, oparłem je o pierś i uderzałem w nie młotkiem szewskim. W ten sposób otworzyłem jej piersi, przecinając mięsne części nożem. Zaraz po zadaniu rany w szyję przystąpiłem do otwarcia, i gdyby ktoś jeszcze tak prędko umiał się modlić, to nie zdołałby w tak krótkim czasie zmówić cząstki różańca, lub dziesięć „Ave Maria“, w jaki ja piersi i resztę ciała jej otworzyłem. Następnie w sposób podobny, jak rzeźnik zwierzę, rozrąbałem ciało tej osoby na kawałki, zastósowane do dołu, jaki w tym celu wykopałem na okolicznem wzgórzu. Mogę przyznać, że wśród otwierania ciała taka mnie ogarnęła żądza, iż drżałem i miałem ochotę wyciąć kawał ciała i spożyć go. Po zadaniu ciosu w szyję, Seidelówna krzyknęła i 6 lub 7 razy westchnęła, wreszcie, chcąc się bronić, poruszała rękami. A ponieważ po pierwszym ciosie prędko ją rozciąłem, przeto jest możliwem, że wśród tego żyła... Skrwawioną jej koszulę i odzienie dwukrotnie przeprałem, a chcąc je przed swą żoną ukryć, chowałem je jak kotka swoje młode, raz w jednem, to znów w innem miejscu“. Bichela skazano na śmierć kołową, zamienioną następnie na karę ścięcia „nie z chęci oszczędzania zbrodniarza“,—jak pisze Feuerbach,—„którego ciężka zbrodnia osiągnęła najwyższą miarę karygodności, lecz przez wzgląd na obyczajową godność państwa, której ubliża mierzyć się okrucieństwem kary z okrucieństwem i obrzydliwością złoczyńcy“. Zdaniem Feuerbacha, chociaż Bichel dwukrotnie zaprzeczył, by miał względem dwojga swych ofiar zamiary lubieżne, przecież jego ciekawość obejrzenia wnętrza ich ciała, jego aż do drżenia wzmożona pożądliwość spożycia jeszcze ciepłego ich mięsa, wreszcie doświadczenie, pouczające o łączności uczucia lubieżności z pragnieniem krwi, przemawiają w wysokim stopniu za tem, że conajmniej ukryta lubieżność wpłynęła u Bichela, jeźli nie na postanowienie zbrodni, to w każdym razie na sposób jej wykonania. Zdanie powyższe Feuerbacha podzielają najzupełniej i całkiem słusznie Lombroso[13]) i Krafft-Ebing[14]); natomiast Krauss[15]) i Moll[16]) w słuszność jego powątpiewają.

J. D. Metzger[17]) wspomina pokrótce o dwóch przypadkach podobnego morderstwa. W pierwszym z nich trzej chłopcy, liczący lat 16, 13 i 14(?) uprowadzili z Gallargues w departamencie du Gard 4 letnią dziewczynkę, kolejno ją zgwałcili, potem ją z wyszukanem okrucieństwem zamordowali, a zwłoki jej wrzucili do wody; w drugim zaś przypadku pewien marynarz napadł na gościńcu dziewczynę, dławił ją tak długo, aż stała się bezbronną, potem ją zgwałcił. Przekonawszy się przytem, że napadnięta jest jeszcze dziewicą, pozbawił ją życia zapomocą ucisku wywartego nogą na szyję (por. przyp. Caspra) i na klatkę piersiową, poczem zwłoki jej zawlókł w sąsiednie zarośla. Bliższych szczegółów co do sprawców w obu przypadkach brak.

Heinroth[18]) wspomina o przypadku, który się wydarzył koło Lipska. „Moralnie zdziczały“ mężczyzna zwabił dziewczynkę nieletnią do poblizkiego gaju, tu ją zgwałcił,

[8]) Psychopathia sexualis. Stuttgart. 1892.

[9]) Der neue Pitaval von J. E. Hitzig und W. Häring. Lipsk. 1855. str. 337.

[10]) Eulenburg l. c. str. 120.

[11]) Le marquis de Sade et le Sadisme par le Dr. Marciat w Lacassagnea „Vacher l'éventreur et les crimes sadiques“ Lyon. Paris. 1899. str. 185—237.

[12]) Aktenmässige Darstellung merkwürdiger Verbrechen. Giessen 1828. T. 1, str. 97—127.

[13]) Lombroso l. c. str. 15.

[14]) l. c. str. 62.

[15]) Die Psychologie des Verbrechens. Tübingen. 1884. str. 186.

[16]) Untersuch. über die Libido sexualis. Berlin. 1898. str. 702.

[17]) System der gerichtl. Arzeneiwissenschaft. V Auf. Königsberg. Leipzig. 1820. str. 538 i 539.

[18]) System der psychisch-gerichtl. Medicin. Lipsk. 1825. str. 270.

a potem nożem brzuch jej rozpłatał. „Potwór ten został słusznie mieczem kata usunięty z ludzkiego społeczeństwa“.

Hartleben[19]) opowiada o pewnym zabójcy, który młodemu chłopcu otworzył jamę brzuszną. Przyczyną tego czynu miała być lubieżność.

Esquirol[20]) podaje przypadek, tyczący się pewnego 24 letniego właściciela winnicy, nazwiskiem Léger, który przez 8 dni błąkał się po lesie z głuchem pragnieniem spożycia ciała ludzkiego. Napotkawszy na swej drodze 12-letnią dziewczynę, gwałci ją, rozdziera jej srom, wypija jej krew i pożera wydarte z klatki piersiowej serce. Sekcya, dokonana na zwłokach Légera, stwierdza włókniste zwyrodnienie miękich opon mózgowych i zrosty ich z korą mózgową, zatem zmiany, dozwalające przypuścić istnienie za życia porażenia postępowego.

Schauenstein[21]) powtarza za zbiorem przypadków kryminalnych Pitavala głośne w latach 1847—1848 morderstwo 15-letniej Cecylii Combettes, sądzone w Tuluzie. Na cmentarzu za murem męzkiego klasztoru znaleziono jej zwłoki z strzaskaną głową i śladami świeżego zgwałcenia. Wplątane we włosy zwłok listki cyprysu i bodziszka *(geranium)* naprowadziły na ślad właściwego miejsca zbrodni, którem mogło być tylko sąsiednie, poza murem cmentarzyska znajdujące się obejście klasztorne, albowiem tam rosły tuż przy murze oba te rodzaje roślin. Dalsze śledztwo wykazało, że Cecylię widziano po raz ostatni przed śmiercią w klasztorze, nadto stwierdzono na koszuli brata Leotadyusza świeże plamy, pochodzące od kału ludzkiego, które zawierały, podobnie jak i treść jelit zwłok Cecylii, ziarenka strawionych fig. „Brata Leotadyusza (nie wyjaśniono, czy on sam był tylko winowajcą) skazano na galery“.

Casper[22]) omawia przypadek, w którym 34-letni parobek dławił ręką 18-letnią dziewkę, następnie ją zgwałcił, wreszcie zadusił, ucisnąwszy jej szyję stopą tak, iż cała przednia część szyi była obficie krwią podbiegnięta. Brak wzmianki o stanie umysłowym sprawy zbrodni.

Casper[23]) omawia jeszcze dwa inne przypadki podobnego morderstwa. Pierwszy z nich tyczy się wdowy Fuchs, której zwłoki znaleziono w lasku (w Berlinie) z rozstawionemi kończynami dolnemi, z uniesionem ku górze odzieniem i rozprutym brzuchem. Obok zwłok znajdowała się kałuża krwi, wyrwana znaczna część sieci i jelit, oraz kawał ciała, rozpoznany później jako część pochwowa macicy, wraz z górnym odcinkiem pochwy. W pozostałej części pochwy nie wykazano śladów nasienia. Prawy sutek był połowiczo oddzielony i poszarpany, pochwa była poszarpana, lewa mniejsza warga sromna była tak odcięta, że się łączyła ze sromem tylko zapomocą górnego swego odcinka. Część pochwowa wypadniętej macicy była za życia denatki wraz z górnym kawałkiem pochwy wycięta. Wszystkie te obrażenia musiały być zadane za życia i one to sprowadziły szybką śmierć. Sprawcy nie wykryto. W drugim zaś przypadku znaleziono 30-letnią zamężną, oddającą się nierządowi kobietę, nazwiskiem Brunzlow, leżącą bez życia na sofie tuż obok łóżka, na którem niedawno musiał leżeć jakiś człowiek. Nogi zwłok były rozstawione, spodnice odkrywały ciało, na szyi stwierdzono wybitne ślady dławienia, połączone ze złamaniem chrząstki pierścieniowej. Za nasieniem nie poszukiwano w pochwie (zresztą byłoby ono bezcelowe). Sprawcy przypuszczalnego nie wykryto.

Casper-Liman[24]) podaje wywód oględzin sądowych, dokonanych przez Skrzeczkę w głośnym przypadku usiłowanego i dokonanego morderstwa z lubieżności na dwóch młodzieńcach, Handtkem i Cornym w Berlinie przez niejakiego von Zastrowa. Handtke uległ pederastycznemu gwałtowi, poczem był przez sprawcę strangulowany. Mimo to zdołał ujść z życiem i w ten sposób przyczynił się do wykrycia sprawcy gwałtu pederastycznego i morderstwa 16-l. młodzieńca nazwiskiem Corny, którego zwłoki znaleziono w wodzie, dokąd były porzucone. Oględziny i sekcya zwłok wykazały na głowie denata sińce, otarcia naskórka i 3 większe rany, jako następstwa tępego urazu, na podbrzuszu sińce i zadrapania od paznokci, prawdopodobnie w chwili rozwierania przemocą ud, na napletku zadrapania, na *corona glandis* rankę, na przedniej ścianie moszen dwie do siebie równoległe, głębokie, po obu stronach umieszczone rany cięte, w mosznach brak obu jąder i sznurków nasiennych, począwszy od ujść kanałów pachwinowych. Okolica rzyci była głęboko krwią podbiegnięta, w miejscu jej mieścił się 2$^1/_2$ cala długi, 1 cal rozwarty otwór, o dosyć gładkich brzegach. Z otworu tego zwisała część zwiniętej sieci. W jamie brzusznej, której ściany i powłoki były krwią podbiegnięte, znaleziono krwawą treść, pod wątrobą, okazującą dwie 2 cale długie, 1 cal głębokie rany, kawałek kory z drzewa. Dolny odcinek prostnicy był oderwany, śledziony nie odnaleziono, przednia powierzchnia kości krzyżowej i jej wzgórek (*promontorium*) były pozbawione części miękich, w jelitach stwierdzono w kilku miejscach przedarcia. Torebki nerkowe i ściany miednicy krwią podbiegnięte. Bliższych danych o sprawcy brak.

Liman[25]) widział przypadek zadławienia 5-cioletniej dziewczyny, poprzednio zgwałconej.

Borelli[26]) opisał przypadek, tyczący się 9 cioletniej dziewczynki, której przy zgwałceniu przedarto pochwę ku dolnemu spoidłu; po dokonanem zgwałceniu zadławiono ją sznurem, za czem przemawiała obecność bróżdy na szyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Schroeder. **O nowszych lekach i przetworach odżywczych, używanych w gruźlicy.** (*Zeitsch. f. Tuberk. und Heils.* tom I zeszyt 3). Schroeder omawia następujące leki:

1. Thiocol, biały proszek bez zapachu i prawie bez smaku, łatwo w wodzie rozpuszczalny, może być podawany w ilości 3,00—7,00 dziennie, nie wywołując szkodliwych ubocznych działań. Pomyślny skutek wywiera w przypadkach, odznaczających się nadmiernem wykrztuszaniem, w przypadkach zaś gruźlicy płuc z rozstrzenią oskrzeli, utrudnionem odkrztuszaniem i cuchnieniem z ust, znikały po podawaniu tiokolu ostatnie dwa objawy. Małe dawki (1.00—1,50 tiocolu, 2 lub 3 razy dziennie), podawane przed jedzeniem, poprawiają łaknienie i zapobiegają wytwarzającemu się w żołądku i jelitach kiśnieniu. Bezpośredniego atoli wpływu na samą sprawę gruźliczą autor nie zauważył.

2. Sirolin, (10%-wy pomarańczowy syrup tiokolu) w dawkach dla dorosłych 3 r. dziennie po łyżce stołowej, a tyleż łyżeczek dziennie dla dzieci, równa się prawie co do działania tiokolowi. Według Goldmanna ma to być środek zapobiegawczy przeciw gruźlicy u osobników, do niej skłonnych, szczególniej zaś u dzieci, co także Oelberg zaznacza.

3. Gujasanol, nowy przetwór gwajakolowy, gorąco zalecany przez Einhorna (Monachium). Biały krystaliczny proszek o słonogorzkim smaku — jedyny, w wodzie łatwo rozpuszczalny, przetwór gwajakolowy, wydzielający gwajakol w ustroju: podawany bywa do 12,00 dziennie, także podskórnie lub w roczynie wodnym. Einhorn spostrzegał po nim znakomite skutki: poprawę łaknienia, lepsze trawienie pokarmów, szybkie znikanie biegunek pochodzenia gruźliczego, ogólnie pomyślny wpływ na gruźlicę płuc i krtani. Autor stosował wprawdzie ten środek w 6-ciu przypadkach gruźlicy po 4,00—6,00 dziennie, nie zdołał atoli stwierdzić znaczniejszej poprawy, wstrzykiwań zaś podskórnych gujasonolu zaniechano z powodu silnego miejscowego odczynu (obrzmienie, zaczerwienienie, bolesność).

4. Geosot bardzo dobrze działa w początkach gruźlicy.

[19]) J. D. Metzgera. Zasady medycyny sądowej z V. wyd. tłómaczył M. Mianowski. Wilno 1823.

[20]) Des maladies mentales. Paris 1838.

[21]) Lehrb. der gerichtl. Med. Wien 1875, str. 130.

[22]) Nothzucht und Mord i t. d. *Vierteljsch. für gerichtl. Med.* 1852. T. 1, str. 185 i t. d.

[23]) Klinische Novellen zur gerichtl. Med. Berlin 1863, str. 343 i 509.

[24]) J. L. Caspers Praktisches Handb. der gerichtl. Medicin von Liman. VI. Aufl. II Bd. Berlin 1877. Fall 387, str. 775.

[25]) Strassmann: Lehrb. d. ger. Med. Stuttgard 1895, str. 101.

[26]) Canstatt's Jahresberichte pro 1857.

Riock miał osiągnąć wyleczenie w 41% przypadków. Geosot bywa podawany albo w kapsułkach n. p. 6 kapsułek po 0,20 albo 4 po 0,40 dziennie, po jedzeniu, lub też według następującego przepisu: Rp.: *Geosot 5,00—15,00 Spirit. Menth. pip. ad 30,00* D. S. 3 razy po 10 do 20 kropel w winie lub mleku, także w połączeniu z balsamem peruwiańskim.

5. Duotal działa podobnie, jak tiokol, w dawkach po 0,50—5,00 w opłatku i kreosotal po 2,00—6,00 dziennie.

6. Olejek kamforowy, zalecany przez Aleksandra dla gorączkujących gruźliczych w dawkach po 0,01—0,02—0,03 podskórnie przez czas dłuższy; chorzy bez gorączki otrzymują przez 4 dni po 0,10 olejku kamforowego podskórnie, poczem po 8—10-cio-dniowej przerwie znowu się to postępowanie powtarza. Oczywiście środek ten może działać tylko jako *cardiotonicum*, o istotnem bowiem wyleczeniu suchotników mowy być nie może.

7. Heroin, używany przeciwko uporczywemu i męczącemu kaszlowi w dawkach najwyżej po 0,005! jednorazowo.

Z przetworów odżywczych zasługują na uwagę ichthalbin i ichthoform, z których pierwszy w dawkach, dochodzących do 3,00 dziennie, a ichthoform do 8,00 dziennie (w proszku) bardzo dobrze działają w przypadkach przewlekłego nieżytu jelit na tle gruźliczem.
Dr. Henryk Pisek.

Fertig: **Obrażenia narządów wewnętrznych pod wpływem tępego urazu.** (*Ztschr. f. Med. Beamte*, Nr. 10, 1900). Autor znalazł przy sekcyi robotnika, którego zgniotły zderzaki wozu kolejowego, a który zmarł w kilkanaście godzin po wypadku, w prawej jamie opłucnowej około 1-go litra treści pokarmowej, obok znacznego pomniejszenia i bezpowietrzności płuca po tejże stronie. Treść pokarmowa przedostała się przez pęknięcie przełyku po stronie prawej, 6 ctm. długie i 6 ctm. ponad wpustem usadowione; w odpowiedniem miejscu przełyku po stronie przeciwnej znajdowało się 4 ctm. długie pęknięcie powierzchownych warstw jego ściany. Brak wszelkich innych obrażeń. *Horoszkiewicz.*

Prof. Schede. **Dwa przypadki guza móżdżku.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 30, 1900). Nawiązując do dwóch operowanych przypadków, wylicza autor objawy, towarzyszące zwykle nowotworom móżdżku. Najczęściej można spotkać u takich chorych t. zw. bezład móżdżkowy, znamionujący się utratą równowagi; pojawia się zawrót głowy w tak wysokim stopniu, że chorzy chwieją się i upadają. Inne objawy, jak ból głowy, tarcza zastoinowa, zanik nerwu wzrokowego, zaburzenia słuchu, rzadziej występują. Pytanie zaś, po której stronie móżdżku jest siedziba nowotworu, do dziś dnia nie da się na pewno rozstrzygnąć, bo, że chory pochyla i słania się na stronę przeciwną, jak nowotwór jest usadowiony, na tem nie można polegać, jak tego dowiódł jeden z dwóch przez autora opisanych przypadków — (autor otworzył prawą stronę czaszki, a nowotwór znajdował się po lewej). W dalszych swoich wywodach opisuje S. najdokładniej technikę operacyi, którą wykonywał zawsze w pozycyi chorych siedzącej i silnie ku przodowi nachylonej. Nie bardzo to wprawdzie wygodne, ale oszczędzając choremu znaczną ilość krwi, wielce wpływa na wynik zabiegu. *Dr. Henryk Pisek.*

Marischler i Ozarkiewicz: **Przemiana materyi w przesięku brzusznym.** (*Pam. wydany na jub. prof. E. Korczyńskiego*). Autorowie badali przemianę azotu, chloru, fosforu i wapniu w 3 przypadkach przesięku brzusznego i zauważyli, iż przemiana materyi w chorobach, połączonych z przesiękiem brzusznym, może mieć różną postać zależnie od gromadzenia lub zmniejszania się przesięku. Tylko fosfor ulegał u wszystkich 3 chorych zwiększonemu wydzielaniu. Zdaje się jednak, że i inne składniki ulegają tu zwiększonemu wydzielaniu, lecz wydzielają się do płynu przesiękowego, podczas gdy fosfor wydziela się innemi drogami. Każde wypuszczenie płynu wywołuje nagłe podwyższenie wydzielania wszystkich składników, które kończy się na drugi dzień po nakłóciu brzusznem. To zwiększone wydzielanie tłómaczyć można nagłą zmianą stosunków w jamie brzusznej i pobudzającym wpływem nakłócia na przemianę materyi, na co wskazuje zwiększenie wydzielania azotu po nakłóciu. Autorowie potwierdzają dawniejsze zapatrywania, iż chłonienie pokarmów przy zanikowej marskości wątroby waha się w granicach prawidłowych; obok tego stwierdzili autorowie lepsze zużytkowanie azotu po nakłóciu, czemu odpowiada zwiększenie wapniu w kale po wypuszczeniu płynu. W końcu potwierdzają autorowie zapatrywanie, że azot w płynie przesiękowym pochodzi w pierwszym rzędzie z pokarmów, gdy jednak ta ilość nie wystarcza na potrzeby, ustrój zużywa swe własne białko. *Dr. Latkowski.*

Scholtz (Wrocław). **Badania nad pasorzytniczą przyrodą wyprysku.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 29 i 30, 1900). Liczne a ścisłe badania bakteryologiczne nad istotą chorób skórnych wykazały, że tak w prawidłowej skórze, jak i w chorobowo zmienionej, można znaleźć rozmaite drobnoustroje — najczęściej gronkowce. W przypadkach zaś wyprysku ostrego i to we wszystkich jego okresach (pęcherzykowym, sączącym, strupowatym i łuskowym) stale napotkać można gronkowce, tak w powierzchownych, jak i w głębszych warstwach skóry. Wobec tego wnosić należy, że wymienione drobnoustroje muszą mieć ważne znaczenie w powstawaniu wyprysku i całym jego przebiegu. Uwzględniając to, zaleca autor w przypadkach *eczema madidans* wilgotne opatrunki (lekkim przeciwgnilnym roztworem n. p. octanem glinowym, roztworem rezorcyny i t. d.) — w przypadkach mniej sączących — ciasta (pasty) i puder, w przewlekłych zaś — plastry. *Dr. Henryk Pisek.*

Raecke: **O chorobach umysłu, będących następstwem wyczerpania.** (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, T. 57, Z. 1, 1900). Zapatrywania na źródło chorób umysłowych z wyczerpania są różne; i tak, gdy jedni uważają je za następstwo zatrucia, popierając swe zdanie tem, iż choroby te dołączają się bardzo często do ostrych chorób zakaźnych, to inni odnoszą je do wyczerpania układu nerwowego. Chorobom tym ulegają najczęściej kobiety między 20—30 rokiem życia. R. rozróżnia dwie gromady chorób umysłowych z wyczerpania. W pierwszej gromadzie występują po krótkich zwiastunach liczne omamy i złudzenia, którym to objawom towarzyszy wielki niepokój, skłaniający chorych do gwałtownych ruchów. W tym okresie zdarzać się zwykły niebezpieczne zapady. Powrót do zdrowia postępuje zwolna, a wśród tego zauważa się ciągłe naprzemian występujące osłabienia i nasilenia objawów. W miarę ustępowania objawów umysłowych poprawia się i stan fizyczny chorego, co cechuje się w pierwszym rzędzie przybieraniem na wadze. Gromadę drugą cechuje długi okres zwiastunów, dochodzący czasem do kilku miesięcy; natomiast właściwe objawy choroby nie są tak gwałtowne, jak w pierwszej grupie. Chorzy doznają licznych omamów i złudzeń treści przykrej, co wprawia ich w stan pewnej nieporadności i braku oryentacyi, a to może spowodować targnięcie się na czyjeś lub własne życie. Przejście do zdrowia trwa zwykle dłużej, niż w postaci poprzedniej, lecz zdaniem autora zupełnego wyleczenia nigdy się nie osiąga; zazwyczaj zauważać się daje następowe przytępienie umysłu. *Horoszkiewicz.*

P. Ilyin (Moskwa). **Uśpienie „fizyologiczne“ sposobem Schleicha.** (*Klin. ther. Woch.* Nr. 30, 1900). Autor pobieżnie wspomniawszy o dotychczasowych sposobach usypiania chloroformem, eterem i t. d. i wytknąwszy ich braki, przechodzi do sposobu Schleicha. Schleich wyszedł z zasady, że najstosowniejszym środkiem usypiającym będzie ten, którego punkt wrzenia zbliża się do punktu ciepłoty ciała (37°—40°C), wytworzył więc mięszaninę trojakiej siły:

Nr. I (odpowiada ciepłocie 38°C.):

Chloroformii 45,00 *Aetheris petrolei* 15,00 *Aetheris sulfur.* 180,00	dla dzieci i osób niedokrewnych, dla chorych na serce i płuca, ale o ciepłocie ciała prawidłowej.

Nr. II (odpowiada ciepłocie 39°C.)

Chloroformii 45,00 *Aetheris petrolei* 15,00 *Aetheris sulfur.* 150,00	służy do uśpienia mającego trwać około $1^1/_2$ godz.

Nr. III (odpowiada ciepłocie 40°C.)

Chloroformii 30,00 *Aetheris petrolei* 15,00 *Aetheris sulfur.* 80,00	służy do uśpienia, mającego trwać dłużej, albo miernie długo, ale u chorych gorączkujących.

Temiż mieszaninami, któremi posługiwano się, jak zwykłym chloroformem, wykonał autor 135 uśpień w rozmaitych stanach chorobowych i doszedł do następujących wyników: 1) Oddechy u uśpionych stają się głębsze i częstsze; jeśli oddechy już są przyspieszone, wówczas stają się tylko głębsze. 2) Tętno staje się pełniejsze, ale rzadsze, czasami liczba jego uderzeń się nie zmienia. Przyspieszenie tętna rzadko się pojawia. 3) Podniecenie bywa nawet u alkoholików nieznaczne. 4) Okres uśpienia u starców lub u dzieci niczem się nie różni od typu zwykłego uśpienia. 5) Po uśpieniu budzą się chorzy lekko, czując się świeżymi i krzepkimi. 6) Wymioty nie częściej się zdarzają, aniżeli po uśpieniu chloroformem lub eterem. 7) Zapalenia oskrzeli nie zauważono, nawet u gruźliczych.
Dr. Henryk Pisek.

A. Ackerman: **Przypadek nerwobólu trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, wywołanego wskutek ucisku przez ząb nadliczbowy.** (*Pam. wydany na jub. prof. E. Korczyńskiego*). U chorej 33-letniej, cierpiącej od 17 lat na nerwoból trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, znaleziono podczas operacyi na ramieniu wstępującem szczęki dolnej po stronie prawej rozszerzenie wrzecionowate z otworem w środku, zawierającym ząb trzonowy nadliczbowy, który uciskał na nerw i był przyczyną nerwobólu. Wynik operacyi był znakomity, bo chora zaraz po zabiegu pozbyła się bólu, który już od roku nie wraca. *Dr. Latkowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 25 kwietnia 1900 roku.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 13, gość 1.

1) Kol. Mars podaje odnośnie do przypadków z jego kliniki, przedstawionych na poprzednich posiedzeniach, że u chorej z wypadnięciem macicy musiano przecież w końcu wykonać *ventrofixatio uteri*, ponieważ odprowadzona macica wypadła napowrót. Co do przypadku ciąży trąbkowej, to nie zgadza się M. ze zdaniem, jakoby tam wynaczynienie nastąpiło między blaszki więzadła szerokiego. W tym razie byłby guz niżej macicy, a tego tu nic było. Dalsze spostrzeganie przemawia stanowczo za tem, że było tu wolne wynaczynienie do jamy brzucha.

2) Kol Kuczera demonstruje kilka preparatów histologiczno-bakteryologicznych, ilustrujących szerzenie się spraw zapalnych ropnych przy zakażeniu połogowem w samych ścianach macicy. Odbywa się to jako *metrophlebitis suppurativa*, jako *metrolymphangoitis suppurativa*, lub *metritis phlegmonosa* (w postaci skończonych ropni, a czasem jako tak zw. *metritis dissecans*). Najczęściej jednak zajęte są tak drogi żylne, jak i limfatyczne, jak się o tem przekonać można na preparatach, sporządzonych sposobem Grama, lub Weigerta, gdzie widzimy typowe łańcuszki paciorkowców, wypełniające światło naczyń limfatycznych i zarazem leżące gęsto pośród nitek włóknika w naczyniach żylnych. Na jednym z preparatów (*sepsis puerperalis cum peritonitide purulenta*) widać nad dnem macicy pod otrzewną wytworzone pęcherze, podobnie jak na skórze w róży. Treść ich surowicza zawiera niezliczone łańcuszki paciorkowców. Jest to prawdopodobnie najdalej posunięte ognisko mikrobów w przestworze limfatycznym, wobec którego przypuścić można, że mogło ono być punktem wyjścia zapalenia ropnego otrzewnej nawet bez przebicia cieniutkiej ściany takiego pęcherza. Dwa inne preparaty przedstawiają zmiany wsteczne, jakim ulegają mięśnie gładkie przy zapaleniu ropnem: zwyrodnienie — obumieranie.

3) W dyskusyi podnosi kol. Mars, że zapalenia otrzewnej widzi się obecnie rzadziej, niż w dawniejszych czasach, w stosunku do innych postaci spraw połogowych, wobec czego nasuwa się pytanie, czy dzisiejsze postępowanie przeciw- i bezgnilne przeciw wszystkim zarazkom jest skutecznem. Potwierdza te spostrzeżenia kol. Solowij, a kol. Strojnowski zwraca przy tej sposobności uwagę na to, że często za życia rozpoznać zapalenia otrzewnej nie można tam, gdzie je sekcya potem wykazuje.

4) Kol. Solowij przedstawia preparat po wyłuszczeniu macicy z powodu raka u osoby, dotkniętej wysokim stopniem rozmiękczenia kości. Kombinacya ta jest rzadkością — tu macica była zupełnie ruchoma, ale operacya możebna tylko przez laparotomię i to wśród wielkich trudności, spowodowanych zniekształceniem kości i znacznem napięciem mięśni prostych brzucha.

5) Kol. Solowij okazuje preparat i opisuje przypadek, w którym po 3-dniowym porodzie powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa. W klinice znaleziono w bliźnie okrężnej ponad przetoką i wyjęto — wypadniętą trąbkę i jajnik.

6) Następnie wygłosił kol. Feuerstein, na zaproszenie wydziału, odczyt: «O psychozach w związku z ciążą, porodem i połogiem».

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Zamierzając zdać sprawę z zakończonego przed 3 tygodniami kongresu, postanowiliśmy głównie uwzględnić referaty, a to z tego powodu, że w nich się mieszczą najważniejsze zagadnienia chwili, a referentami byli najdoświadczeńsi klinicyści i najwybitniejsze powagi naukowe; obok tego referaty dadzą się niezawodnie jeszcze najlepiej streścić, a tem samem przynieść czytelnikowi istotną korzyść.

I. Sekcya pedyatryczna.

Zestawił Dr. A. Kwaśnicki.

Przewodniczący: Grancher.

Sztuczne karmienie osesków. Sprawozdawca: Jacobi (Nowy Jork). Rozbiór chemiczny mleka niewieściego nie doprowadził do tej pory do wyników ostatecznych. Gdy dla jednych pokarm się zmienia w swych własnościach względnie do okresu karmienia, a podczas miesiączki, choroby i t. d. ma ulegać zaburzeniom, inni temu przeczą, a właściwie nikt pod tym względem niczego nie udowodnił. Chemia nie dostarczyła nam dowodów, ażeby pokarm posiadał jakieś nadzwyczajne i sobie właściwe własności życiowe. Wobec tylu niepewności dziwić się nie należy, że liczba surogatów do zastąpienia pokarmu macierzyńskiego jest tak wielka. Gdyby pokarm był wydzieliną o składzie stałym, możeby nie było trudno wynaleść substancyę równoważną; lecz przyroda jest hojniejszą, niż chemicy i wytwory swoje urozmaica. Wpływ wysokiej ciepłoty na mleko wszelkie jest czasem dodatni, a czasem znowu szkodliwy: ogrzewanie mleka przez 15 minut w ciepłocie 68—70°C. niszczy *bact. coli* i *bact. lactis aerogenes;* przy 80° białko krzepnie, woń i smak mleka stają się inne; sernik już przy 70° przeobraża się niekorzystnie. Gotowanie dłuższe wywołuje strącenie białka, rozkłada lecytynę, sprowadza fizyczne i chemiczne przeobrażenie tłuszczu. Jeszcze dłuższe gotowanie powoduje dalsze przemiany w serniku i nukleinie. Gdybyśmy chcieli zabić zarodniki, pomimo że ich szkodliwości nikt nie udowodnił, potrzebaby przedłużyć gotowanie do kilku godzin, kosztem fizycznego i chemicznego przeobrażenia mleka.

Gotowane, wyjałowione lub pasteuryzowane mleko krowie nie zastąpi pokarmu macierzyńskiego. Jeśli mleko krowie stanowi jedyną pożywkę oseska, stać się ono może powodem zaburzeń w przewodzie pokarmowym, wywołać biegunkę lub zatwardzenie, wreszcie krzywicę lub nawet gnilec. Ażeby działanie przeciwpasorzytnicze miało odnieść zamierzony skutek, należy po zagotowaniu wystawić mleko możebnie nagle na wpływ chłodu, nie dochodzącego do zamrożenia. Rozprowadzenie mleka krowiego inną cieczą jest niezbędne, zwłaszcza przy sztucznem karmieniu noworodków; sernik mleka krowiego trawi się równie dobrze, jak sernik pokarmu macierzyńskiego, jeśli to pierwsze rozprowadzimy jakim kleikiem; w tych warunkach sernik mleka krowiego strąca się w najdelikatniejszych kłaczkach, należycie rozdrobnionych. Kleik (ze zboża) jest najstosowniejszym środkiem do rozrzedzania sernika mleka krowiego. Laktoza wchłania się częściowo w żołądku, częściowo w jelitach, a jakaś jej część zamienia się w kwas mlekowy, niezbędny do czynności trawiennej i będący zarazem czynnikiem przeciwbakteryjnym. Peptony, zawarte w mleku, niszczy kiśnienie kwaśne: to winno być wskazówką, że nie należy dodawać cukru mlecznego w zbytniej ilości, a zastąpić go należy innymi węglowodanami. Najwłaściwiej używać cukru trzcinowego, gdyż mleko krowie zawiera dostateczną ilość laktozy do trawienia; prócz tego znajduje się w jelitach dziecka zaczyn, który o tyle przeobraża cukier trzcinowy, że go czyni wchłanialnym; wreszcie — wszystkie węglowodany mają tę własność, że zapobiegają gniciu białka. Tłuszczu dodaje się do mleka krowiego dla zwiększenia jego pożywności i możebnie doskonałego rozdrobnienia sernika. Nie należy spuszczać z oka, że już pokarm macierzyński zawiera często tłuszcz o tyle w nadmiarze, że sprowadza on biegunkę, a wypróżnienia nawet prawidłowe dzieci mają w sobie znaczną ilość czystego tłuszczu. Kulki tłuszczu z mleka krowiego są większe, mniej liczne i mniej łatwo wchłanialne, niż kulki w pokarmie macierzyńskim; w moczu osesków, karmionych mlekiem krowiem, znajduje się amoniak, w jelitach istoty toksyczne. Różni się również mleko krowie od pokarmu niewieściego zawartością pierwiastków mineralnych; dodawanie soli kuchennej do mleka krowiego uzasadnia się fizyologicznie i chemicznie.

O wiele korzystniej jest przy sztucznem żywieniu osesków przygotowywać mleko samemu, aniżeli kupować je w zakładach. Dzielenie na części składowe i mechaniczne odtworzenie z mleka krowiego pokarmu niewieściego, przedstawia się jako usiłowanie wątpliwej wartości. Doświadczenie lekarskie, a nawet i rodzicielskie, co najmniej tyle warte, co teorye, pomyślane w pracowniach, rozpowszechnione przez piśmiennictwo lekarskie, a przedstawiające suche fakta bez głębszego sądu krytycznego.

O. Heubner (Berlin) współsprawozdawca: Teoretycznie i naukowo niepodobna przeprowadzić stałych zasad sztucznego karmienia noworodków na dzieciach chorych; do tych badań należy użyć noworodki zdrowe, donoszone. Dotychczasowe piśmiennictwo lekarskie rzadko uwzględnia jednostki zupełnie prawidłowe, a to głównie z tego powodu, że lekarze, mając niemal wyłącznie do czynienia z dziećmi choremi, na tej podstawie wyrabiają swoje przekonanie o sztucznem karmieniu. Od najodleglejszych jednak czasów przekonano się, że dla zastąpienia pokarmu matki najlepszem jest świeże mleko zwierzęce, a prze-

świadczenie to popiera porównanie ich składu chemicznego. Analiza poucza nas, że mleko krowie, kozie i t. d. nie różni się więcej od pokarmu niewieściego, niż rozmaite gatunki mięsa między sobą. Przewód pokarmowy dziecka zdolen jest przetrawić tak dobrze mleko krowie, jak i pokarm macierzyński, tylko z większym nakładem sił trawiennych, gdyż większe drobiny proteinowe (*molécules protéiques*) pierwszego wymagają znaczniejszego wysiłku trawiennego, niż małe drobiny węglowodanów pokarmu niewieściego. Mleko krowie obfituje w drobiny proteinowe, a pokarm niewieści — w drobiny węglowodanów; następstwem tego jest większa pozostałość w jelitach po strawieniu mleka krowiego, aniżeli przy karmieniu piersią. Lecz wszelkie poszukiwania, dotyczące przemiany materyi, wykonane na oseskach, stwierdzają, że mogą one znaleźć w mleku krowiem wszelkie warunki odżywcze w równej mierze, było osesek wchłonął ilość równoważną tej, której mu dostarcza pierś macierzyńska, w stosunku do doby rozwoju dziecka. Sztuczne karmienie wymaga ścisłego dawkowania mleka — względnie do wieku oseska, a bezwzględnie do tego, czy mleko jest rozcieńczone, lub nie. Oprócz należytego i do każdej jednostki zastósowanego określenia ilości, ważną nad wszelki wyraz jest ta okoliczność, ażeby mleko uchronić od zakażenia i rozkładu, czego przy karmieniu piersią nie potrzebujemy przestrzegać. Ostrożność, polegająca na czystości, tu nie wystarcza zupełnie: bezpieczeństwo nam daję dopiero wyjaławianie. Wystarcza w tym celu zagotować mleko w ciągu 5—10 minut, a nawet samo ogrzewanie do 65° C w ciągu pół godziny już wyjaławia mleko bez zepsucia jego smaku i obniżenia wartości pożywczej.

Gdy atoli stosujemy sztuczne karmienie u oseska ze słabem trawieniem, rzecz się przedstawi odmiennie: tu przeróbka natrafia na niedomogę czynnościową, a główny opór tym niedostatecznym siłom trawiennym stawiają nie proteiny, jak sądzono, lecz tłuszcz. Oczywiście, że zbytnia ilość istot azotowych w mleku może również być szkodliwą zdrowiu, a nawet cukier, jeśli się nie należycie przetrawia, obniża poważnie odżywienie.

Dążąc do najdoskonalszego zbliżenia mleka krowiego do pokarmu niewieściego, zmniejszamy w pierwszem ilość tłuszczu i substancyj proteinowych, a to przez rozrzedzenie mleka krowiego trzecią częścią wody przegotowanej, a natomiast dodajemy cukru w stosunku do jego zawartości w pokarmie macierzyńskim (7%). Dla uczynienia mleka pożywniejszem, można doń dodać inne węglowodany, np. kleik z biszkoptów, który jest o wiele stosowniejszy od innego rodzaju mączek, używanych do zarobienia kleiku.

W Niemczech czynią się próby do ułatwienia przetrawiania substancyi azotowych przez wcześniejsze trawienie sztuczne i w tym celu poczęto wytwarzać mleko peptonizowane.

Inni pedyatrzy sądzą, że lepiej jest umniejszyć tylko substancye proteinowe mleka, pozostawiając tłuszcz w ilości zwykłej; dokonuje się tego za pomocą rozrzedzenia mleka i centryfugi tak, ażeby mleko takie zawierało 1% sernika, 3% tłuszczu, lub dodając do mleka rozrzedzonego ściśle odmierzoną ilość śmietanki. Wreszcie usiłowano ze skutkiem zastąpić cukier mleczny cukrem doszczętnie utlenionym t. j. przez maltozę.

Te są najważniejsze zasady, na podstawie których usiłowano dotychczas wydoskonalić sztuczne karmienie osesków.

Czasem jedna, czasem druga z metod wybieranych daje wyniki dodatnie, ale medycyna do tej pory idzie w tym względnie jeszcze poomacku. Jeśli wszystkie te metody i zabiegi zawodzą, a stan dziecka z dnia na dzień się pogarsza, należy bez zwlekania uciec się do piersi matki lub mamki. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 30 sierpnia.

* Królewskie kolegium chirurgów w Londynie mianowało przy sposobności stuletniego swego jubileuszu swoim członkiem honorowym prof. J. Kosińskiego z Warszawy.

* Niemieckie pisma lekarskie witają z wielkiem uznaniem rozporządzenia niemieckiego ministra oświaty, dotyczące zmian w naukach szkolnych w czasie upałów. Rozporządzenia te przepisują, aby w dniach, w których o 10 rano ciepłota w cieniu wynosi 25° C, nauka nie trwała ponad 4 godziny dziennie i odbywała się tylko jednorazowo; i mniejsze już jednak upały uprawniają do ograniczenia liczby godzin nauki, zwłaszcza w salach niskich i przepełnionych; w szkołach, posiadających obszerne, a ocienione boiska, należy w miarę potrzeby zmienić zwykły plan nauki, przerywając go grami na boisku, co wszystko pozostawia się uznaniu kierownika szkoły bez odwoływania się do władz wyższych.

* Międzynarodowy Zjazd w sprawie gruźlicy ma się odbyć w Londynie w końcu kwietnia 1901 r.

* Cesarski Urząd zdrowia w Berlinie wydał ogłoszenie o gruźlicy („Tuberkulose-Merkblatt“), mające zapoznać jaknajszersze koła ludności z drogami szerzenia się tej choroby i sposobami zapobiegania. Przykład godny naśladowania.

* Zjazd dermatologiczny paryski obrał za miejsce zjazdu następnego Berlin, za lat trzy tj. w r. 1903.

* Jak donosiły dzienniki, zaszedł niedawno w Hamburgu podejrzany przypadek śmierci majtka okrętu, przybywającego z La Plata. Obecnie czasopisma lekarskie niemieckie stwierdzają, że rzeczywiście była to dżuma, ale że wszelkie niebezpieczeństwo dalszego jej rozwlekczenia minęło. Natomiast w Glasgowie miała świeżo zapaść na dżumę rodzina, złożona z 3 osób.

Mianowani: Profesorami nadzw.: Doc. Nitze w Berlinie, tyt. prof. ginekologii Herff i tyt. prof anatomii Eisler w Halle.

Zmarli: W Warszawie Dr. Franciszek Stępkowski w dniu 15 b m Urodzony w r. 1855, ukończył gimnazyum w Radomiu, a wydział lekarski w r. 1880 w Warszawie; przez lat 13 praktykował potem w Opocznie z wielkiem uznaniem i powodzeniem i już wówczas ogłosił kilka cennych prac. W r. 1893 przeniósłszy się do Warszawy oddał się z zapałem umiłowanym studyom ginekologicznym w oddziele Dra Neugebauera i w własnej prywatnej lecznicy. W tym czasie ogłosił dziesiątek prac z zakresu swej specyalności, zdobywając sobie niemi wybitne stanowisko wśród ginekologów polskich. Do ostatnich chwil życia nie ustając w pracy, jeszcze na parę tygodni przed śmiercią pospieszył z gotowem sprawozdaniem „O leczeniu niepłodności“ na Zjazd lekarski do Krakowa, ciężki jednak stan zdrowia zmusił go do powrotu do Warszawy, gdzie wkrótce uległ cierpieniom, otoczony gorącą sympatyą kolegów i pożegnany szczerym żalem powszechnym. Cześć jego pamięci! — W Petersburgu zmarł oftalmolog prof. Dohnberg.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Czasopismo lekarskie* Nr. 8: Berenstein: Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego w Łodzi (dok.) Kossobudzki: Przyczynki do kazuistyki ginekologicznej (dok.). Fidler: Szpitalnictwo w gub. Radomskiej (c. d.) Sonnenberg: Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki. *Nowiny lekarskie* Zesz. 14: Zanietowski: O nowszych metodach elektroterapeutycznych i elektrodyagnostycznych (c. d.). *Gazeta lekarska* Nr. 34: St. Kopczyński: Przypadek nerwicy ruchowej o charakterze tików z niezwykłem zaburzeniem mowy. K. Stróżewski: O zaburzeniach histerycznych. W. Ettinger: Trzydzieści przypadków rzężeń wilgotnych przy obecności płynu w jamie opłucnej (c. d.). *Medycyna* Nr. 34: M. Biro: Zaburzenia odruchu z jednego ścięgna Achillesa. Wiąd rdzenia i cierpienie nerwu kulszowego. L. Korczyński: O klimacie nizinnym.

Redakcya otrzymała: L'Année chirurgicale. II. An. 1899. Bruksela. Lamertin. — Z. Orski: „Ukryty wróg. Gruźlica, jako klęska społeczna« Kraków 1900. Nakład »Prawa Ludu«. (Cena 5 hal.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Rok XXXIX. Kraków, 8 Września 1900. Nr. 36

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni krakowskiej kliniki ginekologiczno-położniczej.

Chorio-epithelioma malignum uteri
(Deciduoma malignum).

Napisał

Docent Dr. Switalski.

Zanim podam bliższe szczegóły o tym ciekawym nowotworze, pozwolę sobie wprzód przytoczyć dwa przypadki tego nowotworu, które miałem sposobność spostrzegać i badać drobnowidowo w tutejszej klinice ginekologicznej.

1. D. J., lat 53 z Filipowic. Przyjęta na klinikę dnia 12/II 1898 Miesiączkowała od 17 roku życia prawidłowo. Od kilku lat regularność występuje w niejednostajnych odstępach czasu, co 2—3 tygodnie, i połączona jest z bólami dołem brzucha i w krzyżach. Roniła 2 razy w 5-tym miesiącu ciąży. rodziła 7 razy prawidłowo; ostatni poród odbył się przed ośmiu laty. Od początku grudnia 1897 bez znanej przyczyny miewa nieustanne mierne, a od czasu do czasu bardzo obfite krwawienia. Skarży się przy tem na silne bóle w krzyżach i bardzo znaczne osłabienie.

Badanie w dniu przyjęcia wykazało: osoba licho odżywiona, bardzo niedokrewna W tętnicach dla badania dostępnych wyraźne zmiany miażdżycowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz prawidłowy.

Przedsionek blady, wejście do pochwy szerokie, ściany pochwy luźnie do otoczenia przyczepione. Część pochwowa grubsza, walcowata, zbitsza. Ujście zewnętrzne tworzy szparę poprzeczną z głębokimi wrębami po bokach. Szyjka aż do ujścia wewnętrznego jest drożna dla palca. Trzon macicy ułożony w tyłopochyleniu, powiększony jak w drugim miesiącu ciąży, o powierzchni gładkiej, ruchomy, zbitszy. Jajnik lewy prawidłowej wielkości, znacznie niżej ułożony, ruchomy. Błona śluzowa pochwy blada, na brzegach ujścia zewnętrznego duża nadżerka pęcherzykowata (*erosio follicularis*).

Zgłębnik daje się z łatwością wprowadzić do macicy, wykazuje jamę macicy dłuższą o 3 cm., a zarazem stwierdza na tylnej ścianie macicy, blisko jej dna, nieco ku stronie lewej, bardzo wyraźne wybujałości na pewnej przestrzeni. Podczas i po wprowadzeniu zgłębnika utrzymywało się dosyć silne krwawienie. W celu powstrzymywania krwawienia i rozszerzenia szyjki wytamponowano szyjkę i pochwę gazą jodoformową. Po wyjęciu gazy na drugi dzień, kanał szyjki był w całości drożnym dla palca, którym można było stwierdzić na tylnej ścianie, blisko dna macicy, wybujałości nowotworowe. Na podstawie tego wyniku klinicznego badania rozpoznano raka trzonu macicy. Badanie drobnowidowe strzępów, wyskrobanych z macicy, dało bowiem wynik ujemny, gdyż składały się one przeważnie z tkanki obumarłej.

Dnia 18/II 1898 dokonano wycięcia macicy przez pochwę metodą kleszczykową. Operacya poszła całkiem gładko, przebieg po operacyi był prawidłowy i chora opuściła klinikę w zupełnie dobrym stanie dnia 19/III 1898. W półtora roku po operacyi była zdrowa.

Wycięta macica jest powiększona, jak w drugim miesiącu ciąży; długość całej macicy wynosi 11 ctm., długość jamy macicy 9 ctm. Po otwarciu jamy macicy przez podłużne przecięcie przedniej ściany widać na tylnej ścianie macicy tuż poniżej dna, na przestrzeni korony naciek nowotworowy, o powierzchni nierównej, pokrytej skrzepami krwi. Na przekroju widać, że naciek, wyróżniający się swą ciemnoczerwoną barwą, zajmuje całą grubość błony śluzowej i w środku dochodzi aż do warstwy mięsnej. Tuż poza naciekiem nowotworowym wśród utkania tylnej ściany macicy znajduje się guzek wielkości małego orzecha laskowego, w rogu zaś lewym macicy blisko otrzewnej znajdują się dwa podobne guzki, tylko znacznie mniejsze, bo dochodzące wielkości ziarnka grochu. Wszystkie te guzki są ostro odgraniczone i wyróżniają się swoją ciemniejszą barwą od otoczenia. — Jajniki i trąbka zachowują się prawidłowo.

Kilka kawałków nowotworu, wyciętych wraz z miąższem macicy, jakoteż i guzki, powyżej opisane, ustalono w sublimacie; preparaty barwiono hematoksyliną, eozyną i sposobem von Giesona.

Badania drobnowidowe wykazują, że błona śluzowa w miejscu rozwoju nowotworu jest bardzo znacznie zgrubiała i że nowotwór rozwinął się głównie wśród utkania błony śluzowej, a tylko w środku zaczął się rozrastać wśród warstwy mięsnej. Powierzchowna warstwa błony śluzowej w miejscu nowotworu jest prawie w całości zajęta przez naciek nowotworowy, przeważnie obumarły, o budowie mniej lub więcej zamazanej, poprzerzynany pasmami włóknika. W otoczeniu znajduje się obfity naciek drobnokomórkowy. W głębszych częściach błony śluzowej są ogniska nowotworowe, coraz lepiej utrzymane, rozrzucone wśród błony śluzowej; przytem albo stoją w ścisłym związku z otoczeniem, albo oddzielone są od niego wolną przestrzenią, w której spotyka się ciałka krwi.

Nowotwór składa się z dwojakich składników, pozostających ze sobą w ścisłym związku. Jeden składnik stanowią masy plazmatyczne, występujące w postaci mniej lub więcej szerokich pasemek, wysyłających liczne wypustki (fig. 1 s,



Fig. 1.

fig. 6 s.), nieraz kolbkowate, lub też w postaci mniejszych lub większych płatów bez wyraźnych granic komórkowych.

Pasma te plazmatyczne, zwane syncytyum, mają przeważnie dosyć ostre granice, a tylko tu i ówdzie w ogniskach wyrodniejących granice są zamazane, a plazma jest znacznie słabiej zabarwiona. Plazma syncytyalna, zabarwiona eozyną, jest całkiem jednostajna ciemno-czerwona, albo okazuje utkanie drobnosiatkowate, zdaje się w komórkach wyrodniejących. W tych masach plazmatycznych znajdują się liczne jądra kształtu nader rozmaitego, owalne, wrzecionowate, nieregularne, rozmaitej wielkości, bardzo silnie barwiące się hematoksyliną tak, że przeważnie żadnych szczegółów w nich odróżnić nie można. Wśród plazmy syncytyalnej spotyka się nie rzadko mniejsze lub większe wolne przestrzenie *(vacuolae)*.

Belki i beleczki syncytyalne obejmują pomiędzy sobą mniejsze lub większe grupy komórek, mających wejrzenie komórek nabłonkowych (fig. 1 k, fig. 6 k). Komórki te pochodzące z warstwy komórkowej Langhansa są przeważnie kształtu wielokątnego, różnej wielkości, mają jasną plazmę i dosyć duże okrągłe lub owalne jądra, zawierające siatkę chromatynową o szerokich oczkach i jedno lub dwa jąderka. W tych komórkach spotyka się nierzadko karyomitozę; natomiast jądra w syncytyum dzielą się wprost.

Stosunek komórek Langhansa do syncytyum jest rozmaity i gdy, co przeważnie się spotyka, w jednych ogniskach przeważają komórki Langhansa, to w innych miejscach przeważa syncytyum. Komórki Langhansa przylegają wszędzie bardzo ściśle do siebie i do syncytyum, gdzie nie ma żadnej tkanki międzykomórkowej. Naczyń wśród tkanki nowotworowej nigdzie się nie spotyka, natomiast liczne przestrzenie, wypełnione krwią.

Pomiędzy ogniskami nowotworowymi i w najbliższem otoczeniu nowotworu spotyka się bardzo wyraźne komórki doczesnej (fig. 1 d), które różnią się dosyć wybitnie od komórek Langhansa, są od nich większe, kształtu okrągławego lub nieregularnego o plazmie jednolitej, zabarwionej (eozyną) blado-różowo, o wyraźnych jądrach owalnych lub okrągłych, zawierających 1—2 jąderka.

W głębszej swej części i zdala od ogniska nowotworowego przedstawia błona śluzowa utkanie zwykłe; gruczoły w otoczeniu nowotworu są wyraźnie porozszerzane, wysłane nabłonkiem, wybitnie niższym, i bardzo często otoczone obfitym naciekiem drobnokomórkowym (fig. 4 n). Wśród błony śluzowej, znajdującej się w sąsiedztwie nowotworu, spotykamy liczne komórki, porozrzucane, rozmaitego kształtu i wielkości, o jednem, dużem, silnie się barwiącem jądrze, lub też o kilku albo nawet kilkunastu mniejszych (fig. 2). Podobne komórki spotyka się i pomiędzy włóknami mięsnemi (fig. 1 s) tuż przy błonie śluzowej Wszystkie te komórki nie mają żadnej osłonki i są pochodzenia syncytyalnego.

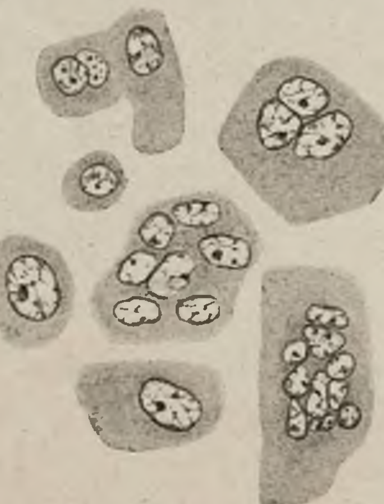


Fig. 2.

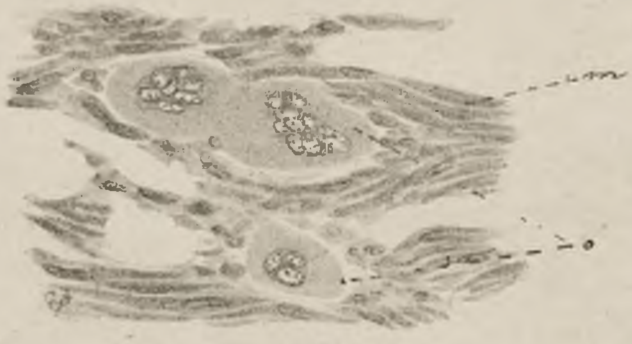


Fig. 3.



Fig. 4.

W jednem miejscu w dolnej części błony śluzowej, blisko warstwy mięsnej, spotkałem ogniska komórek nieregularnych (fig. 4) o jednem lub kilku jądrach, ułożonych bądź obok siebie, bądź też rozdzielonych naciekiem drobnokomórkowym. Niektóre z tych komórek mają wyraźne osłonki, inne zaś nie. Komórki te, przypominające komórki Langhansa, najprawdopodobniej powstały również z syncytyum, za czem przemawia brak osłonek w niektórych komórkach i komórki olbrzymie. Obraz, jaki tu się spotyka, podobny jest nieco do ogniska rakowego. Obok tego wśród mięśnia macicznego znalazłem w tym przypadku dosyć rozległy naciek nowotworowy, składający się z odmiennych zupełnie komórek (fig. 5 k), kształtu nieregularnego, wrzecionowatego, bez wyraźnych osłonek, z dosyć dużymi, z silnie barwiącymi się jądrami. Wśród tych komórek spotyka się miejscami płaty syncytyalne (fig. 5 s). Komórki te są napewno pochodzenia syncytyalnego i przedstawiają obraz, podobny jak w mięsaku *(sarcoma)*. W odległości 4 mm. poza błoną śluzową, w której rozwinął się pierwotny nowotwór, znajduje się wśród warstwy mięsnej przerzut o średnicy około 14 mm. Pomiędzy tym przerzutem, a błoną śluzową znajduje się jeszcze siedem bardzo małych przerzutów, z których pięć leży całkiem luźno w naczyniach, a w dwu, podobnie jak w pierwszym, naciek nowotworowy wrasta w tkankę mięsną. Przerzuty te podobnie, jak i oba przerzuty, widoczne gołem okiem w lewym rogu macicy, mają taką samą

budowę, jak nowotwór pierwotny, tj. składają się z syncytyum i komórek Langhansa. Przerzuty przedstawiają bardzo wyraźne utkanie siatkowate (fig. 6), co ztąd pochodzi, że składają się z poszczególnych ognisk, mniejszych lub większych, oddzielonych wolnemi przestrzeniami kształtu nieregularnego, rozmaitej wielkości, pustemi lub wypełnionemi ciałkami krwi. Wszystkie te poszczególne ogniska pozostają ze sobą w związku przez syncytyum, które w postaci beleczek z jednego ogniska przechodzi w drugie. W jednym z małych przerzutów spotyka się całe płaty syncytyalne o bardzo nieregularnych, mniejszych jądrach, dokoła których znajdują się mniejsze lub większe otoczki; są to prawdopodobnie wytwarzające się wakuole w miejscu zanikających jąder. Mięsień maciczny w otoczeniu wszystkich przerzutów zachowuje się prawidłowo (fig. 6 m); nigdzie nie spotyka się nacieku drobnokomórkowego, a granica pomiędzy przerzutami, a warstwą mięsną występuje przeważnie dosyć ostro. W najbliższem otoczeniu ognisk przerzutowych spotyka się także niekiedy komórki nieregularne o dużych jądrach, nie mające wyraźnej osłonki; są to także komórki pochodzenia syncytyalnego. Nowotwór w przerzutach rozrasta się w ten sposób, że najpierw wrasta w otoczenie syntycyum, które w postaci wypustek wsuwa się pomiędzy włókna mięsne (fig. 6). Naczynia w otoczeniu przerzutów są wybitnie porozszerzane.

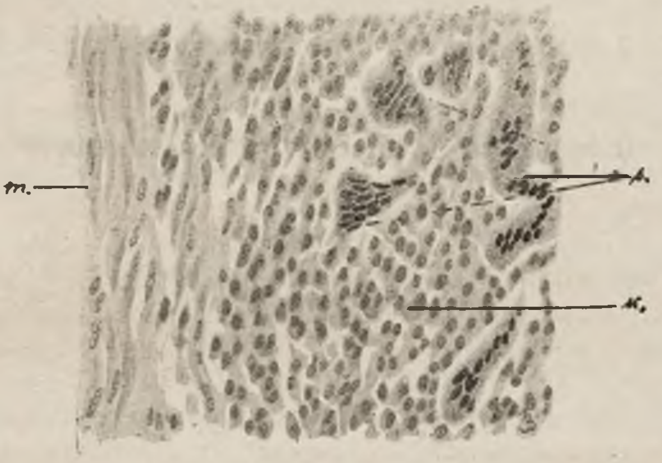


Fig. 5.

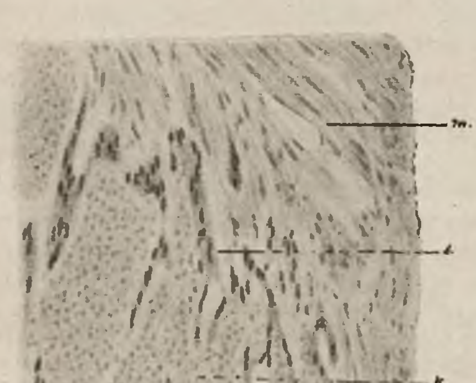


Fig. 6.

W przypadku tym spotykamy nowotwór, który się rozwinął w następstwie poronienia; chora nie wspominała wprawdzie nic o poronieniu, niewątpliwie jednak przemawiają za tem bardzo dobrze utrzymane jeszcze komórki doczesnej. Nowotwór zaczął się rozwijać w powierzchownej warstwie błony śluzowej, gdzie zmiany są największe, i już dosyć wcześnie wytworzył liczne przerzuty wśród warstwy mięsnej macicy.

2. M. G., lat 26. Miesiączkuje od 19 roku życia prawidłowo. Rodziła raz przed trzema laty prawidłowo. W połowie września 1898 urodziła zaśniad groniasty w 4-tym miesiącu ciąży i od tego czasu miewa obfite krwawienia. Zgłosiła się do kliniki w marcu 1899, a dokonane podówczas badanie wykazało u osoby niedokrewnej macicę nieco powiększoną, ułożoną w przodozgięciu. Ujście zewnętrzne dla palca niedrożne. Zgłębnikiem nie stwierdza się na błonie śluzowej macicy żadnych nieprawidłowości.

Dnia 11/III wyskrobano z macicy dosyć obfite strzępy: badanie drobnowidowe nie dało wyniku pewnego, w każdym razie na podstawie tego badania nie można było wykluczyć *deciduoma malignum*, wobec czego pragnęliśmy chorą po ustaniu krwawienia zatrzymać jeszcze jakiś czas w klinice. Chora jednak na własne żądanie opuściła klinikę z poleceniem, aby się zaraz zgłosiła do kliniki, skoro krwawienie się powtórzy. Po trzechtygodniowym pobycie w domu wystąpiły znowu krwawienia z początku z przerwami, a od lipca ciągłe. W sierpniu zauważyła chora owrzodzenie na częściach rodnych zewnętrznych i wtedy dopiero zgłosiła się powtórnie do kliniki. Badanie podówczas wykazało: u osoby silnie niedokrewnej narządy wewnętrzne bez zmian. Dolna część brzucha lekko wzdęta i tak nad spojeniem, jak i nad pachwinami przy ucisku silnie bolesna. Warga sromowa większa lewa i obie wargi mniejsze dosyć silnie obrzmiałe. Na wardze mniejszej lewej znajduje się owrzodzenie wielkości korony, o brzegach wyniosłych, strzępiastych, o dnie pokrytem tkanką obumarłą, szaro zieloną. Przy obmacaniu brzegi owrzodzenia wyraźnie naciekłe na szerokości około 2 ctm., tak że całość stanowi guz wielkości jaja kurzego, przechodzący w dalszym ciągu na ścianę pochwy W okolicy wędzidełka po stronie prawej znajduje się guzek wielkości orzecha laskowego, ciemno-czerwono zabarwiony, dający się ściśle odgraniczyć, pokryty szaro-żółtawymi ogniskami. Na przedniej ścianie pochwy w okolicy cebulki moczowej znajdują się dwa guzki wielkości orzecha włoskiego, ciemno-czerwono zabarwione; na tylnej ścianie pochwy w górnej części znajduje się owrzodzenie wielkości talara, o dnie kraterowatem, o brzegach nacieklych. Naciek rozciąga się ku dołowi na pół falangi poza wejście do pochwy, w górze zaś aż do sklepienia tylnego. Przegroda pochwowo-odbytnicza nacieklą.

Część pochwowa walcowata, na falangę długa, silnie zwrócona ku tyłowi i ku stronie prawej, rozpulchniona, o ujściu zewnętrznem szparowatem, brzegach nierównych. Trzon macicy w przodozgięciu, wybitnie powiększony, miękki, mało ruchomy, przemieszczony więcej ku stronie prawej. Na przedniej powierzchni macicy znajdują się liczne guzki, dochodzące wielkości fasoli. W lewem sklepieniu wyczuwa się guz nierówny, przylegający ściśle do macicy, sięgający ku górze na szerokość dwu palców ponad więzadło Pouparta, miękki. Zatoka Douglasa jest zajęta również przez naciek notworowy. Wobec tak rozległych przerzutów nie mogło być mowy o operacyi. Wycięto tylko kilka kawałków z przerzutów na przedniej ścianie pochwy i z wargi mniejszej do badania drobnowidowego.

Badanie drobnowidowe wykazało, że nowotwór składa się tak samo, jak w pierwszym przypadku, z ognisk nowotworowych, w skład których wchodzi syncytyum i komórki Langhansa. I tu również stosunek obu tych składników jest w poszczególnych ogniskach rozmaity; w niektórych miejscach przeważają znacznie komórki Langhansa, tworząc wielkie gromady, otoczone cienkim paskiem syncytyum, w innych zaś miejscach przeważa znacznie syncytyum, występujące w postaci dużych płatów. Rozrost przerzutów i tu odbywa się w ten sposób, że najpierw w otoczenie wrasta syncytyum.

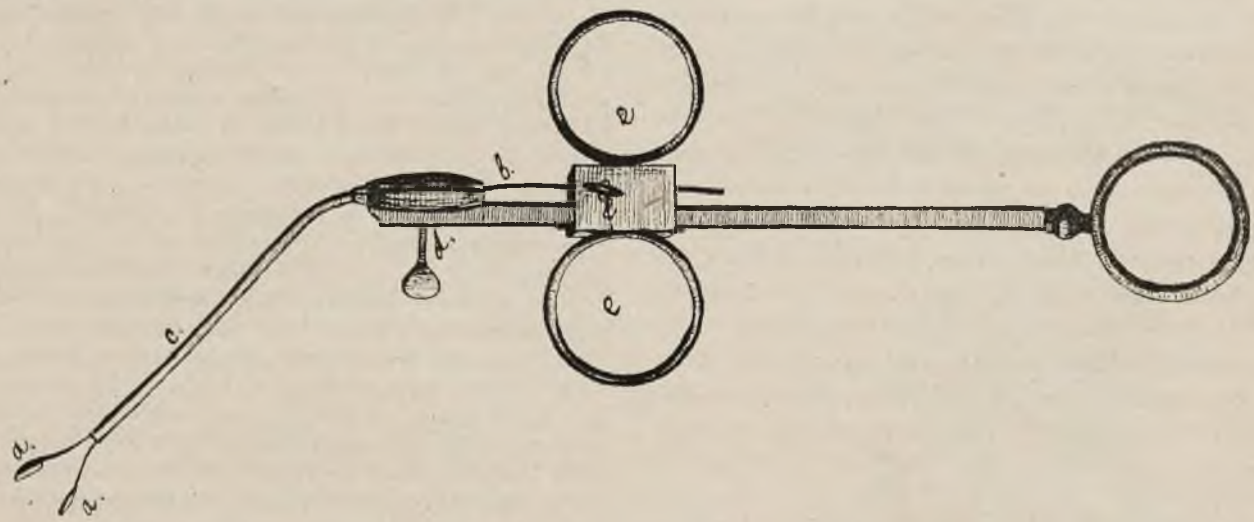
Chora ta na własne żądanie opuściła klinikę i zmarła w domu w niedługim czasie. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu prof. Rydygiera we Lwowie.

Nowy przyrząd do operowania polipów usznych.

Podał
Dr. Teofil Zalewski.

Jakkolwiek w leczeniu polipów usznych możemy osiągnąć dobre wyniki za pomocą rozmaitych sposobów, przyznać musimy, że leczenie operacyjne daje najlepsze wyniki i prowadzi najszybciej do celu. Mnogość przyrządów, podanych do operacyjnego leczenia polipów usznych, może świadczyć o niedokładności ich i o niemożności zastosowania każdego z nich w każdym przypadku, świadczy jednak niewątpliwie o rozwoju operacyjnego leczenia polipów usznych. Jak dotąd, musimy przyznać, że ze wszystkich przyrządów, używanych do operacyi polipów, jest pętla narzędziem najodpowiedniejszem, tylko nie zawsze użyć jej możemy. Uchwycenie pętlą guzów małych lub n. p. operowanie rozlanych przerostów błony śluzowej jamy bębenkowej jest wogóle trudne, lub wprost niemożliwe. Ztąd pochodzi i ta mnogość instrumentów, które mają w odpowiednich przypadkach zastąpić pętlę.



Rysunek załączony przedstawia przyrząd, używany przezemnie do operacyi polipów usznych zamiast pętli w tych przypadkach, w których tej ostatniej użyć nie mogę — w szczególności w przypadkach polipów małych lub rozlanych przerostów błony śluzowej jamy bębenkowej. Przyrząd mój nie jest niczem innem, jak odmianą przyrządu Schröttera, używanego do operacyi polipów krtaniowych; jest on swą formą i wielkością zastosowany do ucha. Tak samo, jak przyrząd Schröttera, składa się on z dwóch ostrych łyżeczek (a, a), które połączone są za pomocą znanego stawu z drutem (b), idącym przez rurkę (e). Połączenie łyżeczek z drutem pozwala ustawić je w dowolnem położeniu. Rurka (e) jest kolankowo zgięta i umocowywa się nieruchomo w rękojeści za pomocą śrubki (d), drut zaś, z którym są połączone łyżeczki, przymocowywa się do ruchomego klucza (e e) zapomocą śrubki (f)[1].

Przyrząd ten, którego używam od kilku miesięcy, oddaje mi dobre usługi. Szczególnie w przypadkach rozlanych przerostów błony śluzowej jamy bębenkowej, w których to przypadkach skazani jesteśmy prawie wyłącznie na posługiwanie się środkami przyżegającymi, zdaje mi się być mój przyrząd odpowiednim. Tak samo w przypadkach małych polipów lub przy usuwaniu resztek polipów może oddać dobre usługi. Za pomocą przyrządu tego możemy nietylko odciąć sam polip, lecz równocześnie resekować niejako i to miejsce, z którego polip wychodzi. Te właśnie powody skłaniają mnie do opisania przyrządu i do polecenia go kolegom.

[1]) Dostać można u Reinera w Wiedniu.

III. Z zakładu położniczo-ginekologicznego Prof. Dr. A. Czyżewicza we Lwowie.

O postępach w leczeniu przetok moczowych.

Podał
Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu w sekcyi ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

(Dokończenie).

Jak niezwykłemi mogą być spustoszenia, towarzyszące powstawaniu przetok moczowych, dowodzi ciekawy przypadek, który leczyłem w ubiegłym roku.

U rodzącej pierwiastki o miednicy ogólnie zwężonej płaskiej (Sp. 25, Cr. 27, Tr. 28, C. e. 15,) usiłował lekarz ukończyć poród kleszczami w trzecim dniu porodu, a gdy się to nie udało, pozostawił ukończenie porodu siłom natury. W 24 godzin później urodził się płód nieżywy, a od trzeciego dnia porodu odchodzi mocz przez pochwę. W połogu gorączka i bóle w brzuchu, trwające przez kilka tygodni, z części rodnych odchodziły brudne odchody i dwa razy jakby »zgniły kawałek mięsa“. Badanie wykazuje w przedniej ścianie pochwy owalną przetokę, której oś dłuższa wynosi około 4 ctm. Ponad przetoką potężna blizna okrężna, zwężająca do tego stopnia światło pochwy, że tylko jeden palec da się przez nią przeprowadzić. Ponad tą blizną wypełnia górną połowę pochwy ciało miękie, opatrzone jakby szypułą; ujścia zewnętrznego macicy nie można jednak wyczuć. Po przecięciu blizny okrężnej i wprowadzeniu wziernika okazuje się, że to ciało miękie, wypełniające górną połowę pochwy, jest trąbką i jajnikiem, które wypadły do pochwy przez otwór podłużny, długi około 4 ctm., znajdujący się w tylnem i lewem sklepieniu pochwy. Otwór ten prowadzi do jamy Douglasa, a zgrubiała trąbka i jajnik zatykają go tylko luźnie i nie są wcale przyrośnięte do brzegów otworu, tak że można z łatwością wyciągać trąbkę w jej dalszym przebiegu do pochwy. Rzecz istotnie dziwna, że pomimo istniejącego połączenia pochwy z jamą otrzewnową nie przyszło do zakażenia tej ostatniej. Odczyściwszy pochwę założyłem w lekkiej narkozie wygotowaną klamrę na trąbkę i więzadło jajnika w wysokości otworu w tylnem sklepieniu pochwy i odcią-

łem razem z jajnikiem tę część zgrubiałej trąbki, która leżała w pochwie. Resztę otworu w sklepieniu zamknąłem 2 szwami węzełkowymi jedwabnymi, i włożywszy gazę do pochwy pozostawiłem klamrę przez 48 godzin. W 4 tygodnie później zamknąłem przetokę pęcherzowo pochwową.

Znakomicie postąpiliśmy dzisiaj także w leczeniu przetok pęcherzowo-szyjkowych, względnie pęcherzowo-pochwowych, leżących wysoko w sklepieniu pochwy tuż przy szyi macicy. Małe przetoki pęcherzowo-szyjkowe dają się wprawdzie często wyleczyć i zapomocą dawnego sposobu postępowania, polegającego na rozcięciu części pochwowej aż do wysokości przetoki i zeszyciu od wewnątrz szyi macicy, gdzie jednak istnieje duży ubytek ściany pęcherza, a zwykle w tych razach ubytek w pęcherzu jest bardzo wielki i w żadnym nie stojący stosunku do otworu w szyi macicy, tam przedstawia oddzielenie pęcherza od szyi macicy i osobne zeszycie pęcherza najwłaściwszy i najpewniejszy sposób operowania.

Już przy przetokach pęcherzowo-pochwowych zalecali Fritsch (6) i Mackenrodt (7) oddzielenie pęcherza od pochwy i osobne zeszycie pęcherza i pochwy. Sposób ten, w zasadzie słuszny, sprawia jednak nieraz trudności przy przetokach pęcherzowo-pochwowych, gdyż czasem jest z powodu blizn i braku dostępu całkiem niewykonalny, lub co najmniej trudniejszy do wykonania, niż zwykłe lejkowate okrojenie brzegu przetoki. Natomiast znalazł on znakomite zastosowanie w przetokach pęcherzowo-szyjkowych. Już Fritsch *(Handbuch der Gynäkologie von J. Veit. Bd. 2)*. zaleca w kilku słowach to postępowanie, nie wspomina jednak, żeby w ten sposób kiedy operował.

Niezawiśle od Bardescu (8), który ogłosił w b. r. trzy przypadki przetok pęcherzowo-szyjkowych, operowane skutecznie tym sposobem, miałem sposobność operowania 4 przypadków dużych przetok pęcherzowo-szyjkowych zapomocą sposobu, polegającego na osobnem zeszyciu pęcherza. Wynik był zawsze doskonały, jakkolwiek wszystkie przetoki były bardzo duże. Do dokładnego jednowarstwowego zeszycia pęcherza potrzebowałem jednak najmniej 13, raz nawet 27 szwów katgutowych! Ponieważ przy tych przetokach zwykle daje się macica dobrze ku dołowi ściągać i najczęściej brak blizn, zwężających pochwę, więc operowałem wszystkie te przetoki w ułożeniu grzbietowo-pośladkowem.

Mój sposób postępowania jest następujący: 1) Cięcie poprzeczne w przedniem sklepieniu pochwy, tuż przy szyi macicy. 2) Oddzielenie pęcherza od szyi macicy aż do górnego kąta przetoki bez otwarcia otrzewnej; jeżeli przetoka przechodzi także na sklepienie pochwy, wówczas także oddzielenie pęcherza od pochwy w obrębie dolnego kąta przetoki. 3) Jednowarstwowe zeszycie pęcherza głębokimi szwami węzełkowymi, katgutowymi, niechwytającymi błony śluzowej pęcherza. 4) Odświeżenie brzegów przetoki w szyi macicy i zeszycie, jeżeli brzegi nie są zbyt poszarpane. 5) Zeszycie sklepienia pochwy całkowite lub tylko częściowe; w tym ostatnim razie sączkuje się przestrzeń między pęcherzem, a szyją macicy.

We wszystkich moich przypadkach obeszło się bez otwarcia otrzewnej; Bardescu natomiast umyślnie otrzewnę otwiera, ku dołowi ściąga i wszywa, by — jak się wyraża — „wzmocnić szew pęcherza". Ta część operacyi jest nietylko zbyteczną, ale nawet szkodliwą, bo czyni z obojętnego zabiegu względnie niebezpieczną operacyę. Mój zaś sposób jest prosty i pewny, a przytem wolny od wszelkiego niebezpieczeństwa. W jakim nareszcie celu wykonuje Bardescu przyszycie macicy do pochwy *(vaginaefixatio uteri)*, jako ostatni akt operacyi, jest dla mnie wręcz niezrozumiałem.

Przetoki moczowodowe należały dawniej do wielkich rzadkości. Dzisiaj spotykamy się z niemi coraz częściej pod wpływem rozkwitu ginekologii operacyjnej i nie ma prawie operatora, któryby w ciągu lat raz, drugi, nie był zmuszony zająć się leczeniem przetoki moczowodowej. Najlepsze sposoby w celu zamknięcia moczowodu przez pochwę podał Schede i Mackenrodt. Oba sposoby polegają na wszyciu moczowodu do przetoki, założonej w tym celu między pęcherzem i pochwą, i jakkolwiek jeszcze nie zbyt często, to jednak nieraz były te sposoby skutecznie zastosowane w przypadkach, gdzie nie ma zbyt licznych blizn. Gdzie jednak operacya moczowodu przez pochwę okaże się niemożliwą, tam pozostaje już tylko wybór między wszczepieniem moczowodu do pęcherza, a wycięciem odpowiedniej nerki. Dopiero przyszłość okaże, który z tych współzawodniczących zabiegów jest najlepszym. Z jednej strony technika wszczepienia moczowodu jest jeszcze zupełnie nieustalona i sposobowi śródotrzewnowemu (laparotomii) przeciwstawiono nie bez słuszności mniej niebezpieczną, ale może trudniejszą metodę pozaotrzewnową, z drugiej strony zaś współzawodniczy poważnie z tamtymi zabiegami wyłuszczenie nerki. Tak znakomity autor i operator, jak Fritsch *(Handbuch der Gynaekologie von J. Veit)* jest zwolennikiem wyłuszczenia nerki, które uważa za mniej niebezpieczne, niż wszczepienie moczowodu do pęcherza.

I mnie wydarzyło się w zeszłym roku uszkodzić moczowód przy sposobności całkowitego wycięcia macicy, wykonanego z powodu pierwotnego raka pochwy, który w następstwie przeszedł na część pochwową. By ile możności osiągnąć granicę tkanki zdrowej, wyciąłem prócz macicy sklepienie i kawałek górnej połowy pochwy. Oddzielenie pęcherza od nowotworowo zmienionej tkanki było bardzo trudne i powiodło się na pozór szczęśliwie, jednakowoż od piątego dnia po operacyi zaczął mocz uchodzić przez pochwę. Odtąd starałem się już 2 razy bezskutecznie zamknąć moczowód przez pochwę, wobec tego jednak, że był to przypadek daleko posuniętego raka, wahałem się do tej chwili z obawy przed grożącym nawrotem użyć śmielszego postępowania. Przyznaję jednak, że wobec nieustalonej jeszcze techniki wszczepiania moczowodu skłaniałbym się raczej do wyłuszczenia odpowiedniej nerki, tem bardziej, że niebezpieczeństwo tego zabiegu jest niewielkie, a chorej tej i tak zagraża odnowienie się raka. Przedtem oczywiście nie omieszkam upewnić się co do czynności drugiej nerki.

Jak widać z załączonego zestawienia, zostało wyleczonych 33 na 37 leczonych przypadków przetok moczowych, co odpowiada **89·18% wyleczenia.** 3 chorych nie zdołałem wyleczyć żadnym zabiegiem i opuściły one zakład nieuleczone, a czwarty z tych nieuleczalnych przypadków skończył się śmiercią z zapalenia otrzewnej po wszyciu moczowodów do kiszki stolcowej. Jeżeli dalej zważymy, że 2 przypadki zeszycia pochwy, wykonanego poniżej przetoki *(kolpo-*

kleisis), nie są właściwie wyleczeniem w ścisłem słowa znaczeniu, a wreszcie jeżeli przypuścimy, że wśród tych 8 chorych, które nie dały się operować, były może i takie, które byłyby się nie dały żadnym sposobem wyleczyć, to tem samem przyznajemy, że udoskonalenie techniki operacyjnej ma jednak jeszcze granice i że są wśród przetok moczowych niektóre przypadki, gdzie ubytek jest tak znaczny a zbliznowacenie tak wielkie, że najzręczniejszy i najwytrwalszy operator nie potrafi wyleczyć przetoki. Bo przecież zamknięcie pochwy poniżej przetoki (*kolpokleisis)* lub wszycie moczowodów do kiszki stolcowej jest środkiem rozpaczliwym, nie sprowadzającym wyleczenia w właściwem słowa znaczeniu, lecz w najlepszym razie tylko możność zatrzymywania moczu. Z tego powodu uciekałem się tylko 2 razy do zeszycia pochwy poniżej przetoki, przestrzegając przytem zasady, by założyć szwy w jak najwyższem miejscu tylnej ściany pochwy, ażeby utworzona przegroda pochwy była równią pochyłą, jak najwięcej opadającą od tylnej ściany pochwy ku pęcherzowi. Tylko w ten sposób można zapobiedz tworzeniu się złogów wapiennych.

W jednym zaś przypadku, gdzie zamknięcie pochwy poniżej przetoki nie dało się wykonać według tych zasad, wolałem zaryzykować wszycie moczowodów do kiszki stolcowej. Niestety ten przypadek zakończył się nieszczęśliwie. Chora umarła w piątym dniu po operacyi, a sekcya wykazała zapalenie otrzewnej, powstałe z ropnego zapalenia tkanki zaotrzewnowej. Zakażenie tej ostatniej nastąpiło przez szczelinę, znajdującą się obok ściany moczowodu prawego w miejscu wszycia do kiszki stolcowej.

Z wyjątkiem przetok moczowodowych zawisła częstość przetok moczowych od stopnia kultury ludności. Smutne higieniczne stosunki naszego kraju, nędzny rozwój fizyczny i ciemnota naszego ludu nie dozwalają spodziewać się niestety polepszenia jeszcze przez długie lata. Przetoki moczowe będą u nas stanowić i nadal bardzo obszerne i wdzięczne pole działania dla operatora. Plon, jaki powiodło mi się zebrać w krótkim czasie ($2^1/_2$ roku), niech będzie skromnym hołdem dla naukowych usiłowań sekcyi ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy polskich w Krakowie, a uchylając zasłonę, pokrywającą cierpienia naszych nieszczęśliwych, pozbawionych opieki rodzących, niech przypomni tym, od których to zawisło, że tutaj trzeba raźnej pomocy.

Piśmiennictwo.

1. Urethro-Vaginal and Vesico-Vaginal Fistules 1856, 1857 u. 1860. — 2 Die Bozeman'sche Methode der Blasentcheidenfistel-Operation Wien 1883. Braumüller. — 3. Handbuch der Gynaekologie von J. Veit. Bd. 2. — 4. M. f G. u. G. 1895. Bd. 1. Hft. 1 — 5. Sammlung klin. Vorträge. Leipzig 1895. Breitkopf u. Härtel. — 6. C. f. G. 1888. N 44. — 7. C. f. G. 1894. N 8. — 8. C. f. G. N 6.

IV. O morderstwie z lubieżności.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Schumacher[26]). W sklepiku z tytoniem znaleziono zwłoki 30 letniej, umysłowo przytępionej i chorowitej T. H. Zwłoki leżały w grzbietowem położeniu na poprzek łóżka z nogami poza łóżkiem, opartemi na ziemię i rozstawionemi. Między niemi na podłodze była rozlana krew. Szyję zwłok zaciskała silnie pętla z chustki. Sekcya zwłok stwierdziła śmierć z uduszenia przez zadzierzgnięcie, oraz świeżą defloracyę z otarciem i krwawem podbiegnięciem spoidła dolnego. W pochwie nie wykazano nasienia. Zdaniem S. ofiara była najpierw zaduszoną, a następnie, na schyłku życia zgwałconą. Sprawcy nie uchwycono. Był nim mężczyzna, który na krótko przed zbrodnią pijąc piwo w okolicznej gospodzie dopuszczał się nieskromnych żartów, następnie wstąpił do rzeczonego sklepiku i pozostał w nim sam po wysłaniu pod pozornym interesem obecnego tamże podówczas jedenastoletniego chłopca. Sprawca zabrał po dokonaniu zbrodni pieniądze i różne przedmioty ze sklepiku i drzwi jego zamknął.

Moritz[27]) opisuje: sześcioletnią Luizę Grosch zadzierzgnął nieznany sprawca sznurem (wyraźna brózda na szyi) i zgwałcił ją, przyczem przedarł jej wędzidełko, krocze i błonę dziewiczą. Pochwa była krwią podbiegnięta. Zwłoki były zamarznięte, przeto kąpano je przed sekcyą w gorącej wodzie; zdaje się dlatego nie znaleziono w pochwie nasienia.

Albert[28]) podaje: 16-letni Arab zadławił swą 11 letnią, płciowo jeszcze nie rozwiniętą żonę, wrzekomo z powodu jej krzyku przy defloracyi. Stwierdzono liczne i znaczne obrażenia jeszcze nie rozwiniętego jej sromu.

Maschka[29]) opisał trzy podobne przypadki. 1) A. Thirsch, 55 letni prebendaryusz przytułku kalek w Pradze, człowiek zdawna zamknięty w sobie, dziwaczny, drażliwy i mściwy, odcierpiał karę 20 lat więzienia za usiłowane zgwałcenie 10 letniej dziewczyny. Na krótki czas przed popełnieniem mającej się omówić zbrodni, zwrócił uwagę swą niepowściągliwością w gniewie i wstrętem do życia. W r. 1864 doznawszy odmowy od pewnej owdowiałej kobiety, którą chciał pojąć za żonę, postanowił zemścić się za to na jakiejkolwiek kobiecie. Dnia 8 września zaprowadził nieznaną sobie kobietę w głąb lasu, położył ją na ziemię, jak gdyby zamierzał podjąć obcowanie. Skoro jednak nie nastąpił wzwód prącia, wpadł w szał, oburącz zadławił ją, poczem, obnażywszy zwłoki, chciał je gałęzią brzozy biczować, lecz zaniechał tego, gdyż jak zeznał, nie dozwoliło mu na to własne sumienie. Następnie wyciął nożem oba sutki i cały srom denatki, owiązał je chustką, zaniósł do domu, opalił włosy, ugotował je z kluskami i kwaśną zupą i spożył bez obrzydzenia tę strawę w ciągu 3 dni. W czasie pobytu jego w więzieniu musiano go kilkakrotnie odosabniać z powodu wybuchów szałowego podniecenia, wśród którego objawiał jadłowstręt. Sam żądał skazania, gdyż uważał się za stale upośledzonego. Czynu tego musiał się dopuścić, gdyż czuł wówczas wewnętrzną przymusową ku temu żądzę. Człowiek ten był, jak to słusznie podnoszą Maschka i Gauster, zwyrodniałym, za czem przemawiały przymusowe popędy i napady szału, okresowo się ponawiające. 2) Zaginioną w październiku 1878 14 letnią dziewczynę znaleziono nieżywą w maju 1879. Zwłoki jej spoczywały w płytkiej wodzie i były silnie skrępowane sznurami. Błona dziewicza, tylna ściana pochwy i całe krocze były aż do otworu stolcowego przedarte. Orzeczenie opiewało, iż dziewczynę zgwałcono i zaduszono przez zatkanie jej ust i nosa, poczem zwłoki jej związano i wrzucono do wody. Śledztwo wykryło sprawcę i potwierdziło słuszność orzeczenia. Sprawcę zasądzono. 3) Dwaj młodzi ludzie napadli na młodą dziewczynę i naprzemian ją trzymając zgwałcili, a uciskiem na klatkę piersiową (sekcya stwierdziła tutaj i na rękach podbiegnięcia krwawe, wresz-

[26]) Aus der ger.- ärztl. Praxis. Nothzucht und Mord. Oester. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde 1861. str. 285—290.

[27]) Nohtzucht. Dammriss und Erdrosselung itd. Vierteljschr. f. ger. Med. 1863. T. 23. str. 337.

[28]) Virchow-Hirsch Jahresber. 1870.

[29]) Handbuch der gerichtl. Medicin. Tübingen 1882. Tom III. str. 167 i T. IV. str. 489.

cie ślady zgwałcenia) i zatykaniem jej ust — zadusili. Do czynu się przyznali, zaprzeczając tylko temu, jakoby rozmyślnie ją pozbawili życia.

Lombrozy[30]) zbrodniarze: Verzeni, Gruyo, Philippe, Prunier, Diaz de Garagoz i Artusio dopuścili się licznych podobnych morderstw (16, nie wliczając w to nie wyszczególnionych zbrodni Philippa). Pierwszy z nich Verzeni, liczący lat 22 miał czaszkę asymetryczną, nadmiernie rozwinięte szczęki i zezował. Ojciec jego cierpiał na psychozę na tle rumienia lombardzkiego (pellagra), jeden ze stryjów doznawał często przekrwienia mózgu, drugi był nałogowym złodziejem. W czasie śledztwa uderzał cynizmem i skrytością. Oddawał się samogwałtowi. Wedle jego własnego przyznania się dławił kobiety bez względu na ich wiek lub urodę dlatego, że doznawał wówczas wzwodu prącia i uczucia zadowolenia płciowego, jakiego mu nie użyczał samogwałt. Pierwszą, którą dławił, była jego 12 letnia kuzyna. Ponieważ już przy pierwszem uciśnięciu jej szyi doznał płciowej rozkoszy, przeto nie potrzebował pozbawiać jej życia. Tak samo uszło z życiem jeszcze pięć innych kobiet, które dławił. Natomiast dwie kobiety, lat 14 i 28, nazwiskiem Motta i Pagnoncelli, zadławił dlatego, gdyż zadowolnienie płciowe u niego się opaźniało, zatem uciskał im szyję coraz silniej, aż one postradały życie. Mottę zawlókł po zadławieniu w pole, rozciął jej brzuch brzytwą, przyczem ogarnęła go silna lubieżność, uda jej pogryzł i wyssał jej krew; łydkę prawą wyciął i wziął do domu, aby ją upiec i spożyć. Jelita, wydarte z jamy brzusznej, oraz ubranie ofiary zabrał ze sobą, gdyż doznawał silnej rozkoszy przy ich wąchaniu i obmacywaniu. Mniejwięcej w podobny sposób zadusił i rozkawałkował Pagnoncelli. Nigdy nie brała go ochota oglądać i dotykać się sromu kobiecego, nie wiedział nawet, jak jest kobieta zbudowaną, jedynie tylko czuł popęd do dławienia kobiet i ssania ich krwi. Popęd ten budził się w nim zwolna. Od 12 roku życia miał niezwykły pociąg do duszenia kurcząt, których wielką liczbę zadławił, pomawiając potem o te czyny łasicę.

Drugi z morderców, 41 letni Gruyo, zwany Saccamantecas, który zrazu wiódł nieposzlakowane życie i był trzykrotnie żonaty, zadławił sześć starych i oddających się nierządowi kobiet, niektóre z nich zhańbił, poczem przez pochwę powyrywał im jelita i nerki. Morderstwa te wykonał tak ostrożnie, że przez 10 lat sprawcy ich nie wykryto. Kilku z tych kobiet nie był w stanie zgwałcić z powodu chwilowej niezdolności płciowej.

Trzeci Philippe zadławiał prostytutki po podjęciu aktu płciowego i przywłaszczał sobie ich rzeczy. Raz się wyraził: „lubię kobiety, ale mnie to bawi, gdy je po akcie płciowym zadławiam“.

Czwarty Prunier, nałogowy pijak, napadł starszą kobietę, zgwałcił ją, potem pozbawił ją życia, zwłoki wrzucił do wody, następnie je stamtąd wydobył i ponawiał czynności lubieżne. Przez sąd od winy i kary uwolniony.

Piąty z nich Hiszpan Diaz de Garagos, pochodził z rodziny obciążonej, albowiem ojciec zmarł na udar mózgowy, matka cierpiała na ciężką nerwicę, oboje zaś podlegali nałogowi pijaństwa. W r. 1850 ożenił się po raz pierwszy, w r. 1863 po raz drugi. Do roku 1870 wiódł życie nienaganne. Od r. 1870 do 1880 dopuścił się sześciu morderstw z lubieżności, raz na 13 letniej dziewczynie, zresztą zaś na starszych kobietach, przeważnie prostytutkach. Zwykle wszczynał z niemi sprzeczkę o cenę, za jaką mu się oddawały, potem je zadławiał i hańbił. W czasie sprzeczki doznawał krwawienia z nosa. Wieśniaczkę 52 letnią zadławiwszy, usiłował zgwałcić, poczem rękami wydarł jej trzewia brzuszne i nerkę. W czwartym przypadku zadowolnił się usiłowaniem pozbawienia życia. Po każdem morderstwie oddawał się spokojnie zwykłej pracy. Do czynów się przyznał. Na widok zwłok miał doznawać szumu i zawrotu głowy, oraz wytrysku nasienia, cierpiał zresztą na nasieniotok i puchlinę moszen. Nie był on zbytnio pobudliwym płciowo. Zrazu był przykładnym mężem i ojcem, potem dopiero stał się dla swej rodziny obojętnym i zarabiał tylko na to, aby miał sam za co jeść i pić. Inteligencya jego była nienajsłabszą, skoro się w ciągu miesięcznego pobytu w więzieniu nauczył czytać i pisać. Natomiast obce mu było wszelkie szlachetniejsze uczucie, nie objawiał bowiem ani wstydu, ani żalu. W dniu swego stracenia jadł jeszcze z wielkim smakiem, nie okazywał żadnego wzruszenia, gdy jego współkolegów więziennych prowadzono na stracenie. Dziesięciu znawców i lekarz Ramon Apraiz oświadczyli, że działał z wolą i przytomnie. Natomiast dwaj psychiatrzy orzekli, że jest umysłowo przytępiony i że czynów dopuścił się w stanie częściowego pomięszania umysłu. Lombroso zgadza się z tem ostatniem zdaniem.

Wreszcie Artusio zadał chłopcu nożem ranę w brzuch i przez nią spółkował.

Hotzen[31]) opisuje przypadek, tyczący się prostytutki, której zwłoki znaleziono z poderzniętą szyją, leżące na łóżku z rozstawionemi udami i w górę uniesionem odzieniem. Srom jej był obnażony. Ofiara nie mogła stawić oporu nieznanemu, bo niewykrytemu sprawcy, albowiem była przygnieciona ciężarem jego ciała. Przypadek ten był zdaniem Hotzena identycznym z przypadkiem, jaki się wydarzył w r. 1873 w Londynie na Coram Street.

Tardieu[32]) zestawia pięć podobnych przypadków.

[32]) Etudes médico-leg. sur les attentats aux moeurs. Paris 1873 str. 186, 190, 192.

1) Zwłoki wynędzniałej 68 letniej E. znaleziono na polu w Passy. Na głowie zwłok, koło ust i po obu stronach krtani otarcia naskórka i sińce, jako dowody zadławienia. Pochwa szeroko rozwarta, z niej obfity krwotok. U wejścia do pochwy głębokie rany od paznokci, lewa brodawka sutkowa odgryziona. Sprawca nieznany. 2) Zwłoki 13 letniej dziewczyny wydobyto w Auteil z wody. Okolica ust i oka prawego, zwłaszcza dolna powieka, krwią podbiegnięte, toż samo tkanka po obu stronach krtani wskutek dławienia. Na rękach otarcia naskórka; w częściach płciowych ślady świeżej defloracyi. 3) Zwłoki wdowy G. przedstawiały ślady zgwałcenia, zadławienia i wleczenia po kamieniach. 4) L. B. lat 60. Na szyi zwłok stwierdzono liczne wynaczynienia krwi; na ramieniu prawem zagłębienie wskutek podskórnego przedarcia mięśnia dwugłowego, prawdopodobnie przy walce w obronie życia. Okolica podbrzusza silnie krwią zbroczona. Z pochwy zwisa 3 — 4 ctm. długa pętla jelita. Pochwa przedarta uchodzi tuż poniżej prawego brzegu rzyci. W jamie brzusznej balotują poszarpane pętle jelit grubych. Na drodze wiodącej do miejsca czynu znaleziono 5 ctm. długi kawał jelita grubego. L. B. udała się po doznaniu tych uszkodzeń do swego mieszkania i tu zmarła. 5) Paggy, $7^1/_2$ letnia dziewczyna, doznała następujących obrażeń: na głowie, piersi i brzuchu zwłok stwierdzono 17 ran kłutych, przenikających lewe płuco, tętnicę nerkową i żołądek. Błona dziewicza i krocze przedarte tak, że odbytnica tworzy z pochwą wspólną kloakę, pochwa zaś jest oddarta od macicy tak, iż przez ranę, ztąd powstałą, wylewa się krew z jamy brzusznej na zewnątrz.

P. Moreau[33]) zestawia również 5 przypadków: 1) Młodzieniec 16 letni zgwałcił swą kuzynę, następnie znęcając się nad nią w sposób brutalny pozbawił ją życia. Bliższych danych brak. Brat jego usiłował zgwałcić nieletnią dziewczynę. Obu sąd uwolnił od odpowiedzialności jako dotkniętych dziedzicznem obłąkaniem. 2) W r. 1877 zasądzono w Mayenne na śmierć Blancharda *recte* Bouchégo, który Henryetę Houssin, $11^1/_2$ letnią córkę swych chlebodawców, pod ich nieobecność w domu, zgwałcił, dławił ją, a nastę-

[30]) *l. c.* str. 12—14 i 25 oraz Errori giudiziari per colpa di periti alienisti. *Archivio di psych.* 1882 p. 19, przytocz. według Mendels *Neurolog. Centralblatt* 1882. str. 450.

[31]) Gutachten über den Tod von Auguste P. i t. d. *Friedreichs Blätter f. ger. Med. 1874. str. 195.*

[33]) Des aberrations du sens génésique. Paris 1880. str. 251, 263.

pnie jej gardło poderżnął. Po spełnieniu tej zbrodni znikł bez śladu, lecz wkrótce potem zgwałcił 80 letnią Małgorzatę G. 3) W r. 1876 zasądził sąd w Charente-Inférieure na śmierć 24 letniego mężczyznę za zgwałcenie kilku nieletnich dziewcząt, z których jednej po dokonaniu zgwałcenia i zabraniu jej kolczyków, usta zakneblował i wbił jej w brzuch gałęź tamaryszki *(tamaris)* 4) W r. 1879 sądzono w Brabant mężczyznę, który zwabiwszy do siebie z ulicy młode dziewczę, zgwałcił je, a następnie rozciął mu powłoki brzuszne aż do pępka. 5) W r. 1876 znaleziono zwłoki zgwałconej i z okrutną zaciekłością zabitej kobiety, spoczywające w znacznej kałuży krwi. Sprawcę 19 letniego skazano na stałe pozbawienie praw i dziesięcioletnie więzienie.

Elvers[34]) podaje: W lesie znaleziono zwłoki kobiety, leżące na ściółce z liści w położeniu grzbietowem z odwiniętem ku górze odzieniem i rozstawionemi udami. W pochwie tej, 66 lat liczącej, skromnych obyczajów kobiety, znaleziono nasienie męskie. Prócz śladów zgwałcenia stwierdzono wielokrotne złamania kości czołowych i ciemieniowych od uderzenia, zadanego pałką. Sprawcą był 23-letni, silnie zbudowany, dobrze odżywiony mężczyzna, o czerstwej cerze z śladami świeżego podrapania na twarzy. Na pięć dni przed powyższym czynem zgwałcił kilkakrotnie 12 letnią dziewczynę. Wedle jej zeznania położył ją w lesie na wznak na ziemi i przyległ ją. Bała się wzywać pomocy „gdyż tak wyglądał, iż obawiałam się, że mógłby mnie zabić“. Po krótkim czasie powstał, gdy zaś ona poczęła uciekać, pobiegł za nią, chwycił ją i położył na ziemi po raz drugi i znowu ją gwałcił, potem usiłował ją po raz trzeci gwałcić od tyłu, wreszcie oświadczywszy jej, że „natura nie chce się wydostać na zewnątrz“, kazał jej wziąść pracie do ust i ssać. Wówczas udało się jej uciec. Błona dziewicza i wędzidełko były świeżo przedarte i krwawiły, srom był obrzękły. Poprzednio dopuścił się ten sam sprawca kilku innych zgwałceń. Za czyny te skazano go na 15 lat więzienia, jednak jego stanu umysłowego nie badano wcale.

Hofmann[35]) opisuje trzy przypadki: 1) Pewnej prostytutce, gotującej się do aktu płciowego, poderżnął gardło pewien mężczyzna, klęczący ponad nią, zapomocą noża masarskiego, wydobytego niepostrzeżenie. Cięcie było wedle przyznania się sprawcy jedno i to z przodu z taką siłą zadane, że przeniknęło wszystkie części miękkie aż do kręgosłupa. Przypadek ten miał miejsce w r. 1879. 2) W publicznym ogrodzie znaleziono 29-letnią prostytutkę, silnie krwawiącą i półprzytomną. Badanie w szpitalu wykazało: na przedniej stronie szyi $4^1/_2$ cali długą ranę ciętą, biegnącą od okolicy przyusznej lewej skośnie przez krtań do wewnętrznego brzegu prawego zginacza głowy; pod prawym kątem żuchwy 1 cal długą, do przełyku drążącą, silnie krwawiącą ranę kłutą, między kością gnykową, a krtanią powierzchowną, $1^1/_2$ cala długą, ranę ciętą, oraz liczne, powierzchowne ranki cięte na wewnętrznej powierzchni palców obu rąk. Uzyskawszy przytomność zeznała uszkodzona, że pewien nieznany (?) jej mężczyzna ranił ją w ten sposób bez przyczyny, po dokonaniu spółkowania. Osoba ta, objawiająca już poprzednio pewne zboczenie umysłowe, popadła potem w wybitną psychozę. 3) Silną i zdrową 45-letnią kobietę napadł w jej własnem mieszkaniu pewien mężczyzna, który pozbawił ją życia poderżnięciem gardła. Rana na szyi była 10 cm. długa i sięgała aż do kanału w kręgosłupie, w którym przebiega tętnica kręgowa. H. nie wspomina jednak, czy morderstwo to było połączone ze zgwałceniem.

Brouardel[36]) opisał dwa przypadki: 1) Dnia 15 kwietnia 1880 zginęła z mieszkania rodziców 4 letnia dziewczynka, nazajutrz zaś uwięziono jednego z lokatorów tego domu, nazwiskiem Menesclou, jako sprawcę zbrodni. W kieszeniach jego znaleziono przedramiona zaginionego dziecięcia, z pieca w jego mieszkaniu wydobyto połowiczo zwęglone jelita i głowę, w wychodku znaleziono również części zwłok, nie znaleziono natomiast nigdzie części płciowych. Ten wynik śledztwa, oraz lubieżny wierszyk, znaleziony również u Menesclou, wykazały dowodnie, że on to dziewczę zgwałcił, a następnie zamordował. Menesclou liczył wówczas 20 lat; jako 9 miesięczne dziecię miewał drgawki, później cierpiał na niespokojny sen i mimowolne moczenie nocne. Zawsze był nerwowym, rozwijał się leniwo i wadliwie, miewał złe skłonności, których się nie pozbył nawet w zakładzie poprawczym. Oddany do marynarki, również źle się prowadził; powróciwszy do domu okradł rodziców i stale przebywał w złem towarzystwie. Kobiet nie poszukiwał, w zamian za to oddawał się samogwałtowi, niekiedy dopuszczał się nierządu ze sukami. Matka jego cierpiała na *mania menstrualis periodica*, jeden z wujów był obłąkany, drugi pijakiem. W śledztwie nie objawiał żalu i skruchy, czyn swój przedstawiał jako nieszczęście. Przy badaniu, dokonanem przez Lasèguea, Brouardela i Moteta nie stwierdzono u niego żadnych anatomicznych znamion zwyrodnienia, natomiast wykazano zołzy, upośledzenie słuchu i inteligencyi. W myśl orzeczenia wymienionych znawców, które uznało go za umysłowo zdrowego i poczytnego, został skazany na śmierć i ścięty. Pośmiertne badanie jego mózgu wykazało anatomiczne zmiany w obu płatach czołowych, w pierwszym i drugim zwoju skroniowym i w części zwojów potylicznych. Orzeczenie znawców nazywa Tarnowski słusznie hańbą dla nauki. 2) Dziewczynę $12^1/_2$-letnią, bardzo dobrze rozwiniętą, zadławił prawą ręką własny jej ojciec, shańbiwszy ją poprzednio już nie po raz pierwszy. Wśród dławienia wystąpiły wymioty i aspiracya wymiocin do dróg oddechowych. Na powłokach uda prawego, brzucha i na przedniej stronie koszuli dziewczęcia stwierdzono ślady świeżo wylanego nasienia męzkiego. W sromie stwierdzono dawną defloracyę i dawne rzeżączkowe zapalenie błony śluzowej. Ojciec ofiary i sprawca zbrodni był fizycznie i umysłowo zdrowy, liczył lat 34 i był dotknięty podostrą rzeżączką cewki moczowej.

Schwarze[37]) podaje dwa przypadki: 49 letni nałogowy pijak, którego wszyscy z obawą unikali, a który własną żonę zmuszał do aktu *per anum* (paedicatio), oraz w podobny sposób własne swe córki lat 10 i 8 liczące hańbił, zadusił je w łóżku przez zatkanie im ust i nosa kocem, poprzednio je zhańbiwszy.

Frigerio[38]) wspomina 65 letniego mężczyznę, który ożeniwszy się z młodą kobietą doznawał myśli przymusowej, skłaniającej go do obejrzenia wewnętrznych narządów, zwłaszcza macicy u swej żony. Aby temu popędowi ujść, wyjechał, wróciwszy zaś do domu po pewnym czasie zaraz po pierwszem spółkowaniu z żoną dobywa długiego noża i rozpruwa żonie brzuch. Po dokonaniu czynu nie zbiegł, lecz dał się aresztować. Umieszczony następnie w zakładzie obłąkanych, był przesadnie religijnym i cierpiał na okresowe napady szału. Zmarł z powodu choroby płuc. Sekcyi zwłok jego nie dokonano

Hinterstoisser[39]) zestawia szczegóły przypadku morderstwa, popełnionego w Wiedniu na prostytutce Steiner Balogh, która została zadławiona. W 4 lata po dokonanej zbrodni przyznał się do niej jako sprawca Waschaner, twierdząc, że po spędzeniu nocy u Steinerównej, chciał się struć sinkiem potasu, który rozpuścił w tym celu w kawie. Kiedy zaś Steinerówna przypadkiem (?!) kawę tę wypiła i konając poczęła charczeć, zadławił ją z obawy, by go charczeniem nie zdradziła. W więzieniu okazywał obojętność i zachowywał się nieskromnie. Orzeczenie o jego stanie

[34]) Nothzucht und Todtschlag. *Vierteljschr. f. ger. Med. 1878. T. 29.*

[35]) Lehrb. d. gerichtl. Medicin. VIII. Aust. Wien. Leipzig 1898. str. 377. *Ibidem* VII Aufl. 1895. str. 400.

[36]) Lacassagne *l. c.* str. 250 itd. oraz Brouardel: La pendaison itd. Paris 1897 str. 351. obs. 27.

[37]) Die Untersuchung gegen den Gartennahrungsbesitzer itd. *Vierteljahr. f. ger. Med. 1883. T. 39 i 1884 T. 40.*

[38]) *Virchow's Jahresber. pro 1884.*

[39]) Fall Waschaner Balogh. *Wiener med. Wochenschr. 1884 N 23.*

umysłowym opiewało, że czynu dopuścił się z egoistycznych pobudek w następstwie popędu, wynikającego z jego wrodzonego psychopatycznego usposobienia.

Tarnowski[40]) wymienia przypadek, który się zdarzył we Francyi, a tyczył się 23 letniego mężczyzny R. Zabił on 53-letnią kobietę, hańbił jej zwłoki, wrzucił do wody, wkrótce je ztamtąd dobył, aby akt płciowy ponowić. Zasądzonego spotyka kara śmierci. Dr Evrard stwierdził przy sekcyi jego zwłok zgrubienia i zrosty opon mózgowych w częściach, odpowiadających płatom czołowym. Cornil i Galippe wyrażają się przy omawianiu tego przypadku: „Jeżeli gilotyna ma być uważana za środek, leczący obłąkanie, to sposób ten powinien być pierwej obwieszczony".

Benoit[41]) podaje następujący przypadek: Irma D., lat 14, zginęła 15 czerwca 1884, a nazajutrz wieczorem znaleziono jej zwłoki u wierzchołka góry Rochas w Pont-Laval. Dziewczę było wątłe i mniej niż na wiek rozwinięte. Przy sekcyi zwłok stwierdzono ranę ciętą na przodzie i lewej stronie szyi; rana ta, przenikając krtań, tętnicę i żyłę szyjną, sprowadziła szybką śmierć wskutek upływu krwi. Brzuch i uda przedstawiały na pierwszy rzut oka spustoszenia, jakie mogą być chyba tylko dziełem drapieżnych zwierząt. Były to rany zadane narzędziem tnącem, a przedstawiały się jako trójkątne ubytki; z tych brzuszny zaczynał się od wyrostka mieczykowatego mostka i sięgał do spojenia łonowego. Jelita były poszarpane, prostnica tylko i rzyć pozostały nienaruszone, natomiast macica i pęcherz moczowy były przecięte. Wśród pętli jelit znaleziono oprócz macicy jeszcze jeden jajnik z jedną trąbką; wszystkie te narządy w stanie szczątkowym. Ponad to były żołądek, zawierający pestki trześni, i lewy płat wątroby nacięte. Wszystkie te obrażenia, z wyjątkiem rany na szyi, były już po śmierci ofiary zadane. Śledztwo wykazało, że sprawcą zbrodni był brat zamordowanej, liczący 21 lat życia, który przyznał się do zbrodni morderstwa, natomiast zaprzeczył oskarżeniu, jakoby się dopuścił kazirodztwa; jednak to jego zaprzeczenie nie zasługiwało o tyle na wiarę, o ile srom zewnętrzny wraz z odłamanemi kośćmi łonowemi, których nie zdołano przy zwłokach odszukać, były przez niego gdzieś ukryte, lub usunięte nie w innym celu, tylko w celu zatarcia śladów popełnionego kazirodztwa. Sprawcę skazano na dożywotnie przymusowe roboty.

Pugliese:[42]) Mężczyzna lat 27, cierpiący na padaczkę, gwałci i zabija 11 letnią dziewczynę.

Frank:[43]) Hamowniczy (bremser) kolejowy, lat 32, usiłuje zgwałcić 15-letnią służącą swej żony; nie będąc jednak w stanie dopiąć celu z powodu niedostatecznego jeszcze rozwoju jej części płciowych, pozbawia ją życia przez wypchanie jej ust ziemią i przez zadanie jej dwóch ran ciętych, z których jedna 7 cm. długa, a 4 cm. rozwarta, przenika części miękie szyi i sięga aż do kręgosłupa, druga zaś, 6 cm. długa, przenika części płciowe i sięga aż do kiszki stolcowej. Ranę ostatnią miał jej zadać dlatego, że srom jej był dla niego za wązki. Sprawca był umysłowo ograniczony, choć przytem w niektórych rzeczach podstępny. Wejrzenie jego twarzy tępe. Jako dziecko doznał urazu w głowę, po którem mu została blizna. Uznano go za umysłowo zdrowego i poczytnego, wobec czego został skazany na karę śmierci, następnie ułaskawiony na dożywotnie więzienie.

[40]) Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Berlin 1886. str. 107.

[41]) Affaire de Pont-Laval *Arch. d'anthrop. crim. 1886 str. 144.*

[42]) *Virchow's Jahresber 1887.*

[43]) Geschlechtsverbrechen und Tödtung. *Vierteljschr. f. ger. Med. 1887. T. 47. str. 200.*

V. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Z oddziału chorób dzieci Szpitala izraelickiego w Krakowie.

Notatki kazuistyczne.

Podał
Dr. Jan Landau
ordynaryusz oddziału.

I. Przypadek tężca, leczony surowicą przeciwtężcową.

Chłopiec, liczący 5¼ lat, zachorował przed 23 dniami, okazując ciepłotę podniesioną i rozwolnienie, jako jedyne objawy choroby, trwające przez cały ten przeciąg czasu, wobec czego lekarz ordynujący rozpoznawał dur brzuszny. Wezwany dwudziestego trzeciego dnia choroby dowiedziałem się, że dziecko od trzynastu dni jest niespokojne i nieprzytomne i ma ciągłe drgawki. Nie mając sposobności widzenia napadu, a przewidując chorobę mózgową, poleciłem przeniesienie chorego do szpitala, aby po dokładnem spostrzeganiu módz postawić rozpoznanie.

Stan obecny dwudziestego czwartego dnia choroby (7. IX. 1899) przedstawia się w głównych zarysach następująco: Budowa ciała prawidłowa, odżywienie mierne. Na kostce zewnętrznej nogi lewej zdarcie przyskórka i zaczerwienienie wielkości centa; tych samych rozmiarów rana poniżej prawej łopatki. Rany te pokryte są cienkimi strupkami. Wyraz twarzy bolesny, ciągłe jęki i westchnienia. Warga dolna zraniona i obrzękła. Ust chory otworzyć nie może; można je jednak przemocą przez ucisk łyżeczką na szczękę dolną tak dalece otworzyć, że udaje się wlać choremu płynne pokarmy. Połykanie utrudnione. Co kilka minut występuje naprężenie kończyn dolnych i tułowia, głowa przechylona ku tyłowi. Napady te trwają krótko. Odruchy kolanowe wzmożone. Przytomność wraca od czasu do czasu. Narządy wewnętrzne nie okazują nic nieprawidłowego. Stolec i mocz odchodzą bezwiednie. Stan bezgorączkowy.

Drugiego dnia po przyjęciu (8. IX) podano lewatywę z chloralu, poczem sen spokojny. Po zbudzeniu się znowu niepokój i drgawki. Ponieważ rozpoznanie tężca nie ulegało wątpliwości, wstrzyknąłem tego samego dnia trzy flaszeczki surowicy przeciwtężcowej profesora Bujwida (1:10,000,000, podczas gdy surowica Behringa o sile 1:50,000,000; surowica Bujwida jest zatem pięć razy silniejsza od surowicy Behringa).

9. IX. Wstrzyknąłem ponownie trzy flaszeczki surowicy. Chory otwiera usta na szerokość 0,50 ctm.

10. IX. Wczoraj chory był spokojniejszy, napady są słabsze, chory połyka lepiej. Wstrzyknięto znowu dwie flaszeczki surowicy.

11. IX. Chory otwiera dobrze usta, siedzi bez pomocy, połyka dobrze. Wstrzyknąłem dwie flaszeczki surowicy.

12. IX. Stan poprawia się stale. Senzoryum jest wolne, chory rozumie wszystko, jednak jeszcze nie mówi.

16. IX. Apetyt dobry. Ogólne osłabienie. Mowa niewyraźna, nosowa.

18. IX. Stan bardzo dobry. Mowa wyraźna. (Wstrzyknięto razem 10 flaszeczek surowicy Bujwida).

II. Zapalenie gruźlicze otrzewnej, wyleczono przez laparotomię.

R. L., dziewięcioletnia dziewczynka, zachorowała przed pewnym czasem według podania matki po urazie w brzuch, poczem wystąpiły bóle w okolicy żołądka i rozwolnienie, jako jedyne objawy. Ojciec chorej zdrowy, matka kaszle od dłuższego czasu.

Stan obecny: Dziecko silnie wychudłe o bolesnym wyrazie twarzy. Nad szczytem płuca lewego odgłos stłumiony. Oddech szorstki i furczenia. Brzuch miernie wzdęty, przy ucisku niebolesny, wyraźne chełbotanie. Nad całym brzuchem odgłos wypukowy stłumiony. Powyżej pępka ropień wielkości jaja gołębia. Ciężar ciała 18,500 grm. (12, IV. b. r.). Rozpoznanie: *Peritonitis tuberculosa.* Dnia 15. IV. b. r. wykonano na oddziale chirurgicznym (Prym. Dr. Wachtel) laparotomię przez poprowadzenie cięcia szerokiego na trzy palce tuż poniżej pępka, poczem wypuszczono płyn i założono szwy. Przy otwarciu jamy brzusznej przedstawiła się otrzewna pokryta gruzełkami wielkości główki od szpilki aż do wielkości grochu. Rana zagoiła się doraźnie. Po zagojeniu się rany laparotomijnej nacięto ropień powyżej pępka, który był powierzchownie położony, nie komunikował z jamą brzuszną. Rana zagoiła się doraźnie.

23. IV. Ciężar ciała 17,250 grm. (Ubytek na wadze należy odnieść do przebytej operacyi, do znacznego ubytku płynu w jamie brzusznej i do silnego kaszlu skutkiem nabytego zapalenia oskrzeli).

23. V. Waga ciała 20,440 grm. Wyraz twarzy wesoły, rumieńce. Stan ogólny bardzo dobry. Apetyt bardzo dobry. W jamie brzusznej żadnej nieprawidłowości. Chora jako uleczona opuściła oddział. Jakkolwiek krótki czas spostrzegania po operacyi nie wystarcza na wydanie pewnego sądu co do wyleczenia, to jednak znaczny przyrost na wadze (3,190 grm.), dobry stan ogólny i niezgłoszenie się do chwili obecnej (sierpień 1900) każą spodziewać się, że korzystny ten wynik będzie trwały.

III. Choroba Werlhofa, leczona wstrzykiwaniem podskórnem żelatyny.

Dziewczynka czteroletnia, której matka zdrowa, ojciec jednak i brat cierpią na krwotoki nosowe, zachorowała siedem dni temu; zauważono wtedy pojawienie się plam krwawych na całem ciele, a od trzech dni pojawiają się krwotoki nosowe i mocz krwawy. Wśród tych objawów przyjąłem chorą na oddział dnia 8 maja b. r.

Stan obecny: Na błonie śluzowej jamy ust wynaczynienia wielkości główki od szpilki aż do wielkości soczewicy; tak samo na twarzy i na całem ciele jasno-czerwone i ciemno-niebieskie wynaczynienia tej samej wielkości. Na podudziach ciemno-zielono zabarwione wynaczynienia wielkości jaja gołębiego. Tony serca czyste. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Badanie moczu: Skatol w ilości zwiększonej. Krwi chemicznie wykazać nie można. Mikroskopowo: ciałka białe, bakterye i ciałka czerwone krwi. Zresztą mocz prawidłowy. Postanowiłem w przypadku tym zastósować wstrzykiwanie żelatyny, wstrzykując codziennie podskórnie po 10 ctm. sześć. 5% wyjałowionego rozczynu żelatyny, a mianowicie pierwszego dnia dwa wstrzykiwania w skórę brzucha. Drugiego dnia wstrzyknąłem taką samą dawkę w skórę klatki piersiowej. W miejscach wstrzyknięcia powstawały guzy krwawe. Po czwartem wstrzyknięciu (w skórę klatki piersiowej) powstał obfity krwotok, który udało się zatamować. Wszelkie inne środki lecznicze były wykluczone. Jedenastego dnia pobytu w szpitalu wszystkie plamy i krwotoki nosowe ustąpiły i chora jako wyleczona opuściła oddział.

Jakkolwiek z korzystnego wyniku w tym jednym przypadku o wartości leczniczej sposobu wnosić nie można, to jednak wobec braku objawów szkodliwych i łatwego stósowania, należy sposobu tego w odpowiednich przypadkach próbować. Celem tej publikacyi jest właśnie zachęcenie kolegów do stósowania tego sposobu leczenia.

VI. Wyciągi.

Prof. Lépine (Lugdun). **Czy należy zwalczać gorączkę?** (*Klin.-therap. Woch.* Nr. 31, 1900). Zostawiając wszystkie teoretyczne poglądy na boku, a uwzględniając tylko stronę praktyczną, nie może autor zgodzić się na leczenie wyczekujące u chorych gorączkujących, przeciwnie, trzeba zastosować wszystkie możliwe środki pomocnicze według wskazań, wynikłych ze stanu chorego; wspomnieć tu tylko należy leczenie swoiste, używane w błonicy, zimnicy i gośćcu. Przechodząc zaś do chorób, w których brak dotychczas leczenia swoistego n. p. grypy, to nie ulega wątpliwości, iż chinina, która wydaje się być prawie środkiem swoistym, pyramidon lub inne podobne leki korzystnie wpływają na stan gorączkowy. Także gorączkę u niedokrewnych należy zwalczać, zarówno jak u gruźliczych, jakkolwiek u tych ostatnich zawsze należy mieć na względzie okoliczność, że czasami najniewinniejsze środki przeciwgorączkowe wywołują zapad; tu działa dobrze alkohol, którego Binz używa jako środka przeciwgorączkowego. W leczeniu duru otrzymuje się najlepsze wyniki zimnemi kąpielami: ochładzają one chorego i podniecają jego układ nerwowy. Wogóle wykazały dokładniejsze doświadczenia, że jakkolwiek podwyższona ciepłota jest wyrazem lżejszego lub cięższego stanu chorego, a nie jest jego głównym czynnikiem, to przecież trzeba się starać gorączkę zwalczać. *Dr. Henryk Pisek.*

Ludwig Pincus: **W sprawie objawów i pochodzenia torbieli pochwowych.** (*Centralblt für Gynäkol.*. Nr. 20, 1900). Torbiele pochwowe są cierpieniem rzadkiem, nie wywołującem przeważnie żadnych objawów. Na 4300 chorych prywatnej swej praktyki miał autor sposobność spostrzegać 7 przypadków tego cierpienia. Z tych 4 przypadki, które w krótkim po sobie czasie spostrzegał, wyróżniały się tem od innych, że wyjątkowo one właśnie były przyczyną dolegliwości, dla których chore szukały pomocy lekarskiej. W 2 przypadkach przeważały dolegliwości ze strony pęcherza moczowego, mianowicie bardzo znaczne parcie na mocz, które mimo leczenia wszelkimi sposobami nie ustępowało, a przyczyną tego było błędne rozpoznanie (w jednym przypadku rozpoznano histeryę, w drugim odnoszono dolegliwości ze strony pęcherza moczowego do ucisku trzonu macicy na pęcherz moczowy). W 3 przypadku torbiel przez zmianę położenia macicy (tyłopochylenie i zgięcie) wywołał znaczne krwawienia miesiączkowe (zaburzenia w krążeniu) i bezdzietność. W 4 wreszcie przypadku u dziewicy torbiel przedniej i bocznej ściany pochwy wypadł przed srom, sprowadzając wypadnięcie pochwy i początkowe wypadnięcie macicy, którą przytrzymywała jeszcze tylko silnie napięta błona dziewicza. We wszystkich przypadkach zabieg operacyjny (czy to wyłuszczenie, czy też częściowe wycięcie ściany torbiela i zapędzlowanie nastojem jodowym) sprowadził zupełne wyleczenie; w trzecim przypadku chora, przez 8 lat po zamążpójściu bezdzietna, bezpośrednio po wyleczeniu zastąpiła. W żadnym ze spostrzeganych przypadków nie było zmian rozwojowych (zdwojeń organów). Treść torbieli przeważnie brudno-żółta, ciągnąca się, zawierała obok zmienionych czerwonych ciałek krwi, przybłonków, kuleczki tłuszczu i cząstki rozpadowe; ściany same, zbudowane przeważnie z tkanki łącznej z domieszką nielicznych gładkich włókien mięsnych, pokryte były przybłonkiem cylindrycznym.

Co się tyczy pochodzenia, to z pewnością można tu wykluczyć rozszerzenie naczyń limfatycznych, jak również i przewodów, istniejących niekiedy obok cewki moczowej (Skene-Kocks). Dla braku ścisłych badań przekrojów można tylko przypuszczać, że torbiele owe powstały z przewodów Gartner-Wolffa, mniej prawdopodobnie zaś z gruczołów pochwowych, bo jakkolwiek budowa histologiczna ani za, ani przeciw temu nie przemawiają, to usadowienie ich (na przedniej lub bocznej ścianie pochwy), kształt ich (ciągną się wzdłuż pochwy, ku górze zwężone, na szerokiej podstawie) przemawiają raczej za pierwszem, niż za drugiem przypuszczeniem. Mianowicie torbiele powstałe z gruczołów musiałyby być uszypułowane, gdyż gruczoły umieszczone są powierzchownie. *Dr Ludwik Friedmann.*

Menge i Krönig (Lipsk). **Etyologia i przyroda gorączki połogowej.** (*Wien. med. Presse.* Nr. 32, 1900). Na zakażenie połogowe wpływa, oprócz stopnia jadowitości zarazków chorobotwórczych i ich liczby, także skłonność dotyczącej osoby i „skłonność miejscowa“ (niedostateczne tamowanie krwotoku, zranienia części rodnych); — przy pewnem zaś wyjałowieniu narzędzi porodowych, jedynie ręce osób, kierujących porodem, mogą być przenośnikami zarazka. Pierwotne ognisko zakażenia znajduje się w okolicy międzykrocza, pochwy, szyjki macicznej lub w tkance śródmacicznej, mogąc albo pozostać ograniczonem, albo też rozszerzyć się ku górze. Największą skłonność do rozszerzania się (zarówno drogą naczyń krwionośnych, jak i chłonnych) mają ogniska zakażenia leżące w okolicy łożyskowej, rzadziej z przedarć szyjki, najrzadziej ogniska, będące następstwem zakażonych ran pochwy i międzykrocza. *Dr. Henryk Pisek.*

Oscar Frankl: **O opatrywaniu ran po cięciu brzusznem pastą airolową według Brunsa.** (*Centralblat f. Gynäkol.* Nr. 22, 1900). Bruns podał przed kilku laty swój sposób opatrywania ran szytych zapomocą pasty airolowej (*Airoli, Mucil. Gummi arab., Glycerin. aa 10,00, Bolus albae 20,00*), co miało zapobiegać ropieniu w kanałach szwów. Zachęcony przez Winckla podjął autor próby z tym sposobem, okrywał zatem rany po cięciu brzusznem po zeszyciu i obmyciu skóry ze krwi grubą warstwą wymienionej pasty, na którą nakładał wyjałowioną watę i wreszcie opatrywał jak zwykle. Pasta przy pierwszej zmianie opatrunku przedstawiała się jako masa brunatno-czerwona, twarda, z watą zlepiona, która się bardzo łatwo oddzielała od skóry żółto zabarwionej, a z nią oddzielały się powierzchowne nitki szwów katgutowych; tu i ówdzie spostrzegał jednak autor ropienie w szwach, przedstawiające się czasem w postaci wrzodzików (od wielkości prosa do grochu, gojących się zresztą łatwo po zasypaniu airolem) mimo, że powłoki brzuszne jak najsumienniej były przygotowane, a materyał do szwów na pewne był wyjałowiony. Bruns zalecając swoją pastę przypisywał jej zdolności zapobiegania zakażeniu szwów przez drobnoustroje, na skórze się znajdujące. Jednakowoż badania autora, przedsięwzięte na pożywkach sztucznych, wykazały, że wprawdzie pasta sama pozostaje jałową, natomiast jako środek przeciwgnilny w tej postaci drobnoustrojów zaszczepionych na pożywki sztuczne nie niszczy, jedynie ich rozwój upośledza. Niedostatecznego działania przeciwgnilnego pasty nie przypisuje autor samemu airolowi, lecz nieodpowiedniej postaci środka. W paście bowiem cząstki airolu osłonięte jakby otoczką z gumy nie mogą ulegać rozkładowi i działać przeciwgnilnie, zwłaszcza, że zakażenie szwów sprowadzają najprawdopodobniej drobnoustroje, znajdujące się nie na skórze, ale głęboko w gruczołach skórnych, gdzie pasta już by wcale działać nie mogła. Na podstawie swych doświadczeń autor oświadcza się raczej za opatrywaniem zapomocą proszku przeciwgnilnego lub gazy, napojonej środkiem przeciwgnilnym, aniżeli za pastą. Za najlepsze zaś uważa postępowanie bezgnilne. *Dr. Ludwik Friedmann.*

Reiche (Hamburg): **Kilka uwag o przypadkach dżumy w Oporto r. 1899.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 31, 1900). Typowe przypadki dżumy rozpoczynały się nagle bólem głowy, dreszczami, do czego przyłączały się wymioty i biegunka. Badanie przedmiotowe wykazywało powiększenie śledziony, wysoką ciepłotę i cały pakiet obrzękłych gruczołów, lekko bolesnych, najczęściej w pachwinach; białkomocz nie ma znaczenia. Stan ten, utrzymujący się przez kilka dni, albo stopniowo się poprawiał, gorączka opadała, przyczem gruczoły ulegały zropieniu, lub nie, i następowało wyzdrowienie, — albo też objawy się pogarszały i chory umierał wśród obrazu ciężkiego zatrucia lub posocznicy. Obok tych typowych przypadków, krócej lub dłużej trwających, pojawiały się inne wprost zabójcze, które po 24—36 godzin kończyły się śmiercią, lub też bardzo lekkie, w których atoli zawsze stwierdzano obrzęk gruczołów. — Autor rozbierając poszczególne objawy podnosi, że ciepłota ciała chorych i stan umysłowy nic znamiennego nie przedstawiały; tożsamo da się powiedzieć o oddechaniu i tętnie. Natomiast wybitną cechą choroby był zawsze obrzęk gruczołów, mało bolesny, przechodzący następnie w ropienie lub nie. Najczęściej pojawiał się on w pachwinach, rzadziej pod pachami, najrzadziej pod szczękami; bez względu atoli na wielkość gruczołów stwierdzano zawsze, że ich najbliższe otoczenie było poduszkowato obrzękłe i bolesne — nawet w najlżejszych przypadkach. Oczywista, że o ile te gruczoły były powiększone, o tyle także dotycząca kończyna była mniej lub więcej przykurczona. Nadmienić wreszcie wypada, że dżumowego zapalenia płuc nie stwierdzono, krosty dżumowej był tylko jeden przypadek. — Leczenie ograniczało się do zastosowania ogólnych prawideł higieny i wstrzykiwania chorym surowicy Yersina; decydującego zdania o skuteczności tego środka autor nie wypowiada z powodu zbyt szczupłej ilości spostrzeganych przypadków.

Dr. Henryk Pisek.

Möbius: **O fizyologicznem przytępieniu (Schwachsinn) umysłu u kobiety.** (*Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven u. Geisteskrankh.* T. III, Z. 7, 1800). Zdaniem autora należy kobietę z uwagi na jej cielesny i umysłowy rozwój umieścić pośrodku między mężczyzną a dzieckiem. Mózg kobiety nietylko co do wielkości zazwyczaj jest słabiej rozwinięty, lecz co ważniejsze w tych swych częściach, które zawiadują wyższemi czynnościami umysłowemi, jest on niedostatecznie zróżnicowany. Z tego powodu jest inteligencya kobiety niższą, a czynności, które u mężczyzny są wynikiem rozumu, są u kobiety wynikiem instynktu. Na polu pracy twórczej samodzielnej nie dorównywa kobieta mężczyźnie, jak o tem poucza dotychczasowe doświadczenie. M. uważa z przyczyn wyżej podanych dążenia „feministów“ za przeciwne prawom przyrody. Fizyologiczne przytępienie umysłu u kobiety nie jest jednak, zdaniem autora, szkodliwe dla zadań, jakie spełnić ma kobieta w życiu, lecz przeciwnie ze stanowiska celowego koniecznie potrzebne. „Jeżeli kobieta ma być tem, do czego ją natura stworzyła, to nie może iść w zawody z mężczyzną“, powiada autor, sądząc może nieco skrajnie, że „im lepsze będą szkoły — tem gorsze będą połogi“.

Horoszkiewicz.

Prof. Onodi (Budapeszt): **O anosmii (braku powonienia).** (*Wiener med. Presse*, Nr. 32, 1900). Ogólnie można odróżnić 3 postacie anosmii: a) prawdziwą, która znów może być środkową (centralną) i obwodową, według tego, jakie części narządu powonienia są chorobowo zmienione; b) mechaniczną, czyli oddechową, i wreszcie c) anosmię czynnościową. Anosmia prawdziwa może być następstwem zmian chorobowych błony śluzowej jamy nosa, zapalenia kości sitowej (*ethmoiditis*), kiły, czasem i grypy; przyczyny zaś anosmii środkowej leżą w mózgowiu, — a więc mogą to być guzy lub ropnie, ogniska miażdżycowe lub zatorowe, zapalenie opon mózgo-rdzeniowych lub wreszcie zmiany kiłowe i wady wrodzone. Tu także zaliczyć należy przewlekłe zatrucia tytoniem, ołowiem, morfiną i atropiną. Wszystkie zaś przeszkody w oddechaniu przez nos (niedrożność przewodów nosowych, skrzywienia ściany środkowej, ukleje nosa, przerost muszel lub ciała obce) mogą za sobą pociągnąć drugą postać anosmii t. j. mechaniczną; o trzeciej postaci t. j. anosmii czynnościowej wspomina tylko autor, że ona pojawia się najczęściej na tle histeryi. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Schultze (Jena): **Leczenie zamartwicy noworodków.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 33, 1900). Zamartwica *(asphyxia)* noworodków jest następstwem utrudnienia, względnie przerwy w „oddechaniu łożyskowem“, wobec czego zadaniem leczenia jest rychłe wprowadzenie w ruch oddechania płucnego; a można to osiągnąć albo przez szybkie zanurzenie noworodka w zimną wodę, albo też przez rytmiczne pociągania języka (Laborde). W cięższych przypadkach zamartwicy należy się trzymać następujących wskazówek: jeśli noworodek jest sinawo-czerwony, a mięśnie jego posiadają prawidłowe napięcie *(tonus)*, wówczas nie przecinając pępowiny stosujemy bodźce, działające wprost na skórę (n. p. uderzenia). Jeśli to postępowanie nie prowadzi do celu, tedy po przecięciu pępowiny zanurza się dziecko naprzemian to w ciepłej, to w zimnej wodzie, dopóki donośnym krzykiem nie objawia życia. W przypadkach zaś bardzo ciężkich, gdzie dziecko jest blade, mięśnie jego wiotkie, wówczas po usunięciu śluzu z ust noworodka wykonuje się wahania metodą autora. *Dr. Henryk Pisek.*

Doc. H. Schramm: **Patologiczne znaczenie wolnego uchyłka Meckela** (*Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Autor opisuje 2 przypadki niedrożności jelit u dzieci, a trzeci, rozpoznany jako zapalenie wyrostka robaczkowego i otrzewnej, gdzie we wszystkich 3 przypadkach przyczyną choroby był wolny uchyłek Meckela. W pierwszym przypadku wolny uchyłek skręcił się koło jelit, od którego odchodził i wytworzył pierścień ścieśniający światło jelita, wskutek czego powstała ostra niedrożność przewodu pokarmowego. W drugim przypadku nastąpiła sprawa zapalna ropna w samym uchyłku, wskutek zatrzymania się tam treści jelit. W trzecim wreszcie nastąpiło wynicowanie uchyłka na wewnątrz, a następowe wgłobienie jelita cienkiego w grube. Wszystkie te przypadki dowodzą, że uchyłek Meckela może sprowadzić groźne, a nawet śmiertelne zaburzenia w ustroju. W dwóch pierwszych leczenie operacyjne miało wynik pomyślny, w 3-cim nastąpiło zejście śmiertelne. *L.*

Dr. M. Piątkowski: **O przyrządzie Rieglera, służącym do oznaczania ilościowego cukru w moczu.** (*Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Metoda Rieglera nadaje się do oznaczania ilościowego cukru, oznaczenia bowiem zapomocą niej są zbliżone lub całkiem zgodne z metodą Fehlinga. Wahania wynoszą od 0,1—0,4%, większe między metodą fermentacyjną a Rieglera od 0,2—0,7%, zależne są od błędów metody fermentacyjnej. Autor radzi jednak przed każdem oznaczeniem cukru w moczu skontrolować jakość rozczynu phenylhydrazyny i płynu Fehlinga. *L.*

* * *

VII. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

III.

W dzisiejszej korespondencyi mam zamiar omówić te miejskie urządzenia higieniczne, które wprawdzie nie pozostają w żadnym z sobą związku, jednak razem w mniejszym lub większym stopniu przyczyniły się do poprawy stosunków zdrowotnych.

Należy tu przedewszystkiem: rzeźnia miejska „Städtisches Centralschlachthaus und Viehof“. Do połowy roku 1878 było w Monachium około 800 rzeźni prywatnych, rozmieszczonych po całem mieście w podwórkach ciasnych, lub ciemnych zabudowaniach oficyn, niezaopatrzonych ani w należyte ścieki, ani w dostateczną ilość wody. Zanieczyszczanie powietrza z tego powodu przykro dawało się uczuć tak mieszkańcom domu, w którym się taka rzeźnia znajdowała, jak i sąsiadom; a jak wielkie było zanieczyszczenie gruntu i jak wielkie zło pociągało za sobą, przekonano się z chwilą, gdy po otwarciu w sierpniu 1878 r. rzeźni miejskiej, wszystkie rzeźnie prywatne przymusowo zniesiono.

Na przestrzeni $3^1/_2$ hektara rozmieszczone są liczne budynki, jak stajnie, 6 hal dla rzezi bydła, budynki zarządu itd. Wszystko tu urządzone tak, jak zazwyczaj wszędzie, a imponuje chyba wielkością. Natomiast ciekawy jest i zasługuje na wzmiankę budynek, służący do przechowywania mięsa w nizkiej ciepłocie „Kühlanlage“. Zakład ten ma dwa zadania, a mianowicie: wyrabia lód do sprzedaży szerszej publiczności i oziębia powietrze w hali, w której rzeźnicy mięso przechowują. Hala w tym celu podzielona jest żelaznemi kratami na 486 komór. Fabrykacya lodu, oziębianie komór i oświetlenie odbywa się za pomocą elektryczności, doprowadzanej tutaj z miejskich zakładów elektrycznych. Dla wyjaśnienia, jaki ruch panuje w rzeźni, podaję parę liczb: w r. 1898 zabito tutaj 72000 sztuk bydła rogatego, 222000 cieląt, 175000 sztuk nierogacizny, 46000 innego mniejszego bydła (owce, kozy i t. p.), 1830 koni. Władze nadzorcze w tymże roku wykluczyły od spożycia 616 sztuk bydła i 31000 kg. mięsa, jako niezdatnych z powodu chorób itp.

Mięso to przerabia po większej części, również pod zarządem miasta pozostający zakład t. zw. „Thermische Vernichtungsanstalt“. W dużych kotłach gotują tu je za pomocą pary pod wysokiem ciśnieniem. Tłuszcz odpływa osobnemi rurami do naczyń żelaznych i w tych sprzedaje się do fabrykacyi mydła. Pozostałość stanowi masę zbitości piasku, barwy ziemistej (czekoladowej), zanieczyszczona kawałkami kości. Masę tę sieją przez sita, podobne jak do miału, pakują po 100 kg. do worów i sprzedają jako dość poszukiwany nawóz, z kości wreszcie robią mączkę, służącą również do tego samego celu. W zakładzie tym zabito i przerobiono w ten sposób w 1898 roku: 304 koni, 43 sztuk bydła, 1673 kotów i psów, 216 sztuk dziczyzny i 3300 sztuk drobiu, nie licząc tego, co dostarczyła rzeźnia. Dochody ze sprzedaży 61700 kg. nawozu i 18900 kg. tłuszczu wynosiły około 20000 mk.; rozchody przeszło 30000 mk.; niedobór pokrywa stale miasto. Nie jest on stosunkowo wielki, jeśli się uwzględni, że w koszta utrzymania zakładu wchodzi utrzymanie oprawcy i oprawiska.

Zakład dezynfekcyjny „Städtische Desinfektionsanstalt“ założony został w roku 1892. Dezynfekcya odbywa się tu za pomocą pary wodnej i chemikaliów. Do dezynfekcyi parą służą dwa duże kotły, wmurowane w ten sposób w ścianę dwóch sąsiednich, a zupełnie od siebie oddzielonych izb, że w jednej z nich piec się napełnia przedmiotami, do odkażenia przeznaczonymi, a w drugiej z kotła się je wydobywa. Obsługa zajęta przy tych dwóch czynnościach nie styka się ze sobą wcale i tylko porozumiewać się może za pomocą tuby. Do dezynfekcyi chemicznej używają sublimatu, kwasu karbolowego i formaliny; tej ostatniej przedewszystkiem do dezynfekcyi ubikacyj zakaźnych. Opłata za dezynfekcyę parą wynosi 4 mk. za 1 m. sześcienny przedmiotów; za chemiczną dezynfekcyę 1 mk. za godzinę pracy jednego robotnika, ubodzy są uwolnieni od opłaty.

Zakład funkcyonuje wzorowo, przedmioty wracają stąd niezniszczone, obsługa jest inteligentna i umie swoją rzecz, a mimo to wiele czynności niema. W roku 1898 przedsięwzięto tu dezynfekcyę na żądanie osób prywatnych zaledwie 509 razy, a ogółem 737 razy. Jeśli się zwróci uwagę na poważną liczbę tylko przypadków śmierci z chorób zakaźnych (2356), nie licząc przypadków choroby, zakończonej wyzdrowieniem, jeśli z tej liczby strącimy 1000, przypuszczając, że śmierć nastąpiła w szpitalu, to pozostaje nam jeszcze przeszło 600, a więc blizko połowa przypadków śmierci z chorób zakaźnych po domach prywatnych, w których dezynfekcya mieszkania i pościeli z bielizną, względnie przynajmniej tych ostatnich tylko, powinna była mieć miejsce, a nie nastąpiła. Przyczyny tego szukać trzeba w uprzedzeniu i niedbalstwie publiczności, które tu wcale nie są mniejsze, niż u nas.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

I. Sekcya pedyatryczna (c. d.).

Zestawił Dr. A. Kwaśnicki.

Monti (Wiedeń) sprawozdawca: *Zasady naukowe, na podstawie których należy dążyć do wytworzenia pożywki, równoważnej mleku niewieściemu.* Dotychczasowe metody sztucznego żywienia osesków nie są w stanie zastąpić pokarmu macierzyńskiego. Wszystkie te metody dążyły dotychczas do tego, ażeby różnice, zachodzące między mlekiem zwierzęcem, a pokarmem niewieścim, wyrównać; błąd jednak popełniano w tem, że brano na względ najczęściej tę lub ową różnicę, a nie całkowity skład i nie w sposób jednostajny. By zbliżenie mleka krowiego do pokarmu niewieściego było możebnie doskonałem, należy, według sprawozdawcy, mieć na oku następujące względy:

1) Stopień kwasoty pożywki sztucznej ma być ściśle ten sam, co mleka niewieściego. Dodając węglanu potasowego, możemy obniżyć ten stopień kwasoty we wszystkich znanych pożywkach, używanych do sztucznego karmienia.

2) Ścinanie się pożywki sztucznej powinno się odbywać w tym samym okresie i tym samym sposobem, jak i pokarmu niewieściego. W tym celu należy rozrzedzić mleko krowie równą ilością serwatki i obniżyć kwasotę przez dodanie do tej mięszaniny węglanu potasowego.

3) Stosunek ciał białkowatych powinien być ściśle ten sam, co w pokarmie niewieścim. W tym celu przez rozrzedzenie zmniejszamy w mleku krowiem ilość sernika i ciał białkowatych do stopy tych ciał w pokarmie niewieścim, co się nie da osiągnąć na innej drodze, jak tylko przez użycie do rozrzedzenia serwatki.

4) Sernik mleka krowiego zachowuje się inaczej wobec kwasów i soli, niż sernik pokarmu niewieściego. Ta różnica ustaje, gdy dodamy potrzebną ilość białka rozpuszczalnego i alkaliów, a osięga się to poczęści przez rozrzedzenie mleka krowiego serwatką; natomiast wszelkie inne usiłowania w tym celu pozostają bez skutku. Według zapewnień sprawozdawcy trawienie i przyswajanie biał białkowatych przy użyciu do rozrzedzenia serwatki jest prawie zupełnie tak dobre, jak pokarmu macierzyńskiego.

5) Ilość tłuszczu w pożywce sztucznej ma być ta sama, co w pokarmie macierzyńskim. Przez samo rozrzedzenie wodą ilość tłuszczu oczywiście zmniejsza się, lecz jednocześnie cierpi stały stosunek ilościowy tłuszczu do ciał białkowatych, niezbędny do doskonałego trawienia. Dodanie śmietanki w oznaczonym stosunku prędzej szkodzi, niż pomaga, gdyż śmietanka zawiera wiele kwasów tłuszczowych lotnych (około 70%), a mało nielotnych (około 0,3—0,4%); tu jest powód, że osesek nie wyzyskuje tyle i tym samym sposobem tłuszczów, zawartych w mleku krowiem, ile i jak — w pokarmie macierzyńskim. Spożyty tłuszcz krowiego mleka przechodzi nie przetrawiony, a przez dłuższe przebywanie w przewodzie pokarmowym sprowadza samozatrucie kwasami tłuszczowymi. Wreszcie dodać należy, że śmietanka, oddzielona z mleka krowiego za pomocą centryfugi, zawiera tłuszcz, przeobrażony mechanicznie, i nie posiada drobnych kulek, cechujących pokarm niewieści. Rozrzedzając mleko krowie serwatką, możemy wytworzyć mięszaninę, zawierającą 2% tłuszczu, ilość dostateczna do sztucznego karmienia.

6) Ilość cukru w mleku krowiem jest mniejsza, niż w ludzkiem i wymaga jego dodania; rozrzedzenie wodą jeszcze tę ilość umniejszy; natomiast przez rozrzedzenie serwatką najwięcej zbliżymy ilość cukru w mleku krowiem do fizyologicznej ilości w pokarmie kobiecym.

7) Większa ilość soli w mleku krowiem nie odgrywa żadnej poważnej roli.

8) Użycie w celach wyjałowienia mleka krowiego wysokiej ciepłoty (do 100°) zmienia mleko, a nawet czyni go szkodliwem dla oseska. Ogrzewanie do 60° w ciągu 10 minut i następnie przechowywanie go w ciepłocie 6°, odpowiada w zupełności celowi.

9) Wreszcie należy dawać oseskowi codziennie tę samą ilość sernika, ciał białkowatych rozpuszczalnych, tłuszczu i soli, jaka się zawiera w pokarmie niewieścim. Ze wszystkich metod sztucznego karmienia — rozrzedzanie mleka krowiego serwatką daje najlepsze wyniki.

Johannesen (Chrystyania) sprawozdawca; *O wyjaławianiu mleka i sposobie jego używania.* 1) Dla zupełnego wyjałowienia mleka przez gotowanie, przy zwykłem ciśnieniu, należy go gotować w ciągu kilku godzin; skutkiem jednak takiego postępowania mleko ulega tak znacznemu przeobrażeniu, że nie nadaje się do sztucznego karmienia.

2) Inne metody wyjaławiania mleka, albo również czynią mleko nie do użycia, albo nie dają się w praktyce codziennej zastósować.

3) Poddając mleko gotowaniu w łaźni wodnej w małych flaszkach, jeśli ciepłota przewyższa 96° C., niszczymy wszystkie laseczniki chorobotwórcze, notabene, że laseczniki te nie wytrzymują już ogrzewania do 70° C. w ciągu 10 minut. Lecz tego rodzaju wyjaławianie nie zabija sporów, które po jakimś czasie rozwijają się, zmieniają skład mleka w tym stopniu, że powstać mogą jady (toksyny), szkodliwe zdrowiu oseska.

4) Ogrzewanie mleka do 96° C. sprowadza w nim już takie zmiany chemiczne, które czynią go niezdatnem do sztucznego karmienia dzieci.

5) Z tych wszystkich powodów wynika, że zastósowanie pasteuryzacyi (70° C.) jest najlepszą metodą do wyjaławiania mleka.

6) Brak staranności przy dojeniu mleka wpływa ujemnie na jego przechowanie. Mleko, które wskutek niechlujności uległo zmianie składu chemicznego, nie może być poprawione przez zagotowanie, tak jak mleko zafałszowane, lub pochodzące ze źle żywionej krowy, nie może stać się stósowną i zdrową pożywką, pomimo późniejszego wyjałowienia.

7) Pierwszym warunkiem racyonalnym dostarczenia dobrego mleka do sztucznego karmienia osesków jest rozciągnięcie dozoru

władzy nad zdrowiem obory i przestrzeganie najdalej idącej czystości przy udoju, ażeby od pierwszej chwili uchronić mleko od większej ilości zarodków; następnie należy go poddać pasteuryzacyi, przechować w ciepłocie poniżej 18° C. i spożyć w ciągu 12 godzin.

8) Mleko sprzedażne jest najczęściej zlewane i pochodzi z różnych źródeł. Z punktu widzenia chemicznego, mleko krowie jest wydzieliną o wiele stalszą, niż pokarm macierzyński, który łatwo ulega zmianom ilościowym i jakościowym. Zastósowując sztuczne karmienie osesska, oddalamy się od warunków fizyologicznych, gdyż podajemy pożywkę ciągle tą samą, a okoliczność ta jest ważną i zasługuje na głębsze zastanowienie się.

Variot (Paryż) sprawozdawca: *Metodyczne używanie fabrycznie wyjałowionego mleka do sztucznego karmienia oseskόw.* Przy sprowadzaniu mleka świeżego do wielkich miast, prawie niepodobna zapobiedz jego kiśnieniu i rozkładowi. Pomimo dozoru policyjno-sanitarnego, fałszowanie mleka po miastach jest z dnia na dzień większe. Mleko, gdy już od początku jest zanieczyszczone, nie nadaje się do sztucznego karmienia oseskόw, chociażby później poddane zostało wyjałowieniu; przeznaczone do ludnych miast, powinno ono być wyjałowione na miejscu, gdzie jest obora, a nie po odbyciu przewozu — w mieście. Wyjałowienie fabryczne odbywa się w przyrządach specyalnych. Najlepszy sposób wyjaławiania mleka polega na ogrzaniu go do 115° C. w flaszkach małej objętości ($^1/_4$—$^1/_2$ litra), hermetycznie zatkanych korkiem; takie mleko trwa do 15 dni w stanie nierozłożonym i nie traci swej jałowości, jeśli przy ulewaniu go do użycia nie zaniecha się szybkiego zakorkowania.

Mleko, wyjałowione fabrycznie, nadaje się szczególnie tam, gdzie, ze względu na zakład oseskόw, zużywa się 100—200 litrów dziennie; w takich warunkach wyjaławianie systemem Soxhleta, ze względu na liczbę flaszek, byłoby bardzo trudne. W zakładzie Bellville, w ciągu 4 lat, spotrzebowano dla 800 oseskόw 160,000 litrów fabrycznie wyjałowionego mleka; upoważnia to sprawozdawcę do wypowiedzenia zdania o korzyściach i wadach podobnego rodzaju sztucznego karmienia:

1) Mleko wyjałowione fabrycznie, następnie zużytkowywane w flaszeczkach z podziałką w ilości zastosowanej do wieku i wagi oseska, przedstawia te same korzyści, co mleko wyjałowione systemem Soxhleta.

2) Rzeczą udowodnioną jest, że osesski po największej części trawią to mleko bez rozrzedzenia, począwszy od końca drugiego lub trzeciego miesiąca życia. Nadmiar pierwiastków proteinowych nie jest tak szkodliwy, jak się to powszechnie sądzi. W pierwszych paru miesiącach życia oseska dodajemy trzecią lub nawet czwartą część wody przegotowanej, oraz nieco cukru sproszkowanego.

3) W tych warunkach z powodzeniem wykarmiliśmy sporo nie tylko dzieci zdrowych, lecz odchowaliśmy przeszło 300 dzieci takich, których waga wskazywała na postępowy zanik.

4) Na 800 oseskόw stwierdziliśmy tylko raz jeden chorobę Barlowa; krzywica pojawiała się wyjątkowo. Natomiast często mieliśmy do zwalczania uporczywe zaparcie stolca, oraz znaczną niedokrwność.

Rozprawy: D'Espine (Genewa) stwierdza, że, jak według Variota w Paryżu, tak i w Genewie, nie zauważono choroby Barlowa u oseskόw sztucznie karmionych; najczęściej spostrzegał on wysoką niedokrewność u dzieci, zbyt długo żywionych fabrycznie wyjaławianem mlekiem. Co do rozrzedzania mleka, to sądzi, że należy zawsze spróbować mleka jałowego bez rozrzedzenia i cofnąć się, jeśli osesek jego nie znosi. Doświadczenie pouczyło D'Espina, że dzieci posiadają żołądki o rozmaitej energii czynnościowej; zdaje się, że większość oseskόw nie znosi istotnie mleka bez rozrzedzenia w ciągu pierwszych trzech miesięcy życia, a czasem nawet i dłużej. Escherich (Graz): Mleko, przyrządzone do sztucznego karmienia, właściwie służy tylko dzieciom bądź zupełnie zdrowym, bądź począwszy od pewnego wieku. Pokarm macierzyński musi zawierać substancye zaczynowe, zastósowane do potrzeb oseska, których brakuje w mleku krowiem; substancye te z czasem stają się zbędne. Ścisłe badania przekonały Eschericha, że w pierwszych tygodniach życia osesek bardzo mało potrzebuje istot białkowatych do swego rozwoju. Sevestre (Paryż): Nie podziela zdania tych, którzy sądzą, że noworodki można karmić mlekiem wyjałowionem nierozrzedzonem: doświadczenie pouczyło go, że ile razy zmienił system i począł karmić noworodka mlekiem rozrzedzonem, wszystkie zaburzenia w przewodzie pokarmowym ustawały. W wyborze systemu wyjaławiania mleka krowiego Sevestre przychyla się do systemu Soxhleta, który daje mu lepsze wyniki, niż wyjaławianie fabryczne. Seitz (Monachium) w ciągu 4 lat mógł przekonać się, że na 3 do 5 tysięcy sztucznie karmionych dzieci, tylko 4 uległo chorobie Barlova i że on nie mógłby oświadczyć za zależnością tej choroby od karmienia mlekiem, wyjaławianem systemem Soxhleta; niemniej nie stwierdzono w Monachium, ażeby od czasu zastosowania systemu Soxhleta zwiększyła się liczba dzieci krzywiczych. Schlossmann (Drezno) ma przekonanie, że mleko zawiera nieznane nam rozpuszczalne zaczyny, inne dla każdego rodzaju i pochodzenia mleka, którego nie wykrywa rozbiór chemiczny, a musi on posiadać najdonioślejsze znaczenie dla trawienia mleka.

Niektóre z odczytów na temat sztucznego i macierzyńskiego karmienia oseskόw zawierają szczegóły praktycznej doniosłości i dla tego streszczamy je w najkrótszych słowach:

Barbellion (Paryż): *O wartości mleka koziego do karmienia oseskόw.* Mleko kozie wielce się zbliża do pokarmu niewieściego, jest lekkostrawne, nie drogie, składu stałego. Kozy alpejskie, a jeszcze więcej pirynejskie, dają najlepsze mleko, najstósowniejsze do zastąpienia macierzyńskiego, lecz mamy na myśli oseska zupełnie zdrowego, Obfitość soli w mleku koziem zaleca go dla dzieci krzywiczych i gruźliczych. Tylko niektóre rasy kóz mają mleko o niemiłym smaku i zapachu. Masło z mleka krowiego ma małą zbitość, kulki tłuszczu są nader drobne i letkostrawne. Wreszcie mleko to zaleca wielka odporność kóz na zakażenie gruźlicze; gdy krowa w wielkiem mieście szybko nabywa gruźlicy, koza jej się stanowczo opiera. Oczywiście, tam gdzieby zamierzono użyć koziego mleka niewyjałowionego, należy ubezpieczyć się na wszelki wypadek tuberkuliną.

Bezy (Tuluza): *Czy osoba, cierpiąca na wól (struma), może karmić bez szkody dla oseska?* Na zadane sobie pytanie odpowiada B. ujemnie, a to ze względu na wątpliwości, które nie zostały do tej pory wyjaśnione. W r. 1897, powiada B., leczyłem półroczne dziecko na tężyczkę, które po 15 dniach zmarło. Do żadnej ze znanych przyczyn nie mogłem odnieść tej tężyczki; matka dziecka cierpiała na chorobę Basedowa z przerostem gruczołu tarczykowego. W tymże samym roku leczyłem inne 9-miesięczne dziecko na tężyczkę, której przyczyny dociec również nie potrafiłem, a dziecko zmarło po 35 dniach choroby. Mamka tego dziecka również cierpiała na chorobę Basedowa. W roku 1898 wezwano mnie do 3-miesięcznego oseska, chorego na tężyczkę, która po 45 dniach zakończyła się śmiercią. Mamka tego trzeciego dziecka była chorą na wól zwykły. B. zapytuje, czy tężyczka u dziecka może być pochodzenia tarczykowego? i odpowiada twierdząco. Kurcze u oseskόw, których karmicielki cierpiały na wól, zostały opisane przez licznych autorów, a przypadłości tyroidyzmu, udzielonego oseskowi przez karmicielkę z wolem, zostały stwierdzone przez klinicystów. Nie mając na oku jakiegoś niewzruszonego twierdzenia, zamierzał prelegent tylko zwrócić uwagę pedyatrów na tę sprawę i uzyskać więcej faktów klinicznych. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 6 września.

* Wydział krajowy bukowiński czyni starania o zbiorowe ubezpieczenie lekarzy okręgowych na starość, oraz o rentę pensyjną dla ich wdów i sierót. Koszta tego ubezpieczenia, według zamiarów bukowińskiego Wydziału krajowego, ponosiliby w równej mierze: ubezpieczeni, Wydział krajowy i gminy, wchodzące w skład okręgu sanitarnego.

Analogia stosunków w Galicyi i na Bukowinie jest wielka. Jakie myśli nasuwają lekarzowi w Galicyi wyżej podane zabiegi bukowińskiego Wydziału krajowego, odgadnąć łatwo. Ze stanowiska obywatelskiego życzyćby należało, ażeby najwyższa nasza magistratura krajowa zechciała się liczyć z faktem, że za 4 lata obie wszechnice nasze wyzwolą najwyżej 20 lekarzy i że takich lat nastąpi szereg. Jestto liczba, która ledwo starczy dla szpitali i klinik. Faktu tego wojskowość nie lekceważy. Niezabezpieczony na starość i na przypadek kalectwa, liczny nad zapotrzebowanie, źle wynagradzany, a często wyzyskiwany stan lekarski, nie dając warunków zabezpieczonego bytu, odstręcza młodzież od poświęcenia się sztuce lekarskiej. Nim więc bieg czasu sprowadzi wyrównanie, administracya krajowa może czas jakiś doświadczać niedoboru w ludziach, stanowiących organizacyę sanitarną kraju. Nie sądzimy, by samo podniesienie płacy lekarzy gminnych i okręgowych potrafiło odmienić ten stan rzeczy; natomiast ubezpieczenie w myśl postulatów bukowińskiego Wydziału krajowego może przywrócić utraconą ufność i dać spokój duchowy o byt na sędziwe lata. Zasada powszechnego ubezpieczania się jest na czasie; wniknęła już ona w służebne stosunki społeczne i rządowe, a ma za sobą względy

etyczne i ekonomiczne. Przekonani jesteśmy, że nasz Wydział krajowy tych względów nie lekceważy i że nie tyle o zasadę mu idzie, ile o finansową możność kraju; lecz życie poucza zarazem, że zbyt daleko posunięta oszczędność graniczy często z marnotrawstwem i sprowadza skutek wręcz przeciwny zamiarom.

* O położeniu stanu lekarskiego w Austryi świadczą najlepiej liczby, zestawione przez D. Preiningera w czasopismie czeskiem »Nase dobe«. Liczba lekarzy w Czechach wzrosła z 1806 w r. 1891 na 2408 w r. 1899, — w całej Austryi z 7146 w r. 1889 na 9102 w r. 1896. Lekarze gminni i okręgowi są nędznie wynagradzani, choćby im się należały lepsze płace za same już te oszczędności, jakie w gospodarce krajowej wywołuje ich skuteczna działalność. Preininger bowiem oblicza, że praca tych lekarzy oszczędza w gospodarce krajowej około 1,800.000 koron bezużytecznych wydatków. Dzięki zabiegom lekarzy okręgowych i gminnych spadła w Czechach śmiertelność z 30 na 25 *pro mille*, co odpowiadałoby obniżeniu się chorobowości o 20%. Przyjmując nawet, że chorobowość zmniejszyła się tylko o 15%, że koszta choroby i strata zarobku wynoszą w każdym przypadku tylko 20 koron, to uwzględniając sześciomilionową ludność Czech i obecny roczny wydatek na organizacyę sanitarną w wysokości 820 000 koron, wypada, iż Czechy oszczędzają rocznie dzięki lekarzom okręgowym i gminnym okrągło 980 000, prawie milion koron. A jednak mimo to niedościgłem dotąd marzeniem jest, aby lekarze ci pobierali najmniej 1 200 koron (600 złr.) rocznie i zwrot kosztów podróży po 600—800 koron, (300—400 złr.), oraz, aby zabezpieczono byt ich wdowom i sierotom, choć nawet wówczas pozostałoby krajowi w zysku jeszcze parękroć tysięcy koron. (*W. med. Presse* 1900, 35).

* Mór osacza Europę ze wszystkich stron: czy zarazek moru może być zawleczony z miast przymorskich w głąb lądu europejskiego? sądzimy, że tak. Osoby, uległe zakażeniu od pierwszego przypadku, mogą podczas wylęgania moru odbyć podróż w głąb kraju i zachorować o kilkaset kilometrów od miejsca zakażenia. Drugiem źródłem moru dla lądu europejskiego może stać się Mandżurya, w której istnienie epidemii stwierdził nie tak dawno bakteryolog Zabołotny: czy ta epidemia trwa jeszcze? o tem nikt nie wie; natomiast wiadomo, że Mandżurya jest dziś teatrem wojny, że ruch między tym krajem a Rosyą jest dziś silnie wzmożony. Nie twierdzimy atoli, że Hanibal już stoi przed drzwiami, ale sądzimy, że wobec tego, co się dzieje w portach kilku krajów, godzi się ze stanowiska zawodowego zapytać: 1) gdzie się ma udać lekarz austryacki o stwierdzenie rozpoznania, jeśli mu się wydarzy przypadek silnie podejrzany? 2) czy w Austryi jest jaki zakład dla wyrobu surowicy przeciwmorowej, w którymby lekarz, w razie istotnej potrzeby, mógł się w nią zaopatrzyć?

Należy ufać, że Najwyższa Rada zdrowia coś w najkrótszym czasie o tem postanowi. Niemcy i Austrya są w równej mierze narażone na zawleczenie moru: w Niemczech wszystko już jest zorganizowane dla zwalczania zarazy, Austrya zaś trzyma się dawniejszej zasady: »festina lente«.

* W Glasgowie do tej pory zmarło z moru kilka osób, w leczeniu jest 12, a 40 rodzin odosobniono. To rozszerzenie się zarazy pochodzi z zbyt późnego rozpoznania pierwszego przypadku, tak jak to również miało miejsce w Oporto. Glasgów i Oporto mogłyby stać się ostrzeżeniem dla innych państw, w szczególności zaś dla Austryi, i spowodować zapoczątkowanie jakiejkolwiek organizacyi na wszelki wypadek w środkowych punktach handlu morskiego i krzyżowaniu się wielkich szlaków ruchu światowego.

* Z powodu szerzenia się moru w Glasgowie, a ponoś już i poza rogatkami tego miasta, austryackie ministeryum handlu zarządziło badanie lekarskie produktów, pochodzących z Anglii.

* Amerykańskie dyplomy dentystów, według rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych, nie mogą nadawać ich posiadaczom żadnych praw w Austryi, gdyż mogą być nabywane za pieniądze bez odpowiednich studyów.

* Dowiadujemy się, że sprawa dopuszczenia kobiet do studyów w uniwersytetach austryackich jest bliską rozstrzygnięcia, w myś uchwały Najwyższej Rady zdrowia.

* Rosyjskie minist. skarbu przeznaczyło 44,000 Rb. na wzniesienie specyalnej kliniki dla opilców. Kierownikiem tego zakładu mianowany został prof. Bechtierew.

* D. 25 sierpnia otwarto w Jałcie (Krym) uzdrowisko dla suchotników.

* We Francyi zawiązało się stowarzyszenie budowy sanatoryów dla suchotników z kapitałem zakładowym 300.000 fr. Do założycieli stowarzyszenia należą pierwszorzędne siły lekarskie, jak Potain, Landouzy, Rendu, Brissaud itd.

* W Niemczech podjęto starania, w celu utworzenia biura, dostarczającego wskazówek, gdzie zagranicą mogliby się osiedlać lekarze niemieccy.

* Pierwszy Zjazd świeżo utworzonego w Niemczech Towarzystwa higieny szkolnej, do którego, obok lekarzy higienistów, należą nauczyciele, odbędzie się w Akwisgranie przy sposobności tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich.

* Walne zebranie niemieckiego Towarz. higienicznego odbędzie się od 12 do 15 września w Trewirze (Trier). Na porządku dziennym znajdują się następujące sprawy: 1) Zwalczanie moru (Gaffky); Zaopatrzenie w wodę zapomocą zamykania dolin (Thalsperren) ze stanowiska higienicznego (Intze i Fraenkel); 3) Przyczyny i zwalczanie wysokiej śmiertelności oseskόw (Prausnitz); 4) Higiena kolarstwa (Merkel): 5) Małe mieszkania miejskie Beck (burmistrz), Reincke i Stübben (radca budownictwa).

* W Atenach ustanowiono pierwszą katedrę higieny i bakteryologii, której kierownikiem został prof. Savas.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Bach w Würzburgu mianowany został prof. zwycz. okulistyki w Marburgu. Doc. Löwy — prof. fizyologii w Berlinie. Prof. Fürbringer z Jeny mianowany następcą prof. Gegenbauera w Heidelbergu. Doc. Autenrith mian. nadzw. profesorem chemii lekar. w Fryburgu. Dr. Tunniclife — prof. farmakologii w Kings College. Prof. Debove mian. kierownikiem kliniki lekarskiej w Paryżu. Docenci uniw. wiedeńskiego: Königstein, Ehrmann, Pal, Redlich i Elschnig otrzymali tytuł prof. nadzwyczajnych.

Nekrologia. Dr. Józef Morawiecki zmarł w Gdowie. Prof. Stokes, znany chirurg, zmarł w Dublinie, licząc lat 61. Franciszek Michl, prof. chirurgii, zmarł w Pradze.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 35: Prof. Hoyera H. (*sen.*): O pojęciu przyczynowości w nauce i praktyce. Kopczyńskiego S.: Przypadek nerwicy ruchowej o charakterze tików z niezwykłem zaburzeniem mowy. Ettingera W.: Trzydzieści przypadków rzężeń wilgotnych przy obecności płynu w jamie opłucnej (dok.). W *Medycynie* Nr. 35: Dr. Barszczewskiego Cz.: Stan obecny röntgenologii. M. Biro: Zaburzenia odruchu z jednego ścięgna Achillesa. Wiąd rdzenia i cierpienie nerwu kulszowego. W *Zdrowiu* (wrzesień): Dr. Serkowskiego St.: Przyczynek do etyologii zakażeń. Dr. fil. Orzechowskiego B.: Prosty sposób oznaczania ilości soli w maśle dla celów praktycznych, dający jednocześnie wskazówki co do domieszki w niem margaryny. Dr. Higiera H.: W sprawie higieny ciała i ducha ze stanowiska lekarsko-pedagogicznego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Stankiewicz Cz.: W sprawie operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy. Łódź, 1900.

— Dr. Jachimowicz F.: Wospalitielnyja zabolewanija sustawow. Odessa, 1900.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 15 Września 1900. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do występowania ostrego zapalenia nerek w okresie drugorzędnym kiły *(Nephritis syphilitica praecox)*.

Podał

Dr. Abraham Stepler

c. i k. lekarz pułkowy.

W najnowszem dziele o chorobach nerek zalicza Senator[1]) ostre zapalenie nerek na tle kiły, w okresie drugorzędnym tej choroby, do rzadkości. Jakkolwiek dość często przy wtórorzędnych objawach kiłowych napotyka się białko w moczu, sądzi Senator, że może to być objawem albo zapalenia nerek, nabytego przed zakażeniem kiłowem, albo skutkiem innych, wybuchowi kiły tylko towarzyszących okoliczności, jak leczenia rtęcią, nadużywania napojów wyskokowych, przeziębienia i t. d.

Senator, powołując się przy tej sposobności na pracę E. Wagnera[2]), który z niemieckich autorów prawie jedyny opisał kilka przypadków ostrego zapalenia nerek w okresie drugorzędnym kiły, twierdzi, że i Wagnerowi nie powiodło się ściśle związku tego wykazać.

Powołując się na autorów francuzkich i innych (Perroud, Herteloup, Mauriac, Tommasoli, Jaccoud i i.), którzy już z większą pewnością wyrażają się o tym związku, podaje Senator, że według nich owo zapalenie nerek kiłowe *(nephritis syphilitica praecox)* ma występować 2—8 miesięcy po zakażeniu i od najlżejszych przypadków zapalenia miąższu nerkowego dochodzić do ciężkiego rozlanego zajęcia nerek, podobnie jak po płonicy.

Neumann[3]) opisując zmiany w nerkach, rozwijające się w różnych okresach kiły, wyraźnie wymienia ostre zapalenie miąższowe nerek *(nephritis syphilitica parenchymatosa)* i podaje na podstawie spostrzeżeń tak własnych jak i innych autorów (Wagner, Burkmann, Vulpian, Boukkeieff i i.), że ostre zapalenie nerek kiłowe spotyka się w pierwszych miesiącach po zakażeniu, prawie równocześnie z wysypką na skórze i innymi objawami. Przy rozpoznawaniu zapalenia nerek na tle kiłowem zwraca Neumann uwagę, że, by przyjąć ten związek, trzeba najprzód wykluczyć wszystkie inne czynniki, mogące wywołać zapalenie nerek.

[1]) Senator: Die Krankheiten der Nieren (*Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel.* B. XIX. I Th. II Abth. 1896.).

[2]) Wagner: Die constitutionelle Syphilis und die davon abhängigen Nierenkrankheiten (*Deutsches Archiv. f. kl. Med.* B. 28. 1881).

[3]) Neumann: Die Syphilis (*Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel.* B. XXIII, II Hälfte, 1896).

Jako znamienne cechy tego zapalenia wylicza Neumann, oprócz istniejących lub poprzedzających zmian kiłowych, znaczne ilości białka, wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka krwi czerwone, ciałka wypocinowe, zmniejszenie się ilości moczu, szybko występujący obrzęk ogólny i podwyższenie ciepłoty.

Przedmiotem tym zajmowali się szczególnie autorowie francuzcy. Przypadki, przez nich spostrzegane i ich zapatrywania, przytoczę niżej; tu tylko nadmieniam, że wywody powyższe wskazują, iż rozpoznanie podstawy kiłowej dla zapalenia nerek oprzeć się może tylko na równoczesności objawów zapalenia nerek z objawami kiły, jak niemniej i na wyniku leczenia swoistego i braku innych czynników przyczynowych. Przedmiotowy bowiem obraz kliniczny zapalenia nerek na tle kiłowem nie ma i mieć nie może cech swoistych; te same objawy stwierdzamy przecież i przy innych zapaleniach nerek, występujących na jakiemkolwiek tle chorobowem.

Przypadek, który spostrzegałem w klinice Prof. Gluzińskiego, czyni zadość wymaganiom powyższym tak ze względu na objawy, jak na przebieg choroby i na wynik leczenia, i dla tego go opisuję.

B. K., lat 20, gospodarz, przyjęty do kliniki w dniu 4 stycznia b. r., przedtem zawsze zdrów, zauważył przy końcu listopada 1899 r. wrzód na członku, który leczył przez jakiś czas okładami z wody karbolowej. Pod koniec grudnia (około 27-go) wystąpił obrzęk twarzy, a w 3 dni później obrzęk kończyn dolnych, przyczem chory czuł się coraz bardziej osłabionym. Ze strony narządu trawienia i krążenia nie doznawał żadnych dolegliwości. Łaknienie utrzymane, stolec prawidłowy. Ilość moczu do końca grudnia znacznie miała się zmniejszyć i mocz w ostatnim czasie ma być mętny i barwy czerwonej.

Badany w klinice w dniu 5 stycznia b. r. przedstawiał stan następujący: Budowa i odżywienie dobre. Ciepłota prawidłowa. Powłoki ogólne blade. Twarz, zwłaszcza powieki, okolica lędźwiowa, moszna, prącie i kończyny dolne silnie obrzękłe. Na skórze klatki piersiowej, brzucha i kończyn górnych wyraźna wysypka plamista (*roseola luetica*). Gruczoły szyjne miernie powiększone, twarde, niebolesne, tak samo i gruczoły łokciowe.

W dolnych częściach klatki piersiowej z tyłu odgłos wypukowy stłumiony, począwszy od dolnych kątów łopatek ku dołowi, w tych, miejscach tak drżenie, jak i szmery oddechowe osłabione (*hydrothorax ambilateralis*); zresztą wszędzie wdech pęcherzykowy, nieco szorstki, wydech słyszalny. Stłumienie serca w granicach prawidłowych. Nad wszystkiemi ujściami tony czyste; 2-gi ton nad tętnicą główną nieco wzmocniony. Tętno sprychowe dobrze napięte, miarowe. Brzuch nieco powiększony, chełbotanie zaznaczone; w dolnych częściach brzucha wyraźne stłumienie, zmieniające się przy zmianach położenia (*ascites*). Wątroba sięga w linii sutkowej do łuku, w linii środkowej dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, słabo macalna, nieco twardsza i bolesna. Śledziona wypukiem nieco powiększona, niemacalna.

W rowku żołędziowym wrzód o podstawie twardej, już zabliźniający się (*ulcus durum*). W pachwinie lewej gruczoły wielkości orzecha laskowego, twarde, niebolesne, tak samo w pachwinie prawej, lecz

mniejsze. Na mosznach i koło otworu stolcowego kłykciny sączące (*condylomata lata*).

Odruchy kolanowe prawidłowe.

Mocz mętny, barwy czerwonej, w ilości 500 ctm. sz. na dobę. oddziaływania kwaśnego i o ciężarze gat. 1·035, zawiera 12‰ białka. W obfitym osadzie znaczna ilość ciałek czerwonych krwi wyługowanych, ciałek wypocinowych, dużo wałeczków szklistych i ziarnistych, obłożonych ciałkami czerwonemi i wypocinowemi, lub przybłonkami pochodzenia nerkowego, kryształki kwasu moczowego i szczawianu wapna.

Na podstawie tych objawów kliniczne rozpoznanie brzmiało: *Nephritis syphilitica praecox.*

Przebieg: Chory do 15/I wśród zupełnego spokoju (w łóżku) był prawie wyłącznie na dyecie mlecznej. W tym czasie ilość białka codziennie się zmniejszała tak, że 15/I wynosiła tylko 1‰, przyczem ilość moczu zwiększała się stale. Waga ciała chorego, która 8/I wynosiła 68·60 klg. spadła 11/I na 61·60 klg., a 14/I na 58·30 klg. Również ciężar gatunkowy moczu, wynoszący 5/I 1·035, 6/I 1·033, zeszedł 15/I na 1·023. Badanie drobnowidowe moczu wykazuje 15/I te same składniki, co 5/I, tylko w mniejszej ilości. Obrzęki zmniejszyły się również.

Do tej chwili nie stosowano leczenia swoistego, mimo, że przyjęto tło kiłowe dla sprawy w nerkach, gdyż przez te dni asystent kliniki Dr. Marischler przeprowadzał w tym przypadku badania nad wymianą materyi, których wynik później zostanie ogłoszony. Począwszy od 15/I rozpoczęto ostrożnie *lege artis* wcierania szarej maści po 1·50 grm. dziennie, a dyeta pozostała i nadal wyłącznie mleczna. Podczas wcierań zauważono stopniowe dalsze ustępowanie objawów zapalenia nerek i równocześnie objawów kiły.

Dnia 26/I po 10-ciu wcieraniach ilość białka wynosi 0·7‰.

27/I wystąpiło bolesne obrzmienie gruczołów podszczękowych i mierne zaczerwienienie i rozpulchnienie dziąseł, ciepłota ciała podniosła się do 37·8° C. wieczorem. Z tego powodu zaprzestano chwilowo wcierań, a podano jodek potasu. Stan ogólny dobry, obrzęki tylko na kończynach dolnych, na skórze jeszcze wyraźna wysypka.

W pierwszych dniach lutego b. r. ilość białka waha się między 0·5‰ a 0·7‰. 5/II ponownie zaczęto stosować wcierania ung. ciner i jod wewnętrznie. Przy tem postępowaniu ilość moczu zbliżała się coraz więcej do stanu prawidłowego, a ilość białka zmniejszała się stopniowo. Objawy kiłowe na skórze (*roseola, condylomata*) ustępowały, stwardnienie wrzodu na żołędzi stało się mniejszem. 16/II ciepłota jeszcze raz podniosła się do 37·8° C., z powodu czego przerwano na dwa dni wcierania.

Ilość białka od 17/I nie daje się już oznaczyć przyrządem Essbacha, tylko sposobem Roberts-Stolnikowa wykazać jeszcze można 0·06‰. W osadzie jeszcze tu i owdzie wałeczek szklisty, nieliczne ciałka wypocinowe, zresztą składniki prawidłowe.

Ciężar ciała, który w pierwszych czasach pobytu chorego w klinice obniżył się o 10 klgr. z powodu szybkiego zmniejszania się obrzęków, podnosił się podczas leczenia przeciwkiłowego stopniowo, tak, że chory doszedł do 62 klgr.

21/II chory, czując się zupełnie zdrowym, na własne żądanie opuścił klinikę.

W przypadku zatem naszym, u mężczyzny młodego, silnego, wystąpiły w listopadzie 1899 pierwsze objawy zakażenia kiłowego (wrzód), w 5—6 tygodni później objawy wtórorzędne (wysypka, kłykciny, obrzęk gruczołów), a równocześnie z objawami tymi ostre zapalenie nerek. Chory przedtem nigdy nie chorował, odżywiał się, jak podaje, odpowiednio, nie nadużywał nigdy napojów wyskokowych, zaziębieniu nie ulegał, leczenia rtęcią nie przeprowadzał, ani też nie wprowadzał do swego ustroju innych środków, mogących wywołać podrażnienie nerek. Jakiż więc powód tego nagłego wystąpienia ostrej choroby nerkowej? Przy braku innego przyczynowego czynnika, któryby mógł wywołać ostre zapalenie nerek, a równoczesności wtórorzędnych objawów kiłowych, musimy przyjąć, że kiła, występując wcześnie jako choroba zakaźna ogólna, może wciągnąć czasami i nerki w koło swych skutków, i że tak było właśnie u naszego chorego.

W piśmiennictwie znajdujemy też cały zastęp autorów, którzy się sprawą tą zajmowali i wykazywali na szeregu spostrzeżeń związek między kiłą wtórorzędną i ostrem zapaleniem nerek. Spostrzeżenia te opierają się nietylko na danych klinicznych, lecz dosyć często i na dokonanych autopsyach.

Z francuzkich autorów największą liczbę przypadków opisuje Mauriac[1]). Pierwszy przypadek spostrzega on w r. 1869. U chorego tego w 4 miesiące po wrzodzie pierwotnym wystąpiły objawy kiły wtórorzędnej i równocześnie objawy ciężkiego zapalenia nerek. Chory zmarł po 3 miesiącach wskutek obrzęku głośni (*oedema glottidis*).

W dalszych 6-ciu przypadkach tego samego autora nastąpiło przy leczeniu swoistem 5 razy wyleczenie lub tylko znaczna ogólna poprawa. Jeden przypadek zakończył się śmiercią w 5 tygodni po wystąpieniu zapalenia nerek. Był to przypadek z przebiegiem ciężkim; śmierć sprowadziły groźne objawy mocznicowe (niepokój, wymioty, biegunka). Leczenia swoistego wobec stanu chorego nie stosowano. Nerki przy sekcyi przedstawiały obraz dużej nerki białej (gros rein blanc).

Mauriac przytacza oprócz swoich przypadków jeszcze spostrzeżenia Cohadona, Negela (2 przypadki), Desconsta, Perrouda (2 przyp.), Bourkmana, Barthelemyego (2 przyp.), Wagnera (3 przyp.), Labadie-Lagravea, Bourcyego i Drysdala, ogółem 16 przypadków. Z tych, nie uwzględniając zapaleń nerek, które występowały po 2—4 latach (3 przyp.) i jednego spostrzeżenia Wagnera, które Wagner sam zalicza do *nephritis granulosa*, pozostaje 12 przyypadków, w których choroba nerek ujawniła się dosyć wcześnie i to równocześnie, lub wkrótce po wystąpieniu objawów kiły wtórorzędnej. Najwcześniej wystąpiła ona w 4—6 tygodni (Labadie-Lagrave, Wagner) po wrzodzie pierwotnym, najpóźniej zaś w 6—10 miesięcy (Burkmann, Drysdal). W przytoczonych własnych spostrzeżeniach Mauriaca zapalenie nerek objawiło się w 5 tygodni do 8 miesięcy po wrzodzie pierwotnym. We wszystkich jednak przypadkach objawy ze strony nerek towarzyszyły zmianom drugorzędnym kiły na skórze lub na błonach śluzowych. Nasilenie objawów kiłowych nie stało w związku z nasileniem sprawy nerkowej; przy nieznacznych objawach kiłowych przebieg zapalenia nerek był ciężki i odwrotnie. W 12 przytoczonych przypadkach przebieg przedstawiał się następująco: W jednym przypadku nastąpiła śmierć między 35—40 dniem choroby nerkowej z powodu przyłączenia się róży, w dwóch innych zaś z powodu samej choroby nerkowej. W 9-ciu przypadkach nastąpiło wyleczenie po krótszym lub dłuższym czasie (od 1—4 miesięcy); w niektórych przypadkach ślady białka utrzymywały się jeszcze przez dalsze kilka miesięcy (2—5) po wypuszczeniu chorych z kliniki. W większej części owych przypadków ilość białka w początku choroby była bardzo znaczną (w przyp. Descousta 110 grm. na dobę). W pierwszych dniach leczenia swoistego, czasem nawet tylko przy samej dyecie mlecznej, ilość ta spadała szybko i przy dalszem le-

[1]) Mauriac: Syphilose des reins. *Archives générales de médicine* t. 18. 1886.

czeniu przeciwkiłowem białko znikało zupełnie lub prawie zupełnie.

W dwóch przypadkach, zakończonych śmiercią, można było przy autopsyi wykazać zmiany, odpowiadające dużej nerce białej (gros rein blanc).

Na podstawie przytoczonych przypadków przychodzi Mauriac do wniosku, że kiła wtórorzędna działa tak samo na nerki, jak każda inna choroba zakaźna, że wywołuje zmiany miąższowe, mianowicie w części korowej nerek i to przeważnie zmiany przybłonka wydzielającego. Objawy kliniczne są taksamo różnorodne, jak w zwykłych ostrych zapaleniach nerek, powstałych z jakiejbądź przyczyny. Powikłania również mogą być te same, może za tem wystąpić mocznica, obrzęk głośni, obrzęk płuc, wysięk opłucnowy, osierdziowy i t. d. Przebieg może być ostry, podostry, zwalniający *(remittens)* lub przerywany *(intermittens)*, lub też przewlekły. Leczenie wywiera znaczny wpływ na przebieg choroby. Rozpoznanie nie przedstawia trudności, jeżeli są wyraźne objawy kiłowe, a inne przyczyny wywołujące można wykluczyć. Rokowanie zależy od powikłań i trzeba wiedzieć, że białko czasem przez dłuższy czas w moczu się utrzymuje. W niektórych przypadkach zmiany w nerkach ustępują bez leczenia albo przy wyłącznej dyecie mlecznej, w większej zaś ich części następuje polepszenie tylko przy leczeniu przeciwkiłowem. Wcierania szaruchy i jodek potasowy dają wtedy najlepsze wyniki i są jedynymi środkami, którymi można usunąć ciężkie objawy. Tyle Mauriac.

Wagner[1]), który przed Mauriacem pierwszy z niemieckich autorów opisuje ostre zapalenia nerek na tle kiły wtórorzędnej, opiera swoje zapatrywania na 8-miu przypadkach. W przypadkach tych 3 razy nastąpiło wyleczenie, 5 razy zaś zejście śmiertelne. Należy jednak namienić, że w tych 5 przypadkach zmiany kiłowe były znacznego stopnia i powikłane zmianami chorobowemi w różnych narządach wewnętrznych. W nerkach we wszystkich tych przypadkach wykazała sekcya znamiona ostrego zapalenia.

Oprócz tego przytacza jeszcze Wagner, jako dowód występowania ostrych zapaleń nerek wskutek kiły, dwa przypadki, w których obok zmian kiłowych w narządach wewnętrznych (Visceralsyphilis) znaleziono przekrwienia nerek i przypadek Couplanda, który podaje, że przy sekcyi dziecka 3 miesięcznego z kiłą wrodzoną, oprócz zmian w mięśniu sercowym *(myocarditis)* stwierdzono zapalenie nerek w postaci nacieku drobnokomórkowego w części korowej.

Ściśle rzecz biorąc, to tylko pierwsze 3 przypadki Wagnera zaliczyć można do wczesnego zapalenia nerek pochodzenia kiłowego, to znaczy do tych zapaleń, które towarzyszą najwcześniejszym wtórorzędnym objawom kiłowym. Reszta przypadków tego autora o tyle jest ciekawą, że wskazuje na możliwość wystąpienia ostrego zapalenia nerek na tle kiły i w późniejszych nawet okresach tej choroby. Niektórzy bowiem autorowie, n. p. Güntz, zaprzeczyli stanowczo, żeby kiła sama mogła wywoływać ostre zapalenie nerek i utrzymywali, że przyczynę tych zapaleń stanowi leczenie rtęciowe. Te zapatrywania jednak można uważać za obalone przez tych klinicystów, którzy, jak Kussmaul i Bartels, badając działanie rtęci na ustrój wykazali, że nawet znaczne dawki maści rtęciowej (n. p. wcieranie do 300 grm. szaruchy) nie wywoływały zmian chorobowych w nerkach, jeżeli tylko nerki przedtem były zdrowe. Wagner należy także do przeciwników teoryi Güntza, a cała jego praca przemawia przeciw tej teoryi.

[1]) l. c.

Na podstawie swoich badań o stosunku chorób nerkowych do kiły, opartych na znacznym szeregu spostrzeżeń klinicznych i na wielkiej liczbie dokonanych autopsyi, dzieli też Wagner zmiany, znajdowane w nerkach w związku z kiłą, na 6 działów, z których pierwszy stanowi właśnie ostre zapalenie nerek. (Dokończenie nast.).

II. Z pracowni krakowskiej kliniki ginekologiczno-położniczej.

Chorio-epithelioma malignum uteri

(Deciduoma malignum).

Napisał

Docent Dr. Switalski.

(Dokończenie).

W obu więc przypadkach mamy typową postać tego ciekawego nowotworu, którego rozwój pozostaje w ścisłym związku z ciążą.

Pierwszym, który zwrócił baczniejszą uwagę na ten nowotwór, na posiedzeniu Tow. ginekologicznego w Lipsku w 1888 r. był Sänger; nazwał go początkowo *deciduoma malignum*, później zaś *sarcoma deciduocellulare* uważając go za mięsaka, którego punktem wyjścia miały być komórki doczesnej. Nieco później, niezależnie od Sängera ogłosił podobny przypadek Pfeiffer i nazwał go również *deciduoma malignum.*

Liczba przypadków tego nowotworu ogłoszonych od czasu Sängera jest wcale pokaźna; do niedawna jednak zapatrywania na pochodzenie tego nowotworu były rozmaite z powodu niezawsze jednakowego zachowania się składników nowotworowych, tak że jedni (Sänger, Löhlein, Kuppenheim, Menge, Klein, Schauta, Aczél i inni) uważali swoje przypadki za mięsaki, których punktem wyjścia były komórki doczesnej, inni zaś za nowotwór nabłonkowy. Dopiero w r. 1895, pierwszy Marchand wykazał, że te wszystkie nowotwory rozwijają się z nabłonka, pokrywającego kosmki i to z obu jego warstw, tak z syncytyum, jak i komórek Langhansa i dlatego Marchand zaliczył je do nowotworów nabłonkowych i przyjął nazwę L. Fränkla i Picka: *chorioepithelioma malignum s. destruens;* dodaje przytem Marchand, że w żadnym przypadku dotąd nie stwierdzono, aby nowotwór rozwinął się z komórek doczesnej.

Nadmienić tu muszę, że L. Fränkel już przed Marchandem (r. 1894) w jednym, przez siebie spostrzeganym przypadku uważał nowotwór za raka, wychodzącego z nabłonka, pokrywającego kosmki i nazwał go *carcinoma chorii.*

Według Marchanda punkt wyjścia dla tego nowotworu stanowi nabłonek kosmków, bądźto stojący jeszcze w związku z kosmkiem, bądź oddzielony od niego. Według Marchanda już w prawidłowych warunkach znajdują się w doczesnej późniejszej *(decidua serotina)* składniki kosmkowe, zdolne do bujania; wnikają one nieraz aż do warstwy mięsnej macicy i mogą być punktem wyjścia nowotworu.

W przypadkach zaśniadu groniastego ilość i wielkość tych składników komórkowych, a zarazem i zdolność ich do bujania jest znacznie większa, niż w ciąży prawidłowej. Nowotwór prawie zawsze rozwija się w miejscu łożyskowem macicy tam właśnie, gdzie te komórki się znajdują. Te składniki komórkowe, znajdujące się w doczesnej późniejszej, pochodzą częścią ze syncytyum, częścią z komórek Langhansa. Syncytyum wybujałe ma bowiem skłonność do rozdzielania się na pojedyncze komórki i gromady komórkowe; komórki te są najrozmaitszego kształtu i wielkości i mają nieraz po kilka, a nawet kilkanaście jąder. Tak syncytyum, jak i komórki Langhansa mogą się bez krążenia płodowego nie zawisle od siebie utrzymać przy życiu, a nawet bujać, jeżeli tylko znajdują się w styczności z krwią matki (Gottschalk).

Marchand na podstawie dokładnych swoich badań wypowiedział w r. 1898 zapatrywanie, że istnieją dwie odmiany tego nowotworu, które nie dadzą się od siebie oddzielić, gdyż obie odmiany rozwijają się z tej samej tkanki. Typową postacią nowotworu jest ta, w której nowotwór składa się z syncytyum i komórek Langhansa; czy może być samo syncytyum autor powątpiewa. Atypową odmianę stanowią te nowotwory, w których przybłonek kosmków zatracił swoje właściwe znamiona i występuje w postaci komórek odosobnionych, mogących okazywać różne właściwości, tak że obraz drobnowidowy raz będzie podobniejszy do raka, drugi raz do mięsaka. Jako wzór tych komórek przedstawia autor komórki znajdujące się na powierzchni i wśród utkania doczesnej późniejszej *(serotina)* w zaśniadzie groniastym; komórki te zwykle mają kształt nieregularny, zawierają jądra rozmaitej, niekiedy znacznej wielkości. Są to komórki pochodzenia syncytyalnego. Pomiędzy obu odmianami nowotworów mogą być postaci przejściowe, tak że w pewnych miejscach nowotworów atypowych znajdują się mniejsze lub większe płaty syncytyalne.

Że zapatrywanie to jest prawdziwe, zdaje się przemawiać za tem i rozmaite zachowanie się nowotworu w moim pierwszym przypadku, gdzie spotyka się wśród błony śluzowej ogniska, podobne do rakowych (fig. 4), a wśród warstwy mięsnej dosyć rozległy naciek nowotworowy, przypominający utkanie mięsaka (fig. 5). W obu ogniskach komórki są pochodzenia syncytyalnego, zaczem przemawia brak osłonek, komórki olbrzymie, utrzymane wśród ognisk płaty syncytyalne. Komórki w ognisku (fig. 4) podobne są także do komórek Langhansa tak, że można je uważać za przejściową postać pomiędzy syncytyum a komórkami Langhansa, których obecność w nowotworach przyjmują Marchand, Vestberg i Pick.

W przeważnej jednak części przypadków nowotwór składa się z dwojakiego rodzaju nabłonka tj. z syncytyum i komórek Langhansa. Połączenie nie regularnie rozgałęziających się, wielojądrzastych mas syncytyalnych z komórkami wielokątnemi Langhansa, brak zupełny tkanki łącznej i naczyń, obecność nieregularnych przestworów krwionośnych w środku pomiędzy ogniskami, ograniczonych przez syncytyum, stanowią cechy tego nowotworu. Veit utrzymuje, że w nowotworach tych występują także części podścieliska *(stroma)* kosmków i według niego na 89 przypadków znaleziono je w 18. Tego samego zdania jezt Gottschalk.

Komórki Langhansa, wielokątne o jasnej plamie zawierają obficie glikogen, a podział jąder nie odbywa się w nich bezpośrednio, jak w syncytyum, ale przez karyomitozę. W syncytyum przychodzi często wśród plazmy do wytwarzania się wolnych przestrzeni rozmaitej wielkości, powstających najprawdopodobniej w miejscu zanikających jąder, jak to miałem stwierdzić w moim przypadku.

Nowotwór ten tworzy zawsze przerzuty drogą naczyń krwionośnych, a nie tak, jak najczęściej występujący nowotwór przybłonkowy — rak, drogą naczyń limfatycznych. Pierwiastki nowotworowe wnikają przez ściany do światła naczyń krwionośnych i tworzą przerzuty.

Zachodzi teraz pytanie, jakiego pochodzenia są te składniki nowotworowe; czy nowotwór należy uważać za nowotwór matki, czy płodu? Związek jaki zachodzi między kosmkami, a błoną śluzową macicy, jest tak ścisły, że są zdania co do pochodzenia syncytyum jeszcze podzielone.

Co do komórek Langhansa, to od czasu badań przez niego przeprowadzonych (w r. 1882), większość autorów przyjmuje z Langhansem, że komórki te są napewno pochodzenia płodowego, a mianowicie, że pochodzą z jego ektodermy. Są jednak i tacy, którzy utrzymują, że komórki Langhansa są produktem zróżnicowania się syncytyum (Gottschalk, Minot, Graf, Spee, Johansen, Katschenko, Marchand, Kossman, Aschoff), że pierwotnie rozwija się syncytium i dopiero w dalszym ciągu rozwoju wytwarzają się z niego komórki Langhansa.

Co się tyczy pochodzenia syncytyum, to zapatrywania są dwojakie; jedni utrzymują, że pochodzi z matki, inni że z płodu. Pierwsi różnią się między sobą w tem, że podają różne źródła dla syncytyum. Wielka część autorów (Marchand, Merttens, Kossmann, Gunsser, Strahl Selenka i inni) utrzymuje, że syncytyum rozwija się z nabłonka, pokrywającego błonę śluzową macicy; inni (Pfannestiel, Johansen, Turner, Freund, Voigt) twierdzą, że syncytyum tworzy się z śródbłonka naczyniowego, a wreszcie niektórzy (Heinricius, Frommel, Graaf, Speé) podają, że syncytyum tworzy się z tkanki łącznej w górnej warstwie błony śluzowej. Peters, Ulesko, Stroganowa, Opitz, i Durante sądzą, że syncytyum powstaje z komórek Langhansa. Opitz utrzymuje, z czem godzi się Peters, że komórki Langhansa w styczności z krwią matki zamieniają się w syncytyum, — sprawa, która w końcu prowadzi do zupełnego zaniku warstwy Langhansa. Durante podaje, że komórki Langhansa, nie będące w styczności z mezodermą, zamieniają się w syncytyum. Franké utrzymuje że komórki Langhansa pochodzą z tkanki łącznej mezodermalnej, syncytyum zaś z ektodermy, że więc oba są pochodzenia płodowego. Spuler i Ruge twierdzą, że w zaśniadzie *(mola hydatidosa)* syncytyum wytwarza się na pewno z ektodermy.

Dzisiaj już więc przeważna część autorów (L. Fränkel, Duval, Opitz, Franké, Peters, Spuler, Ruge, Ulesko-Stroganowa, Webster, Durante, Tussenbrock, Minot v. Beneden, Hubrecht, Hofmeier) przyjmuje, że syncytyum jest pochodzenia płodowego, że więc nowotwór jest pochodzenia płodowego i rozwija się w ustroju matki.

Ja bym przychylił się do zapatrywania Petersa, Duranta, Ulesko-Stroganowej, Opitza, którzy przyjmują, że syncytyum rozwija się z komórek Langhansa.

Jeżeli uwzględni się bardzo ścisły stosunek, w jakim oba te rodzaje nabłonka pozostają, jedną rolę, jaką odgrywają przez pośrednictwo w odżywianiu, a wreszcie możliwość wytworzenia się w pewnych warunkach na odwrót z syncytyum komórek podobnych do komórek Langhansa, to przypuszczenie to staje się bardzo prawdopodobne. Za tem przemawiałoby także i to jeszcze, że znane są przypadki, w których nowotwór składa się tylko ze syncytyum, jak w przypadkach H. Freunda i Schauty, Fränkla, Kossmanna i Krebsa W przypadkach Freunda i Schauty i w przerzutach pochwowych było tylko syncytyum, Freund spostrzegał zaś komórki podobne do komórek Langhansa, na pewno pochodzące z syncytyum.

Nowotwór ten rozwija się w przeważnej części przypadków po wydaleniu jaja z macicy, a może się rozwijać po poronieniu lub po porodzie jaja, rozwijającego się prawidłowo, albo, jak to stwierdzają spostrzeżenia statystyczne, najczęściej po ciąży zaśniadowej *(mola hydatidosa)*. Ze statystyki, zebranej przez Marchanda (do r. 1895), przez Eiermanna (do r. 1897) i przezemnie (do r. 1900) okazuje się, że na 85 dotąd zebranych przypadków rozwinął się nowotwór 40 razy po zaśniadzie, 22 razy po porodzie i 23 razy po poronieniu.

Że ciąża zaśniadowa usposabia do wystąpienia tego nowotworu, tłumaczy się tem, że właśnie znamienną cechą zaśniadu groniastego jest bujanie nabłonków kosmkowych, które w niektórych przypadkach dochodzi do bardzo znacznego stopnia i może przedstawiać obrazy zupełnie takie same, jak ogniska nowotworowe, spotykane w macicy. Dołączona rycina (fig. 7) przedstawia obraz drobnowidowy je-

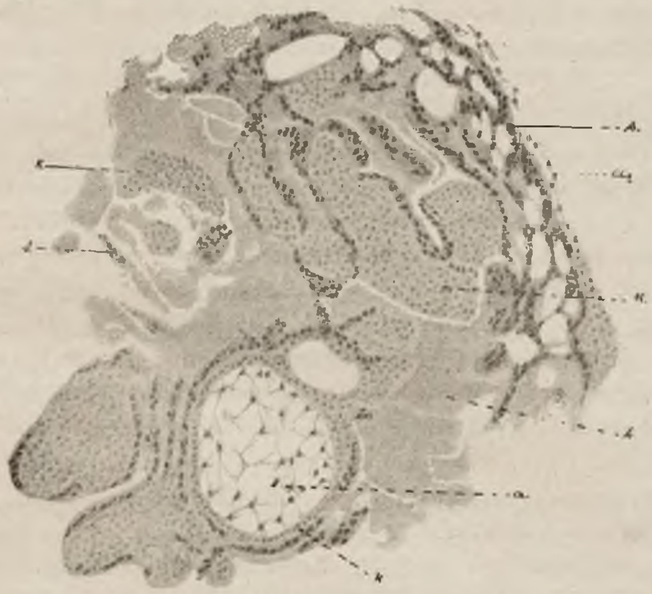


Fig. 7.

dnego miejsca zaśniadu groniastego. Widzimy tutaj pomiędzy kosmkami (a, a) znacznie wybujałe komórki Langhansa i syncytyum, pozostające w takim związku, jak w nowotworze macicznym, tak, że można tutaj właściwie mówić o *chorio-epithelioma malignum* kosmków. Obok tego spotyka się tutaj tak oddzielone płaty syncytyalne rozmaitej wielkości, jak i gromadki komórek Langhansa, zupełnie oddzielone, leżące wśród krwi. Chora, z której ten zaśniad groniasty pochodzi, liczyła lat 36 i zgłosiła się z powodu znacznych krwawień do kliniki, gdzie ją przyjęto dnia 9/II 1899. Rozpoznano zaśniad groniasty. Macica powiększona, jak w piątym miesiącu ciąży. Wkrótce po przybyciu do kliniki część zaśniadu urodziła się sama, resztę wydalono ręcznie, przyczem przekonano się, że ściany macicy są wszędzie gładkie. Zamierzono zatrzymać chorą jeszcze przez czas dłuższy w klinice, ona jednakże na własne żądanie, pomimo odchodów krwawych, opuściła dnia 1/III klinikę; chora ta dotąd, a więc przeszło $1^1/_2$ roku od urodzenia zaśniadu jest zupełnie zdrowa.

Badanie drobnowidowe tego zaśniadu wykazało bardzo znaczne wybujanie tak syncytyum, jak i komórek Langhansa, bądź to zupełnie odrębne, bądź też wspólne, jak na załączonej rycinie. Również w kilku miejscach znalazłem w tym przypadku bujanie syncytyum w tkankę podścieliskową kosmków.

Jeżeli więc takie bujanie przybłonka kosmkowego wystąpi w kosmkach, stojących w związku z błoną śluzową macicy, to przyjść musi do rozwoju nowotworu w macicy. W przypadku przytoczonym nowotwór jednak się nie rozwinął.

W zaśniadzie groniastym zdarza się, że jeszcze w czasie obecności jego w macicy, rozwinąć się może nowotwór, za czem przemawiają przerzuty, jakie już w czasie ciąży powstają. Przypadki takie opisali Schauta i Stankiewicz, gdzie jeszcze wtedy, gdy zaśniad znajdował się w macicy, wytworzyły się przerzuty w pochwie. W obu przypadkach istniała ciąża zaśniadowa pięciomiesięczna. W przypadku Schauty punktem wyjścia nowotworu był kosmek w zatoce naczyniowej w macicy. Neumann, który ten przypadek badał drobnowidowo, znalazł w przerzucie pochwowym zwyrodniałe kosmki.

Pick utrzymuje, co zdaje się być bardzo nieprawdopodobnem, że nawet łagodny zaśniad może wywołać przerzuty, które mogą stać się punktem wyjścia nowotworu; opisuje przytem przypadek Laudaua, w którym to przypadku u kobiety 22 letniej, będącej pierwszy raz w ciąży, rozwinął się łagodny zaśniad groniasty. W czwartym miesiącu ciąży wystąpił przerzut w przedniej ścianie pochwy, który wycięto. W kilka dni potem urodził się zaśniad. Przerzut składał się ze zwyrodniałych kosmków. Macicy nie wycinano, a chora jeszcze po $4^1/_2$ latach miała się zupełnie dobrze. Prócz Picka opisał podobny przypadek Schlagenhauser. Guzek wycięty z pochwy przedstawiał typowy obraz *chorioorepithelionu* i pomimo że macicy nie wycinano, jeszcze po $2^1/_2$ latach stan zdrowia był zupełnie dobry.

Nowotwór ten może się rozwijać i w trąbce w przypadkach ciąży zamacicznej. W przypadku Gębharda rozwinął się nowotwór w części macicznej trąbki lewej *(graviditas interstitialis)*, w przypadku Ahlfelda, obrobionym przez Marchanda, nowotwór rozwinął się w trąbce lewej i utworzył przerzuty w pochwie, podobnie jak w przypadku Rosnera, gdzie się nowotwór rozwinął w trąbce prawej.

Najczęściej nowotwór rozwija się w krótkim czasie po przebytej ciąży, spostrzegano jednak przypadki, w których nowotwór rozwija się bardzo późno i tak np. w przypadku Löhleina w $1^3/_4$ roku po wydaleniu zaśniadu, w przypadku Fränkla w rok i 5 miesięcy, w przypadku Doormana w dwa lata po poronieniu. Ciekawym jest także przypadek Gottschalka, ogłoszony przez Eiermanna, gdzie u kobiety, która w 48 roku życia urodziła zaśniad, wystąpił wkrótce okres przejściowy *(clima)*, który trwał $3^1/_2$

roku i dopiero po upływie tego czasu rozwinęło się *deciduoma*.

Nowotwór ten występuje najczęściej pomiędzy 20—30 rokiem życia tak u pierwiastek, jak i wieloródek, najstarsza z chorych w przypadku Meyera liczyła lat 55. Z dostępnego mi piśmiennictwa zebrałem (od r. 1897—1900) 23 przypadki, razem z dwoma moimi 25. Marchand w r. 1895 ogłosił 28 przypadkow, a Eiermann od r. 1895—1897 ogłosił 35 przypadków.

W przeważnej części przypadków nowotwór rozwija się w miejscu łożyskowem macicy i posiada dążność do rozrastania się w głąb, tak że może zająć całą grubość ściany macicznej aż do otrzewnej, z pod której przegląda, jako naciek szaro-czerwony. Po przebiciu otrzewnej może się dalej rozrastać na jej powierzchni. Błona śluzowa nad nowotworem początkowo może być utrzymana.

Gołemu oku przedstawia się nowotwór w postaci guza miękiego, barwy różowej do ciemnoczerwonej; na przekroju wypukla się ponad powierzchnię przekrojową i często przedstawia utkanie siatkowate. Ogniska nowotworowe dochodzą niekiedy do znacznej wielkości. Przerzuty najwcześniej powstają w pochwie, a najczęściej w płucach. Przerzuty pochwowe, jak długo pokryte są błoną śluzową, podobne są nieco do żylaków. Kaszel, duszność i krwotoki są objawami przerzutów w płucach. Dotąd nie spostrzegano przerzutów w sercu i gruczołach limfatycznych pachwinowych, zresztą spotykano je we wszystkich narządach.

Co się tyczy objawów chorobowych, to najważniejszym, a zarazem pierwszym objawem, jest krwawienie, które zwykle występuje wkrótce po odbytym porodzie lub poronieniu. Krwawienia, zrazu zwykle nieznaczne, stają się wkrótce bardzo obfite, w czem niema nic dziwnego, gdyż źródłem krwawień są liczne większe lub mniejsze przestrzenie naczyniowe, które leżąc wolno wśród tkanki nowotworowej, nie mają żadnych ścian. Gdy taka przestrzeń zostanie otwartą, powstaje wielki krwotok, gdyż w nowotworze brak składników kurczliwych. Skoro nowotwór przebije błonę sluzową macicy, to zwykle szybko następuje obumieranie i sposoczenie nowotworu z następczem ogolnem zakażeniem. Wyniszczenie przy tym nowotworze następuje bardzo szybko.

Rozpoznanie pewne tylko przy pomocy drobnowidu, Rokowanie jest bezwzględnie złe i bez operacyi następuje zawsze zejście śmiertelne w ciągu kilku miesięcy. Nowotwór w przeważnej części przypadków rozrasta się szybko i w niedługim czasie tworzy przerzuty, tak, że bardzo często się zdarza, iż chore zgłaszają się już za pózno do operacyi.

Na 85 przypadków zebranych przez Marchanda, Eiermanna i przezemnie operowano doszczętnie 44 (51·2 %); z tego zmarło 14 chorych, 7 w następstwie przerzutów, a 7 w następstwie operacyi. Czasem pomimo już istniejących przerzutów następuje na drodze operacyjnej zupełne wyleczenie, jak np. w przypadku Segonda, gdzie, pomimo przerzutu w jajniku, operowana w trzy lata po operacyi była jeszcze zdrowa. Również i w przypadku Freunda, pomimo przerzutu w pochwie, nastąpiło po operacyi zupełne wyleczenie. Wobec tego, że zaśniad groniasty niewątpliwie usposabia do wystąpienia tego nowotworu, który najczęściej rozwija się po zaśniadzie, ważną byłoby rzeczą poznać cechy tak zwanego zaśniadu złośliwego, który prowadzi do rozwoju nowotworu, aby zaraz po stwierdzeniu złośliwej postaci zaśniadu przystąpić do wycięcia macicy.

Neumann, który badał trzy przypadki zaśniadu groniastego, w którego przebiegu rozwinął się nowotwór złośliwy, uważa za znamienne dla zaśniadu złośliwego duże komórki przybłonkowate, występujące wtedy wśród utkania kosmków. Komórki te o jednostajnej protoplazmie, dosyć duże, kształtu owalnego lub podłużnego, nie ostro odgraniczone, o jądrze względnie dużem, okrągłem lub owalnem, silnie się barwiącem, ułożonem odśrodkowo, leżą albo pojedynczo, albo też tworzą całe gromady, Komórki te, podobne do mięsakowych, pochodzące z syncytyum, spotyka się głównie w tych kosmkach, które jeszcze nie obumarły. Obok tego w przypadkach zaśniadu złośliwego syncytyum wypuszcza liczne wypustki do wnętrza podścieliska kosmków o jądrach wybitnie większych. Neumann dodaje przytem, że składniki nowotworowe w utkaniu kosmków spotyka się w tych zaśniadach, które dłużej pozostawały w macicy, tak że zdaje mu się prawdopodobnem, iż zaśniad, pozostający dłużej w macicy, stwarza usposobienie do rozwoju nowotworu złośliwego.

Voigt podaje, że badanie samego zaśniadu nie wykrywa żadnych cech znamiennych dla zaśniadu złośliwego, komórki bowiem, które Neumann uważa za znamienne dla tej postaci, spotykał Voigt w zaśniadzie łagodnym. Tego samego zdania są Ruge i Pick.

Że nawet nadmierne wybujanie obu warstw przybłonka kosmków, jakoteż wypustki syncytyalne wśród podścieliska kosmków nie wskazują jeszcze na złośliwość zaśniadu, przemawia za tem mój przypadek, powyżej opisany, w którym nowotwór się nie rozwinał. Voigt jednak sądzi, że takie nadmierne bujanie obu warstw nabłonka powinno wzbudzać przypuszczenie, iż zaśniad może być złośliwym.

Według Voigta roztrzygającem, czy zaśniad jest łagodny, czy złośliwy, ma być zbadanie drobnowidowe strzępów, wyskrobanych z miejsca łożyskowego po urodzeniu zaśniadu. Jeżeli badanie to wykaże, że i wśród mięśnia macicznego przyszło do bujania tak syncytyum, jak i komórek Langhausa, zwłaszcza gdy z bujającego syncytyum zaczną wyróżniać się komórki z wielkiemi jądrami, ciemno się barwiacemi, to to stanowczo przemawia za złośliwością zaśniadu.

Wobec jednak braku znamiennych cech złośliwości zaśniadu przy badaniu samego zaśniadu nie pozostaje nic innego, jak tylko każdą chorą po urodzeniu zaśniadu dłuższy czas, przynajmniej przez sześć miesięcy, obserwować, a w razie krwawień przystąpić do wyskrobania macicy i dokładnego zbadania wyskrobanych strzępów.

Wielmożnemu prof. Dr. Jordanowi za łaskawe pozwolenie mi zużytkowania materyału klinicznego składam szczere podziękowanie.

III. O morderstwie z lubieżności.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Blumenstok[44]): Tekla T., lat 30—33, zamężna, opuszcza męża i udaje się w podróż ze swym krewnym Anto-

[44]) II Serya Orzecz. W. lekarskiego Uniwersytetu Jag. *Przegląd lekarski. 1890.*

nim S. Po pewnym czasie znajdują jej zwłoki w szopie na sianie u budnika kolejowego w B. Zwłoki leżały na wznak, miały twarz i górną połowę ciała przykryte chustką i warstwą siana, dolne części ciała były „w nieprzyzwoity sposób“ odkryte. Obok zwłok było w sianie miejsce wytłoczone, jak gdyby od drugiej osoby, leżącej tuż obok zwłok. Orzeczenie Wydziału oświadczyło się za gwałtownem uduszeniem, jako przyczyną śmierci kobiety, z którą najprawdopodobniej podjęto na schyłku życia spółkowanie. Na szyi zwłok stwierdzono dwie poprzeczne. 5 i 4 cm. długie, tylko skórę przenikające, najprawdopodobniej po śmierci już zadane, rany cięte. Z powodu różnych wątpliwości przypadku skazano Antoniego S., jako sprawcę czynu, na 7 lat więzienia.

Cavaillac[45]): Pewien mężczyzna, zwabiwszy do siebie 8 letnią dziewczynę, przedarł jej tylną ścianę pochwy i sromu palcami, w ranie tej podjął spółkowanie, następnie dziewczynę zadławił. Sekcya wykazała na szyi i koło ust ślady dławienia, obrażenia krtani i wybroczyny w opłucnych i osierdziu.

Emmert:[46]) Niedaleko Berna, opodal drogi wiodącej przez las, znaleziono w grudniu 1890 r., po odbytym jarmarku, zwłoki 29 letniej kobiety, leżące na wznak z nogami rozstawionemi i zgiętemi w kolanach. Odzienie zmarłej było poszarpane, pocięte i krwią zwalane. Przy sekcyi zwłok stwierdzono: na nosie i na prawym policzku dwie rany kąsane, z tych rana na policzku stanowiła odbicie obu szczęk sprawcy czynu u góry z odciskiem 5, u dołu zaś 6 zębów. Rany te sięgały do tkanki podskórnej i były krwią podbiegnięte. Od kąta ust ku lewemu policzkowi biegła 4 cm. długa rana cięta, w dolnej części szyi i trzy poprzeczne rany cięte, 8, 4 i 5 ctm. długie. Lewa pierś (sutek) u swej podstawy całkiem odcięta, leżała luźnie obok zwłok. Od lewego stawu mostko-obojczykowego biegła głęboka rana cięta przez lewą połowę klatki piersiowej i brzucha aż do spojenia łonowego. Rana ta przenikała żebra, powłoki brzuszne, lewą część przepony, lewy płat wątroby, lewy przedsionek i prawą komorę serca, wreszcie żołądek odcięty w części odźwiernikowej od jelita cienkiego. Rana ta, kończąca się w lewej wardze sromnej większej, była zadana za życia i jednym zamachem. Jelita częścią wycięte, częścią zaś wyrwane, leżały obok zwłok zmarznięte. Części płciowe były nienaruszone, w pochwie stwierdzono nasienie męzkie. Przyczyną śmierci było skrwawienie. Sprawcy nie wykryto, mniemano tylko, że sprawcą był głośny wówczas w Anglii Kuba rozpruwacz, przypadkiem może wśród podróży po Szwajcaryi, bawiący w Bernie,

Krafft-Ebing[47]): 1) Komisant Alton w Anglii, wyszedłszy na przechadzkę za miasto, wabi dziecko do zarośli, po pewnym czasie wraca spokojny do biura. Dziecię od tej chwili zaginione, znaleziono poszarpane w kawałki, z których pewne, n. p. części płciowe zginęły bez śladu. Alton nie okazywał żadnego poruszenia umysłu i nie wyjaśnił pobudek potwornego czynu. Ojciec jego przebył wrzekomo napad ostrego szału, zaś blizki jego krewny cierpiał na manię z popędami do morderstwa. Altona stracono. 2) Parobek E. zwabił dziewczynę do lasu, położył ją na ziemi, odsłonił jej srom, lecz ponieważ zaczęła wzywać pomocy i ponieważ dojrzał na jej głowie osutkę, przeto zbrzydziwszy ją sobie, dozwolił jej uciec. Wkrótce potem zwabił 8 letniego chłopca, zdarł z niego odzienie, a gdy ten począł krzyczeć, pchnął go dwukrotnie nożem w szyję, następnie przeciął mu nożem podłużnie brzuch i części płciowe na sposób szpary sromowej u kobiet, aby w ranie tej módz spółkować. Ponieważ atoli chłopiec zaraz zakończył życie, zdjął go lęk i obrzydzenie, umywszy zatem ręce zbiegł. Przy sekcyi wykazano rozcięcie brzucha, ranę ciętą w okolicy serca i dwie rany kłóte szyi. Badanie sprawcy wykazało znamiona zwyrodnienia, padaczkę i przytępienie umysłu. W orzeczeniu podniesiono potrzebę zamknięcia sprawcy w zakładzie obłąkanych, prawdopodobnie na całe życie.

Ast:[48]) Młodzieniec 19 letni zabił 9 letniego chłopca poderżnięciem mu gardła, zwabiwszy go w tym celu do lasu. Przed zbrodnią ostrzygł i zgolił głowę ofiary. Koszula ofiary była ze spodni wyciągnięta, jednak nie dało się stwierdzić, czy morderca użył swej ofiary cieleśnie. Do winy się przyznał, motywu nie umiał podać. Badanie, prócz dziedzicznego obciążenia, nie wykazało żadnej psychozy.

Haberda[49]): 1) 35 letnią, brzydką prostytutkę, znaną pod nazwiskiem „Todtenkopfresi“, pozbawił życia w nocy nieznany sprawca w ten sposób, że zacisnął jej szyję paskiem skórzanym, poczem jeszcze zadał jej na schyłku życia trzy rany cięte w dolnej części szyi. Z tych jedna największa, 7 ctm. długa i 3 ctm rozwarta, biegła od lewej strony i od góry ku stronie prawej i kończyła się rysą skórną, przenikała częściowo mięśnie szyjne, a drążąc najbardziej w głąb, w swej środkowej części przecinała tchawicę; z naczyń przecięta była tylko żyła szyjna przodkowa. Górny prawy rożek krtaniowy był złamany, a otoczenie krwią podbiegnięte. W pochwie znaleziono nasienie, które, ponieważ zmarła była prostytutką, nie dowodziło spółkowania odbytego na schyłku życia. Przyczyną śmierci denatki było uduszenie przez zadzierzgnięcie. Domniemanego sprawcę znaleziono nazajutrz powieszonego w Praterze. Jakkolwiek H. przypuszcza w danym przypadku zwykłe morderstwo popełnione na osobie śpiącej ze względu na brak śladów walki, przyczem rany cięte szyi miałby zadać sprawca od tyłu, poza ofiarą stojący, to przecież sądzę, że nie da się tu żadną miarą wykluczyć morderstwa z lubieżności, które mi się wydaje ze wszech miar prawdopodobniejsze; sprawca, leżąc całym ciężarem ciała na swej ofierze, udaremniał jej obronę i mógł był zadać jej rany na szyi ręką lewą[50]) 2) W grudniu 1898 znaleziono we własnym mieszkaniu zwłoki starszej już wiekiem, wiedeńskiej prostytutki, leżące na sofie, zupełnie obnażone z śladami dławienia, rozpłatanym brzuchem, wyciętemi częściami rodnemi i wątrobą. Sprawca do tej chwili nieznany. 3) Dnia 1 maja 1899 zwabił 32 letni czeladnik stolarski, Kopetzky, 5 letnie dziewczę, tu je zgwałcił i zadławił. Został skazany za zbrodnię zgwałcenia połączonego z śmiercią ofiary na 20 lat więzienia.

Mac Donald[51]) zestawia 16 przypadków morderstw z lubieżności, z których 11 przypada na mitycznego dotychczas Kubę rozpruwacza (Jack the ripper) w Whitechapel, reszta na amerykańskich morderców Ben Ali, Jesse Pomeroy i Piper.

Przypadki, których sprawcą był Kuba, są następujące: 1) 1. XII. 1887 znaleziono rozpłatane zwłoki nieznanej kobiety. 2) 7.VIII 1888 znaleziono w tej samej dzielnicy zwłoki kobiety z 39 ranami, zadanemi za pomocą noża. 3) 31.VIII. 1888 z rana znaleziono zwłoki kobiece, leżące na wznak z raną ciętą na szyi, sięgającą od strony lewej ku prawej na 3 cale niżej prawego ramienia żuchwy, 8 cali długą, przenikającą obustronnie wielkie naczynia i wszystkie części miękkie, aż do kręgosłupa. Jeden cal powyżej tej rany pod lewą połową żuchwy mieści się druga, 4 cale długa rana. Koło szyi ofiary znaczna kałuża krwi; w ustach

[45]) *Annal. d'hyg. publ. 1888. Z. 3.*

[46]) Bibliothek der ges. med. Wissensch. von Drasche. Wien. Leipzig 1899. Hygiene und gerichtl. Medicin. str. 384.

[47]) *l. c.* str. 64. Spostrz. 18 i str. 397.

[48]) Ein jugendlicher (Lust?) Mörder. *Friedrich's Bl. f. ger. Med. 1892. str. 438.*

[49]) 1) Mord durch Erdrosselung combinirt mit Halsschnittwunden. *Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. T. 6.* Dwa dalsze przypadki będą później obszernie przez H. ogłoszone, ogólną ich osnowę zawdzięczam łaskawemu doniesieniu listownemu prof. Haberdy.

[50]) Prawdopodobnie i w obu przypadkach morderstwa popełnionego przez jednego i tego samego niewyśledzonego sprawcę, na dwóch prostytutkach w Albi, opisanych przez S. Caussé (Memoire sur quelque affaires crim. itd. Annal d'hyg. pub. 1880. T. 3. Pag. 365), zachodziło morderstwo z lubieżności. W obu były głębokie rany na szyi, przenikające tchawicę i tętnicę główną, w drugim nadto ślady dławienia.

[51]) Le criminel-type dans quelques formes graves de la criminalité. 3 édit. Lyon, Storck.

brak 5 zębów i nieznaczne obrażenie języka, na twarzy ślady od ucisku palców. W powłokach brzusznych ku stronie lewej głęboka rana, przenikająca tkanki poprzecznie, nadto 3 lub 4 inne podobne rany, biegnące ku dołowi i na prawo, wszystkie zadane nożem z wielką siłą, prawdopodobnie przez mańkuta. Nie brakło żadnego narządu. Denatkę rozpoznano, jako pewną rozwódkę. 4) W tej samej dzielnicy znaleziono 8.IX 1888 zwłoki kobiece z głową prawie oddzieloną od tułowia zapomocą ran okrężnych, nieco zębiastych, zaczynających się od lewej strony. Brak dwóch zębów, na twarzy i prawej stronie głowy sińce, lecz brak śladów ucisku palców. Ubranie, podobnie jak i w poprzednich wypadkach, nienaruszone, lecz w nieporządku, szyja denatki owinęta chustką jakby dla podtrzymania jej. Obrzęk twarzy i zaklinowanie języka między siekaczami przemawia za uduszeniem. Przez ranę w powłokach brzusznych wydobywają się jelita, macica i niektóre inne narządy brzuszne, wycięte w sposób zdradzający biegłość i znajomość zasad techniki anatomicznej. 5) W pobliżu miejsca poprzedniej zbrodni znaleziono 30.IX tegoż roku zwłoki kobiece, leżące na boku ze złożonemi udami. Na szyi rana biegnąca od strony lewej ku prawej, przenikająca tchawicę; narządy brzuszne wydobyte z pewną znajomością techniki anatomicznej. 6) Tegoż samego dnia znaleziono jeszcze zwłoki drugiej ofiary w położeniu grzbietowem, z podniesionem odzieniem, z odsuniętem udem lewem, z prawą kończyną dolną zgiętą w kolanie i z podsuniętem przedudziem pod udo. Płatek ucha prawego skośnie odcięty, twarz mocno pokaleczona, na szyi 6—7 cali długa rana cięta, poprzecznie biegnąca, przenikająca krtań poniżej strun głosowych i części miękkie, a kończąca się rysą w chrząstce międzykręgowej; przez piersi i powłoki brzuszne biegnie rana, która otwiera tylko jamę brzuszną. Zrazu biegnie ona w środkowej linii ciała, dopiero od pępka zwraca się w stronę prawą i kończy się we fałdzie skórnym pachwiny. Jelita, wydobyte na zewnątrz, mieszczą się na prawym baku. Rana ta nosi cechy rany zadanej po śmierci. 7) W październiku 1888 r. znaleziono zwłoki kobiety „pod posępnem sklepieniem“. Głowa zwłok zupełnie oddzielona od tułowia na wysokości 4-go kręgu lędźwiowego, ramiona zaś oddzielone w stawach barkowych. Brzuch rozcięty, w nim brak dolnej części jelita grubego i trzew miednicy. Brak śladów uduszenia. Z jakości obrażeń widnieje zręczność anatomiczna sprawcy. Sądząc ze stopnia rozkładu ciała musiała śmierć ofiary nastąpić na 6 — 8 miesięcy przed znalezieniem jej zwłok. 8) 9.XI. 1888 roku znaleziono w mieszkaniu na łóżku na wznak leżące zwłoki kobiece z odciętym nosem i uszyma, z przeciętą szyją od ucha do ucha z sutkami odciętymi i położonymi na stole obok łóżka, z pociętą do niepoznania twarzą. Brzuch i żołądek rozcięte, części dolnej ciała i macicy odciętej nie zdołano znaleźć. Nerki i serce umieszczone na udzie lewem. Brak śladów walki. 9) 1.VI 1889 wyłowiono z Tamizy dolną część tułowia młodej kobiety, podzieloną na połowy. Następnego dnia znaleziono górną część ciała tejże kobiety; 10.VI zaś znaleziono jej ramię i rękę prawą. Klatka piersiowa była próżna i była oddzielona od reszty ciała jakby przez przepiłowanie piłą. Przy tułowiu znaleziono śledzionę, nerki i części jelit, głowy zaś, płuc, serca, reszty jelit i macicy nie zdołano odszukać. 10) 17.VII 1889. znalazł konstable w uliczce Whitechapelu zwłoki kobiece z poderżniętą, broczącą jeszcze szyją i z uniesionemi spodnicami. Żołądek i reszta brzucha przecięte, cięcia jednak nie tak głębokie. Ofiarą była 40-letnia uboga kobieta. 11) 10.IX 1889 znaleziono pod sklepieniem wiaduktu kolei zwłoki kobiece z głową odciętą od tułowia, z oddzielonemi ze znajomością techniki rozczłaniania udami, z przeciętemi powłokami brzusznemi, przez które wysterczały dobywające się jelita. Koszula od góry do dołu przecięta. Zwłoki leżały twarzą ku dołowi z ramionami podsuniętemi pod brzuch. Nigdzie kałuży krwi lub śladu walki. Naczynia ustroju próżne. Serca brak. Śmierć z upływu krwi.

Wszystkie te wypadki morderstw, w jeden i ten sam prawie sposób podjętych, uderzająca zręczność i wprawa anatomiczna, widoczne we wszystkich posługiwanie się lewą ręką, dowodzą, że były dziełem jednej ręki. Zdaniem Mac Donalda okoliczność ta, że sprawca pozostał niewykrytym, przemawia przeciw przypuszczeniu u niego obłąkania; obłąkany bowiem zwykle sam się zdradza i czyni wyznanie. Zręczność sprawcy w rozczłanianiu była, jego zdaniem, wynikiem ćwiczenia w licznych zbrodniach, a nie przygotowania i przyswojenia sobie techniki anatomicznej.

12) Ben-Ali, Arab, zwany Frenchy, zadławił w Nowym Jorku podeszłą już wiekiem kobietę, znaną z opilstwa i oddającą się prawdopodobnie nierządowi przeciwnemu naturze. Na brzuchu zwłok po lewej stronie stwierdzono ranę 24 ctm. długą, kończącą się w pachwinie, przez którą wypadły jelita na zewnątrz, po prawej zaś stronie ranę kłótą, 4 ctm. długą. Krezka była przecięta na przestrzeni 40 ctm. Na tylnej powierzchni bioder były dwie rany, złożone w literę X. Na prawo od linii środkowej ciała miało jedno ramię tej rany 27 ctm. długie kształt sierpa. Na tylnej powierzchni ciała kilka ran tak do siebie zbliżonych, że zdawały się być jedną raną. Biorąc je za jedną ranę, należało uważać za jej początek część powyżej pachwiny, przenikającą otrzewnę, przechodzącą na prawo przez prostnicę, i kończącą się powyżej i na prawo od kości ogonowej. Długość tej rany 17 ctm., głębokość 11 ctm. Narzędzie tnące wniknęło w jamę miednicy i przecięło mięśnie pośladka. Nadto dwie rany, przedzielały kość ogonową, jedna rana powierzchowna biegła od pępka ku lewemu udu, licząc 18 ctm. długości, druga również powierzchowna, o tym samym kierunku, $12^1/_2$ ctm. długa, tworzy z poprzednią literę X. Nadto wreszcie dwie powierzchowne rany powłok brzucha. Dwie części trzew były oddzielone, z tych jajnik lewy znaleziono na łóżku ofiary, resztę znaleziono wśród krwi, którą łóżko było zbroczone. Rany te były zadane wyszczerbionym nożem przed lub w czasie zagardlenia. Na drzwiach, wiodących do pokoju i na podłodze koło łóżka, były krwawe ślady rąk i stóp. Sprawca miał na swych powłokach wytatuowane krzyże.

13—14. Jesse-Pommeroy, zwany katem dzieci (boytorturer), jako 31 letni mężczyzna, skazany w Stanach Zjednoczonych na dożywotnie więzienie, dopuszczał się zbrodni sadystycznych już od 12 roku życia; w tym bowiem czasie zwabił kolejno 7. małych chłopców na pustkowie, tu kazał im się rozebrać, poczem ich biczował i wrzucał do bagna. Pewną małą dziewczynkę, wprowadziwszy do piwnicy, pozbawił życia przez poderżnięcie szyi, poczem zwłoki jej ukrył za klozetem, przysypał je popiołem i kamieniami. Zwłoki znaleziono w stanie znacznego rozkładu z przeciętemi z przodu sukniami i z przeciętemi powłokami brzucha, począwszy od szpary sromowej. Tenże sam sprawca poderżnął małemu chłopcu szyję, a nadto zadał mu w chwili konania kilka ran kłótych. Moszna tej ofiary były rozcięte, toż samo koniec prącia. W przesłuchaniu bronił się obwiniony tem, że czyny te były u niego wynikiem wewnętrznego, niepokonalnego przymusu.

15—16. Piper, zwany rozbijaczem głów (the brainer), 30-letni, żonaty, miłego wejrzenia, bez zarostu na brodzie, zakrystyan pewnego kościoła, zabił 28-letnią kobietę i małą dziewczynkę. Obu roztrzaskał czaszki pałką. Przy sekcyi nie wykazano żadnego śladu obrażeń na częściach płciowych. Natomiast na bieliźnie schwytanego sprawcy znaleziono ślady wylanego nasienia. Przesłuchany oświadczył, że pobudką do obu zbrodni była „lubieżność o cechach najwstrętniejszych“.

Strassmann[52]) zamieszcza 3 przypadki: 1) W przypadku Bischoffa zbrodniarz upoił alkoholem (1·65 grm. absol. alkoh. wydobyto przy chemicznem badaniu treści żołądka) 6-letnią dziewczynkę, następnie ją obnażył, usiłował z nią spółkować, a nie mogąc tego dokonać, rozdarł jej srom rękami, aby zaś stłumić jej krzyk, wcisnął jej w usta kamień. Teraz, gdy poraz wtóry usiłował dokonać zhańbie-

[52]) Lehrb. l. c. str. 96, 100, 384, 101.

nia, został schwytany. Dziecię już nie żyło. Sekcya wykazano obecność w gardle kamienia, znamiona śmierci z uduszenia, otarcia i sińce na twarzy, bezkrwawe złamanie lewej kości udowej na granicy przyrostka (przez nastąpienie nogą sprawcy przy powstawaniu z ofiary?), ranę dartą od łechtaczki aż do kiszki stolcowej, ranę w pochwie kształtu trójkąta, przez którą komunikuje światło pochwy z światłem odbytnicy. Sprawca przyznał się do czynu i uległ karze dożywotniego więzienia. 2) Berlińska prostytutka Nitsch, otrzymawszy 3 kłóte rany w szyję, z których jedna przeniknęła połyk, zmarła wskutek uduszenia się aspirowaną krwią. Po jej śmierci rozciął jej sprawca brzuch od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, rozdzielił spojenie łonowe, przecinając je aż do przedsionka pochwy, następnie wyciął macicę wraz z przydatkami i górnym odcinkiem pochwy. Sprawcę schwytano w r. 1896. 3) Małą dziewczynę, której zwłoki okazywały ślady dławienia, zgwałcił sprawca, a następnie zadał jej w szyję ranę kłótą 7 ctm. głęboką, 3 ctm. szeroką (nóż użyty był 8 ctm. długi, $1^1/_2$ ctm. szeroki), przenikającą lewy zginacz głowy, przechodzącą na prawo za krtań, naruszającą przełyk i chrząstkę obrączkową.

Kölle[53]) opisuje: 23-letni parobek zapija się w towarzystwie prostytutki do późnej nocy, potem uczuwszy popęd do zabicia jej, dławi ją, zadaje 3. rany kłóte w szyję, na koniec kolanami uciska jej klatkę piersiową, rękami zaś szyję. Na krótki czas przed powyższym czynem podpalił szopę, uczuwszy ku temu popęd. Forel wykazawszy u sprawcy znamiona zwyrodnienia moralnego, uznaje go mimo to za poczytnego, wobec czego zasądzony na dożywotnie więzienie.

Guicciardi i Lo Stesso[54]): 27-letni leśniczy zabija w nocy wśród lasu sosnowego zapomocą kija, kamienia i noża swego towarzysza podróży. U sprawcy wykazano znieczulenie poczucia moralności, „satyriasis“ z popędem homoseksualnym sadystycznym.

Nina Rodriguez[55]) z Brazylii zestawia 3 przypadki: 1) sprawa Pontes-Visgueiro. Szanowany, 60-letni sędzia, Pontes-Visgueiro, dotknięty zdradą swej utrzymanki, 15—18-letniej prostytutki, Maryi de Conceiçad, usypia ją chloroformem, potem zadaje jej dwie rany kłóte, jedną w prawą stronę klatki piersiowej, drugą przenikającą prawą komorę serca, wreszcie rozcina jej powłoki brzuszne w linii białej w długość na 10 ctm., począwszy od wyrostka mieczykowatego, okrężnie podrzyna jej szyję i rozczłania kończynę dolną prawą w stawie kolanowym. Miał wspólnika. Sam był głuchym, gwałtownym i pod względem płciowym nieumiarkowanym. Stanu umysłowego nie badano, zasądzono na dożywotnie galery. 2) Sprawa Marya de Macedo. Murzyn Tymoteusz, z zawodu murarz, który jako niewolnik jeszcze służył u lekarza, dotknięty do żywego brakiem wzajemności ze strony prostytutki mulatki, przybrawszy sobie dwóch pomocników (z tych jeden również zawiedziony w miłości do tej samej kobiety), pozbawia ją życia w ten sposób, że jeden ze wspólników podrzyna jej dwukrotnie szyję, potem Tymoteusz odcina jej głowę, przedudzia i kończyny górne z łopatkami, układa te części w kosz, owija go workiem i wrzuca do basenu wodotrysku. Sprawca, liczący lat 40, działał pod wpływem głośnego wówczas poprzedniego przypadku. W pochwie zabitej nie znaleziono nasienia. 3) Zbrodnia Récife. Uwodziciel młodych dziewcząt, mulat Manoël d'Assumption, zabija młodą dziewczynę Maryę Ioaquina, zadając jej nożem silny cios w okolicę pępka w chwili, gdy ona wyszedłszy z kąpieli, ubierała się w bieliznę. Następnie rozciął jej brzuch małym nożem i piłką rozczłonił jej ciało na sztuki i, umieściwszy je w trzech workach, wrzucił do rzeki. Krew ofiary wlał do gnojówki. Sprawca żył w konkubinacie z zazdrosną o niego wdową, był miłośnikiem lubieżnej i zdolnej natchnąć go do takiej zbrodni lektury. Asymetrya twarzy, będąca wynikiem nawykowego skurczu mięśni jednej połowy twarzy, nadawała jego obliczu wejrzenie niezadowolenia i zaciętości. (C. d. n.)

[53]) Gerichtlich-psychiatrische Gutachten Stuttgart. 1890.

[54]) Assassinio per volutta i Ulteriori considerazioni su di un caso di assassinio per volutta. *Refer. w Giornale di med. leg.* 1898. str. 248.

[55]) Des conditions psychologiques du dépeçage crim. *Arch. d'anthrop. crim.* 1898. T. 13. str. 10.

IV. Uwagi do artykułu Dra Teofila Zalewskiego p. t.: Nowy przyrząd do operowania polipów usznych.

Podał

Docent Dr. Aleksander Baurowicz.

Wychodząc z zasady *suum cuique*, a w danym razie z pewnego poczucia obowiązku, zwrócić muszę uwagę czytelników *Przegl. Lekar.*, że podany przez Dr. Zalewskiego przyrząd do operacyi polipów usznych (p. *Przegl. Lekar.* Nr. 36), nie jest przyrządem Schröttera, lecz Pieniążka, chociaż z tego względu nie można robić dr. Zalewskiemu żadnego zarzutu, gdyż w literaturze wyraźnej notatki o tem niema, a jedynie modyfikacya ta Pieniążka została uwidoczniona w cenniku firmy H. Reinera w Wiedniu. Dr. Z. pisze, iż przyrząd jego „nie jest niczem innem, jak odmianą przyrządu Schröttera, używanego do operacyi polipów krtaniowych“, a tymczasem właściwa dobra strona tego przyrządu jest pomysłem Pieniążka, który jeszcze przed 20 laty pincetę Schröttera, względnie Türcka, o brzegu ząbkowanym, zmienił na pincetę o brzegach ostrych. Ta bardzo ważna zmiana pincety Türcka ma doniosłe znaczenie w technice operowania polipów krtaniowych i jest zasługą Prof. Pieniążka. W cenniku firmy H. Reinera w Wiedniu, gdzie i swój przyrząd Dr. Z. kazał sporządzić, czytamy pod Nr. 3666 następujące słowa: „Dieselbe (to znaczy Pincette) nach Pieniążek, mit scharfschneiden Rändern“, a uderzyć musi przytem każdego poprawność pisowni nazwiska, co było wynikiem mojej u Reinera jeszcze w r. 1892 interwencyi.

Dalej, przyrząd Dr. Z., choć to nie jest wspomniane, różni się też ujęciem, gdyż trzonek, jaki Dr Z. zastosował do skróconej przez niego pincety Pieniążka, jest trzonkiem podanym przez Krausego do jego podwójnych skrobaczek.

Teraz jeszcze parę uwag co do techniki operowania polipów usznych: niewątpliwie pętla jest bardzo odpowiednim przyrządem; ale obok niej mamy właśnie do guzów małych, oprócz łyżeczki ostrej, nożyk pierscieniowaty Politzera, o ujęciu nie prostem, ale pod kątem rozwartym (trzonek Politzera); przyrząd znakomity, operuje się nim niezwykle zgrabnie i dokładnie, pod ciągłą kontrolą wzroku, mogąc nim równocześnie, jak się wyraża Dr. Z., resekować miejsce, z którego polip wychodzi. Zgrubienie płaskie operuje się bardzo dobrze łyżeczką ostrą, a jedyne miejsce, gdzie łyżeczką operuje się mniej wygodnie, jesi wewnętrzna ściana jamy bębenkowej. t. z. *promontorium*. Tu uciekać się trzeba do przyżegania chemicznego, względnie elektrycznego; osobiście nie będąc bardzo tego sposobu leczenia zwolennikiem, używam przyrządu działającego ostro, mianowicie kleszczyków Hartmanna, pomyślanych dowcipnie, a zaletą ważną tego przyrządu jest zajmowanie stosunkowo mało miejsca tak, iż operuje się nim prawie pod kontrolą wzroku. Wreszcie inne kleszczyki podali Urbantschitsch, Jacobson, Politzer, Lange, a wartość każdego z tych przyrządów zależy też wiele od przyzwyczajenia osobistego. Pincety Pieniążka w jej pierwokształcie krtaniowym, notabene odpowiedniej wielkości, z zachowaniem nawet jej podwójnej krzywizny, która i tu okazała się bardzo praktyczną, i o ujęciu Schröttera, używałem przed laty nieraz do operacyi polipów usznych, ale zawsze zasłaniałem sobie przyrządem pole widzenia, co jest wadą zresztą wszystkich kleszczyków usznych. Skrócenie, zrobione na pincecie Pieniążka, wcale rzeczy nie zmienia, a uważając kleszczyki wogóle za przyrząd najmniej odpowiedni do opero-

wania polipów usznych, ze względu zasłonienia sobie pola widzenia, nie mogę jej zalecić więcej, jak który z wymienionych kleszczyków, zwłaszcza Hartmanna.

Natomiast pinceta Pieniążka o podwójnej krzywiźnie i o ujęciu Schröttera, jest przyrządem idealnym do operacyi polipów krtaniowych; operuje się nią zgrabnie, delikatnie, do grubszych zaś rzeczy i do operacyi na tylnej ścianie krtani nadaje się bardzo podwójna skrobaczka o ujęciu Krausego, gdyż to ostatnie jest mocniejsze od ujęcia Schröttera, obok ostrych kleszczy Jurasza, Mackenziego, lub podobnych.

V. Wyciągi.

Pel (Amsterdam): **Etyologia i leczenie wiądu rdzenia pacierzowego.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 29 i 30, 1900). Już doświadczenia kliniczne i dowody anatomo-patologiczne wykazują prawie na pewno, że wiąd rdzenia pacierzowego powstaje skutkiem działania jakiegoś we krwi krążącego jadu, za czemby przemawiały symetryczne zwyrodnienia komórek nerwowych w miejscach, znacznie od siebie odległych, i odpowiednie temu objawy, jak znamienna bolesność kończyn, zaburzenia ze strony ócz i narządu moczopłciowego. Wobec tego można przypuścić, że przyczyna choroby tkwi w całym ustroju, a nie, jak Virchow twierdzi, że wiąd jest chorobą miejscową; z tem łączą się i przyczyny uboczne n. p. różnego rodzaju nadużycia, zaziębienie, urazy, nadmiar pracy, choroby zakaźne i t. d. Dawniej przypuszczano, że tylko nadużycia płciowe są przyczyną wiądu, natomiast Leyden i Goldscheider twierdzą, że najczęstszą i najważniejszą przyczyną jest zaziębienie. Doświadczenie atoli codzienne sprzeciwia się temu; — właśnie ci ludzie najmniej zapadają, którzy najwięcej są narażeni na zmiany atmosferyczne n. p. wieśniacy. Urazy zaś mogą tylko pogorszyć już istniejący, ukryty wiąd rdzenia; wątpliwą wreszcie jest rzeczą, czy wstrząśnienie nóg przez szycie na maszynie można także zaliczyć do tych przyczyn. Według Fourniera i Erba ma być kiła najczęstszą przyczyną wiądu; wogóle u największej części klinicystów wyrobiło się mniemanie, że kiła odgrywa wybitną rolę między przyczynami wiądu, niektórzy nawet (Möbius) twierdzą, że kiła jest bezwzględnie zawsze przyczyną, *conditio sine qua non*. Z drugiej znów strony istnieją autorzy z Leydenem na czele, którzy powątpiewają o związku kiły z wiądem. Statystyka wykazała, że $^2/_3$ tabetyków przechodziło kiłę, wreszcie także zasługuje na uwagę to, że wiąd pojawia się najczęściej w tych sferach, gdzie i kiła (wojskowi, kupcy i t. d.); nie ulega tedy wątpliwości, że musi istnieć pewien związek między temi cierpieniami.

Co się tyczy leczenia wiądu, to z powyższego wynikałoby, że najlepszym środkiem zapobiegawczym byłaby wogóle staranna uwaga na higienę układu nerwowego, a w szczególności ochrona przed zakażeniem kiłowem. Z środków aptecznych winna być rtęć stosowana w następujących przypadkach wiądu: 1) gdzie istnieją jeszcze znamiona kiły; 2) jeśli obraz kliniczny wiądu przedstawia inne szczególniejsze właściwości (przypadek atypowy), przy typowym zaś wiądzie rtęci nie należy stosować; 3) jeśli wiąd rozwija się już w kilka lat po kile. W przypadkach z objawami poraźnymi skutecznie działa jodek potasu, a strychnina (podskórnie) wskazaną jest tam, gdzie występują zaburzenia ze strony narządu moczo-płciowego lub żołądka. Również dobre usługi oddają elektryczność, mięsienie, kąpiele ciepłe — i wreszcie metodyczne ćwiczenie ruchów niezbornych.

Dr. Henryk Pisek.

Ballin: **O opatrywaniu pępowiny podług Martina.** (*Centralblt. für Gynäk.* Nr. 20, 1900). Autor przedsięwziął na klinice położniczej Winckla kolejno na 50 noworodkach doświadczenia porównawcze ze sposobem opatrywania pępowiny, podanym przez Martina i sposobem, stosowanym w klinice Winckla. Podczas gdy Martin po pierwszem podwiązaniu pępowiny i pierwszej kąpieli zakłada na pępowinę na granicy jej ze skórą podwiązkę jedwabną, a następnie pępowinę w oddaleniu 1—1$^1/_2$ ctm. zapomocą rozpalonych nożyc (żelazka do przypalania włosów) przepala i opatruje aseptycznie; to na klinice Winckla podwiązuje się pępowinę w odległości 7 ctm. od pępka, zasypuje ją proszkiem, zawierającym mączkę i kwas salicylowy i opatruje watą, przyczem dziecko codziennie się kąpie. Porównując wyniki obu sposobów opatrywania, przekonał się autor, że wprawdzie sposób Martina ma wyższość nad sposobem drugim, pępowina bowiem nieco wcześniej odpada, a i odsetek przypadków z nieprawidłowym przebiegiem (takim nazywa zaczerwienienie się skóry w okolicy pępka, gnicie pępowiny, krwawienie następowe i t. p.) jest mniejszy, korzystniejsze te wyniki przypisuje jednak autor głównie skróceniu pępowiny, która szybciej zasycha i oddziela się; mniej zaś korzyści przypisuje podwiązce jedwabnej, która jako ciało obce, mające własności sączkowania (drenowania) może, zanieczyszczając się w kąpieli, raczej sprowadzić szkodliwe skutki, jak n. p. zakażenie lub gnicie; tak samo odmawia autor i przepalaniu pępowiny zdolności zapobiegania krwawieniu następowemu, sam bowiem po przepalaniu pępowiny miał sposobność widzieć ziejące światła naczyń, a przepalanie pępowiny ma tę niedogodną stronę, że łatwo dziecko przy nagłym ruchu może uledz oparzeniu.

Z tych wszystkich względów nie uważa autor sposobu Martina za postęp w sprawie opatrywania pępowiny.

Dr. Ludwik Friedmann.

Müller (Würzburg): **O obłożonym języku u zdrowych i chorych.** (*Münch. med. Woch.*, Nr. 33, 1900). Liczne badania wykazały, że „obłożenie" języka u osobników zdrowych zależy wyłącznie od rozrostu kosmków, ułożonych na brodawkach włosowatych *(papil. filiformes)*, — rzeczywiste zaś naloty, znachodzące się na języku, odgrywają podrzędną rolę, ponieważ ścierają się z języka spożywaniem pokarmów. Wielkość wspomnianych kosmków jest różna i podlega, odpowiednio do wieku, różnym wahaniom. Tak n. p. u dzieci zdrowych i w pierwszych latach życia rzadko się napotyka tego rodzaju „obłożony" język, natomiast bardzo często u dzieci starszych i u zdrowych dorosłych. Co się tyczy chorych, to staranne spostrzeżenia dowiodły, że obłożenie języka daleko częściej się pojawia wśród przebiegu chorób ostrych bez względu na to, czy one zajęły pierwotnie przewód pokarmowy, czy nie, — o wiele zaś rzadziej w cierpieniach przewlekłych tego narządu. Pod względem drobnowidowym nalot językowy nie wykazywał prawie różnicy w różnych chorobach, jedynie przy raku żołądkowym i gruźlicy płuc można było napotkać tak znaczną ilość ciałek białych (leukocytów), że trudno przypuścić, by to było przypadkowe tylko zjawisko.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. Wł. Reiss: **O zrogowaceniu mieszkowem** *(keratosis follicularis)* **w przebiegu choroby Dariera**. (*Pam. wydany na jub. prof. E. Korczyńskiego*). W jednym przypadku choroby Dariera badał autor histologicznie skórę w miejscach zmienionych i przyszedł do wniosku, iż znajdowane przez Dariera ciałka, które on uważa za pasorzyty, należące do gromady sporozoów, są tylko zwyrodniałemi jądrami komórek przybłonkowych. Mają one różne wymiary, tam zaś, gdzie jądra komórek w dolnych warstwach warstwy Malpighiego są małe, tam i ciałka owe są bardzo nieznacznych rozmiarów.

Dr. Latkowski.

Boas (Berlin: **Objawy i rozpoznanie** *colitis membranacea.* (*Deut. med. Woch.* Nr. 33, 1900). Cierpienie to, — występujące najczęściej (80—90%) u kobiet, u których istnieją także zmiany w położeniu narządów brzusznych, zagięcia i zrosty jelitowe, — może być albo samoistne, albo powikłane innemi zmianami w kiszce grubej. Znamienną cechą tej choroby są błoniaste twory, odchodzące z wypróżnieniami, połączonemi często z kolką jelitową; niemniej znamiennym objawem większości przypadków bywa nawykowe zaparcie stolca naprzemian z biegunką, mogące trwać całymi miesiącami, a nawet latami. Dołączają się do tego przypadłości ze strony układu nerwowego i zaburzenia w odżywieniu, jako następstwo upośledzonego łaknienia. Rozważywszy więc powyższe objawy, a wykluczywszy *colitis membranacea artificialis*, która się pojawia bardzo często po wlewaniach roztworów ściągających (garbnik, octan ołowiowy i t. d.), rozpoznanie łatwo ustalić. Cierpienie to jest przewlekłe i zależy wielce od stopnia zwiotczenia jelit dotyczącego osobnika.

Dr. Henryk Pisek.

Doc. J. Wiczkowski: **Kilka słów o zapaleniu gruźliczem otrzewnej.** (*Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Chory, pochodzący z rodziny zdrowej i do 25 roku zupełnie zdrowy, zapadł na objawy niedrożności kiszek, które usunięto przez operacyę, powtórzyły się po 4 miesiącach. Wynik drugiej operacyi był niepomyślny. Powodem niedrożności w tym przypadku były 2-krotnie postronki tkanki łącznej, spowodowane plastycznem zapaleniem gruźliczem otrzewnej. Autor podnosi w tym przypadku brak dziedziczności, wygojenie sprawy gruźliczej w płucach i niewielką ilość gruzełków gruźliczych na otrzewnej, które dały powód do bujania tkanki łącznej i tworzenia się postronków, będących powodem niedrożności jelit.

L

Loewenfeld (Monachium): **O nerwowych zaburzeniach w zakresie splotu ramieniowego w dusznicy bolesnej** *(angina pectoris)*. (*Münch. med. Woch.*, Nr. 32, 1900). Na podstawie ścisłych badań i dotyczącego piśmiennictwa dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Podczas napadu dusznicy bolesnej mogą wystąpić nerwobóle o różnem natężeniu w zakresie lewego splotu ramieniowego; bólami tymi może się pojedynczy napad rozpocząć, a nawet mogą

one go przetrwać. 2) Nerwoból ramieniowy może także — obok dusznicy bolesnej — istnieć samodzielnie. 3) W ostatnim wypadku nie ma związku przyczynowego między obydwoma cierpieniami — w każdym jednak razie wywierają one na siebie wzajemnie wpływ niekorzystny. Nerwoból ramieniowy może mieć swą przyczynę w samych nerwach, albo też (podobnie jak dusznica) w ustrojowem schorzeniu serca, — to drugie jednak nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzone. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. A. Most. **Przyczynek do topografii i etyologii ropni gruczołowych pozapołykowych.** (*Archiv. Langenbecka,* T. 61, Z. III). Autor rozróżnia 2 gromady gruczołów w połyku: 1) nieregularne i maleńkie gruczoły, niestałe co do ilości (*gl. retropharyngeales sensu strictiori*) i 2) gruczoły pozapołykowe boczne (*gl. pharyngeales laterales),* usadowione na wewnątrz od tętnicy dogłowowej wewnętrznej, tuż przed wejściem jej do przewodu tętnico-szyjnego (canalis caroticus). Osobną wreszcie gromadę stanowią gruczoły rozłożone wzdłuż żyły szyjnej na mięśniach pochyłych (seuleris). Gruczoły te zbierają limfę z całego przełyku, z wnętrza nosa i jam sąsiednich, a najprawdopodobniej także i z ucha zewnętrznego. Przy wszystkich zatem sprawach zapalnych i nowotworowych w tych okolicach zwracać należy baczną uwagę na wymienione tu gruczoły. *Herman.*

Doc. Hecker (Monachium). **Przypadek ciała obcego w lewem oskrzelu.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 33, 1900. Na salę chorych przyjęto 6½ letniego chłopca z następującemi wywiadami: dyszlem ręcznego wózka został chłopiec ten uderzony w okolicę mostka. Obecna przy tym wypadku matka zauważyła wielką trwogę, malującą się na twarzy dziecka i sinicę, poczem jednak chłopiec ocknął się i przyszedłszy do siebie skarżył się jedynie na bolesność w miejscu uderzenia. Ponieważ objawy z dnia na dzień się zmieniały, rozpoznanie wahało się między przewlekłem zapaleniem płuc, połączonem — być może — z otorbionym otokiem, a otorbioną wentylacyą, odmą piersiową (abgesackter Ventilpneumothorax). Skoro następnie pojawiła się także cuchnąca plwocina, zwrócono uwagę i na zgorzel płuc, tłómacząc rozpoznanie w sposób następujący: skutkiem uderzenia przyszło do urazowego zapalenia płuc, które pociągnęło za sobą wytworzenie się ropnia i zgorzel płuc. Inne towarzyszące objawy (szmery metaliczne, bębnica klatki piersiowej) tłómaczono, jako otorbiową odmę piersiową. W śród obrzęku płuc, wysokiej ciepłoty i zapadu, chłopiec życie zakończył, a sekcya wykazała między innemi, że światło lewego oskrzela jest zamknięte kawałkiem ołówka 21 mm. dł., i że w lewem płucu rozwinęła się zgorzel. Jasną tedy rzeczą, że nie uraz stał się przyczyną jednostronnej zgorzeli płuc, lecz że ołówek — znajdujący się w chwili urazu w ustach chłopca — został skutkiem urazu prądem powietrza (aspiracya) porwany i utkwił najprzód w krtani, wywołując uczucie trwogi i sinicę, które ustąpiły, skoro ołówek wpadł głębiej do lewego oskrzela. Według Fronz'a ciało obce dostawszy się do oskrzeli wywołuje następujące objawy: wstrząs (shock) duszność (*dyspnoe*) poczem stan względnie dobry i kaszel. Przedmiotowo: upośledzenie ruchów klatki piersiowej po jednej stronie czasami furczenia i objawy dychawicy; gdy ciało obce pozostaje dalej w oskrzelach, wówczas wytwarza się ropne zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, otok opłucnowy, ropnie lub gruźlica: Oczywista, że dokładne wywiady mogą znacznie rzecz wyjaśnić. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mączka Kufeka dla dzieci wyrabiana w fabryce przetworów odżywczych dyetetycznych R. Kufeka w Hamburgu przedstawia proszek delikatny żółto-brunatny, smaku słabo słodkawego, przypominającego słód. Według odnośnych badań ma zawierać związki azotowe i bezazotowe odżywcze w stosunku 1: 4·5, a więc w stosunku analogicznym jak w mleku kobiecem. Badania mikroskopowe i mikrochemiczne przeprowadzono przez Bernheima wykazały, iż mączka ta wolną jest od niezmienionej skrobi, która działaniem diastazy roślinnej w kiełkującem ziarnie zamienioną została na rozpuszczalną dekstrynę i cukier gronowy. Mączka Kufeka zarobiona z wodą i gotowana tworzy cienki rozczyn, który łatwo się miesza z mlekiem krowiem dając w ten sposób pokarm dla dzieci stosowny. Badania wykonane w tej mierze przez lekarzy praktycznych jak n. p. Drewsa, Biederta, Bernheima, Gräbnera, Eschericha, Epsteina i innych, którzy stosowali tę mączkę u niemowląt w pierwszych tygodniach życia, jako też u dzieci po wyżej jednego roku, wydały wyniki bardzo zachęcające do stosowania tej mączki u dzieci z ostrym lub przewlekłym nieżytem jelit, w dyspepsyi i t. p. Epstein streszcza wyniki swoich doświadczeń w ten sposób:

1. Oseski, jak i dzieci starsze chętnie spożywają mączkę jeśli stósownie do wieku ich i indiwidualności zmieszaną zostanie odpowiednio z mlekiem wyjałowionem. Dawka pojedyncza wynosi ⅓—1 łyżeczki kawowej mączki.

2. Podawanie mączki Kufeka nie sprowadziło ani razu nieżytu żołądkowego, a owszem spowodowało, iż przy wyłącznem podawaniu mączki istniejące nieżyty w przeciągu 1—3 dni ustępowały. W takich przypadkach, gdzie mamy do czynienia z nieżytem żołądka, nie należy podawać żadnego innego pożywienia lub napoju z wyjątkiem herbaty z koniakiem, ale także mączki Kufeka nie podawać często, lecz w odstępach 4—6 godzinnych.

3. Autor również nie spostrzegał pojawienia się nieżytu jelit u dzieci żywionych mączką Kufeka, a nieżyty tego rodzaju, których nie zdołano usunąć środkami leczniczemi ustępowały rychle po stosowaniu pokarmu z mączki przyrządzonego.

4. Ciężar ciała przy odżywianiu mączką Kufeka szczególnie przyrządzoną z mlekiem wzrastał nadzwyczajnie.

Dr. Ig. L.

Kołaczyki (tabletki) z Tannigenu puściła w obieg fabryka Bayer i Ska. Kołaczyki posiadają te zalety, że przetwór tannigenu do nich użyty jest bezwzględnie czysty, nadto, że są łatwiejsze w użyciu i tańsze od proszków. *R.*

VII. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

IV.

Na pytanie, o ile i czy wogóle urządzenia sanitarne monachijskie, które tyle kosztowały i miały do pokonania tak liczne trudności techniczne, wpłynęły w odpowiednim stopniu na poprawę stosunków zdrowotnych w Monachium, odpowiedzieć musimy twierdząco. — Posiadając odnośne źródła, pragnę się nad tem bliżej zastanowić, a rozpatrywać zacznę sprawę od cholery, która tu dla miasta stała się dobrodziejstwem. Twierdzenie nieprawdopodobne, zdawałoby się, a jednak łatwo je udowodnić. Jeźli jakieś zło społeczne n. p. alkohol, jeźli jakaś choroba n. p. gruźlica, dur brzuszny „pobiera dziesięcinę z życia ludzkiego systematycznie, powoli, ale bez przerwy, przyzwyczajamy się do tego i albo złe uważając za konieczne nie staramy się mu wcale zaradzić, albo słysząc od czasu do czasu pojedyncze głosy“ nawołujące do walki ze złem, nie zwracamy na nie uwagi, biorąc sprawę za mało ważną. Niech się jednak pojawi nagminnie choroba, jak cholera, która w przeciągu krótkiego czasu zabiera tysiące lub tylko setki ofiar, to chociaż śmiertelność z niej ze względu na rzadkość jej pojawienia się (raz na kilkadziesiąt lat) wcale nie jest odsetkowo wygórowaną, podnosimy wielką wrzawę, szukamy przyczyny złego i staramy się o poprawę stosunków, która potem oddaje nam usługi tam, gdzieśmy się o nie nie starali. — Tak było w Monachium, tak jest i gdzieindziej.

Cholera w tem stuleciu nawiedziła Monachium trzy razy z następującym przebiegiem:

	Czas trwania	Liczba mieszkańców	Śmiertelność w ogólności	na 1000 mieszk.
1836/7	4 miesiące	80.000	918	11·5
1854/5	10 „	100.000	2761	27·6
1873/4	10 „	182.000	1465	8·0

Na uwagę zasługuje przedewszystkiem cholera z lat 1854/55 ze względu na znaczną śmiertelność i dlatego, że ta właśnie epidemia była powodem poprawy stosunków sanitarnych w mieście. Badania nad nią przedsięwziął Pettenkofer, a pracę rozpoczął od założenia księgi, w której skrzętnie notował każdy przypadek wraz z oznaczeniem ulicy

i numeru domu, w którym przypadek ten zaszedł. Żadna może miejscowość nie nadawała się tak dobrze, jak Monachium, do badania, jaki wpływ wywiera woda do picia na rozszerzanie się cholery. — Miasto bowiem posiadało wówczas, jak nadmieniłem, 11 zakładów wodociągowych, pobierających wodę w rozlicznych miejscach i w rozmaity sposób, oraz mnóstwo zwykłych studzien. — Otóż porównując swą księgę z urzędowymi wykazami zaopatrywania w wodę ulic i domów doszedł Pettenkofer do wniosku, że w tej epidemii woda do picia zupełnie żadnej roli nie odgrywała, żadnego bowiem związku pomiędzy rozszerzaniem się choroby, a zaopatrywaniem w wodę pojedynczych domów nie mógł wykazać. Wykazał za to rzecz inną: W roku 1854 w t. zw. „Glaspalast“ pomieszczona była wystawa przemysłu niemieckiego, którą dozorowało 500 osób. Pomiędzy tymi dozorcami, mieszkającymi przy najrozmaitszych ulicach, już 25 lipca owego roku pojawiły się jedne z pierwszych przypadków cholery, która się też pomiędzy nimi szybko rozeszła. — Posługując się danymi ze swej księgi obliczył Pettenkoffer, że cholera zajęła 46% domów, zamieszkanych przez dozorców, a tylko 28% innych domów miasta. Stwierdził także, że największa śmiertelność z cholery wypadła w domach, zamieszkanych przez dozorców, na 19 i 20 sierpnia, a w innych domach na 23 i 24 tego miesiąca. Dlatego też powiada: „Ta okoliczność, że epidemia rozszerzała się gwałtowniej w domach, gdzie mieszkali dozorcy, że we wcześniejszych okresach epidemii nagle w tychże domach pojawiła się najwyższa śmiertelność, jest niezaprzeczonym dowodem, że ci ludzie rzeczywiście wywierali wpływ na rozszerzanie się i przebieg cholery“. Ale jeszcze jedną rzecz stwierdził Pettenkoffer na podstawie swej księgi; wykazał on mianowicie, że natężenie i przebieg epidemii inne były w miejscach suchych i wysoko położonych, a inne w wilgotnych i nisko położonych, szczególniej gdy te ostatnie posiadały grunt zanieczyszczony i niezdrenowany. Jednak już wówczas (1854) powiada: „Zastrzegam się najwyraźniej przed twierdzeniem, jakoby zanieczyszczenie gruntu mogło epidemię cholery wywołać, gdyż, gdyby tak było, to Monachium byłoby stałem źródłem i siedliskiem cholery; sądzę jednak, że to zanieczyszczenie jest dla jej rozszerzania się czynnikiem w wysokim stopniu korzystnym“. — To ostatnie spostrzeżenie Pettenkoffera dało powód do prac w kierunku asanacyi miasta, a dobroczynny ich wpływ najlepiej da się śledzić na przebiegu epidemii duru brzusznego.

Oto niektóre daty:

W latach	Liczba mieszkańców	Śmiertelność z duru w ogólności	Śmiertelność z duru na 1000 mieszk.
1865—1866	146000	444	3·00
1867—1870	159000	191	1·2
1871—1875	179000	276	1·5
1876—1880	214000	160	0·8
1881—1885	246000	42	0·2
1886—1890	296000	35	0·1
1891—1895	381000	23	0·1
1896	412000	14	0·03
1897	424000	23	0·05
1898	436000	14	0·03

Zanim przejdę do rozpatrzenia liczb i do wynikających z nich wniosków, chcę zwrócić naprzód uwagę na wyniki prac Bulla, które w wysokim stopniu teoryę „gruntową“ Pettenkofera popierają i właściwe na nią rzucają światło. — Badacz ten wspólnie z matematykiem Seidlem, zestawiając wykazy opadów deszczowych i stanu wody gruntowej ze śmiertelnością z duru doszedł do przekonania, że zachodzi pomiędzy niemi związek, a mianowicie, że stan wody gruntowej i opady deszczowe stoją w odwrotnym stosunku do śmiertelności z duru t. j. im wyższy stan wody gruntowej i obfitsze opady, tem mniejsze nasilenie epidemii i odwrotnie.

Przeciwnicy teoryi Pettenkofera, szukający etyologii duru wyłącznie w wodzie do picia, dopatrywali się w tem odkryciu dowodu na poparcie swych przekonań, rozumując w ten sposób: W czasach posuchy przy niskim stanie wody gruntowej zwierciadło wody w studniach opada, wody w nich jest mniej, wskutek tego przychodzi do większego skupienia bakteryi', a tem samem możliwość zakażenia jest większa. W odpowiedzi na te zarzuty polecił Pettenkofer ówczesnym swym asystentom Feichtingerowi i Wagnerowi badać przez szereg lat raz na miesiąc kilka studni, dostarczających wody do picia i z badań tych pokazało się, że o skupieniu zarazka mowy być tu nie mogło, gdyż woda ta właśnie przy niskim stanie była bez porównania czystsza, niż przy wysokim. Podobne doświadczenie zebrał lekarz wojskowy Port we wszystkich studniach koszarowych miasta Monachium i wobec tego wyraził się: „Cieszę się, ilekroć rozbiór wykaże w jakichkolwiek koszarach, że woda jest mniej czysta niż zwykle, gdyż wówczas zawsze nasilenie duru maleje“.

Rozporządzając takimi wynikami badań naukowych zastosowano je w praktyce, zaczęto pracować nad oczyszczeniem gruntu i praca ta została sowicie nagrodzona. W latach 1865/66 było wypadków śmierci z duru 3 na 1000 mieszkańców, w latach 1867/68 liczba ta spadła nagle do 1·3; jest to okres czasu, przypadający na doły kloaczne nieprzepuszczalne i kanały Zenettiego. W pięcioleciu 1875/80 liczba maleje do 0·8; ujawiać się tu zaczyna dobroczynny wpływ nowych kanałów Gordona. W latach 1881/85 liczba ta jeszcze raz nagle spada do 0·2; tutaj otwarcie rzeźni miejskiej, które nastąpiło w roku 1878, wykazuje swój wpływ. Od tego czasu śmiertelność stale zmniejszała się, aż wreszcie w roku 1898 wyniosła 0·03 na 1000 mieszkańców t. j. zmalała 100 razy w porównaniu z rokiem 1865/66.

Porównując ogólną śmiertelność w tymże okresie czasu znajdujemy w roku 1865/66, — 42·1, a w roku 1898—24·7 na 1000 mieszkańców; różnica więc na korzyść wynosi 17·4. Ponieważ na dur wypada z tego niespełna 3·0, więc śmiertelność z innych chorób zmniejszyła się również w tym okresie czasu i to okrągło licząc o 14 przypadków na 1000 mieszkańców. Dodatnia ta różnica ujawnia się przedewszystkiem w błonicy (1·3) w gruźlicy (1·7) i w chorobach oseskόw (6·1!), w mniejszym stopniu w innych chorobach. Że tu obok kanalizacyi i zaopatrzenia w wodę i inne czynniki wywarły wpływ dodatni, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Nie chcąc przekraczać ram korespondencyi poprzestaję na ich wyliczeniu: Zmiana ustawy budowlanej w kierunku, jeźli nie najidealniejszych, to przynajmniej kardynalnych wymogów hygieny; budowa rzeźni miejskiej z zaprowadzeniem surowego nadzoru mięsa i wszystkich innych środków spożywczych; powstanie zakładu dezynfekcyjnego i wreszcie powiększenie szpitali, budowa sanatoryów, łaźni publicznych i zaprowadzenie kas chorych z bardzo obszernie zakreśloną sferą działania. Ta ostatnia instytucya pozwala szerokim warstwom biedniejszej ludności korzystać z dostatecznie wczesnej i odpowiedniej pomocy lekarskiej.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

I. Sekcya pedyatryczna (c. d.).

Zestawił Dr. A. Kwaśnicki.

Drugi temat rozpraw w Sekcyi pedyatrycznej dotyczył: Zakażeń i zatruć żołądkowo-jelitowych u dzieci w najwcześniejszym okresie ich życia.

Escherich (Graz) sprawozdawca: *Rola drobnoustrojów w powstawaniu chorób żołądkowo-jelitowych u oseskόw: zakażenia i zatrucia pochodzenia zewnętrznego (ectogénes).* Z badań sprawozdawcy wynika, że rozwój laseczników w przewodzie pokarmowym, pomimo przypadkowego ich dostania się do pierwotnie jałowej smółki, ulega stałym prawom. Przyczyny tego faktu należy dopatrywać w stałości składu chemicznego pokarmu i treści przewodu pokarmowego oseska, w szczególnych warunkach roślenia

w środowisku przebywania drobnoustrojów, wreszcie w wpływie, który wywierają czynności życiowe ustroju. Flora prawidłowa w jelitach jest wyrazem i warunkiem ich sprawności czynnościowej; w warunkach prawidłowych flora ta jest w szerokiej mierze niezależną od liczby i rozmaitości wprowadzonych z pokarmami drobnoustrojów. Natomiast najmniejsze zamięszanie w składzie chemicznym treści kiszkowej, lub zaburzenia w warunkach wydzielania i chłonienia, dalej nieprawidłowości w stanie ogólnym ustroju i t. d. mogą wpłynąć ujemnie na florę jelitową do tego stopnia, że laseczniki przyrody odmiennej lub pochodzenia zewnętrznego (z pokarmami), mogą się w jelitach osiedlić i rozplenić. Właściwość mleka do łatwego psucia się, niedostateczna odporność żołądka u osesków na tego rodzaju zaburzenia, są powodem, że zakażenia takie mają wszelką, że się tak wyrazimy, łatwość do wystąpienia.

Szereg faktów, zaczerpniętych z zakresu epidemiologii, spostrzegania klinicznego, badań anatomicznych i doświadczalnych, przemawia za tem, że pojawienie się w przewodzie pokarmowym laseczników nowych, różniących się od prawidłowych, zwłaszcza gdy się ma do czynienia z lasecznikami, sprowadzającymi kiśnienie, lub działającymi chorobotwórczo na ustrój ludzki, — wystarcza do wywołania zaburzeń chorobowych. Nadto stósownie do własności biologicznych tych laseczników, zadziałać one mogą na pokarmy i inną treść przewodu pokarmowego i rozkładając je, wytworzyć zdrowiu szkodliwe substancye zakaźne; albo też laseczniki te stanowić same mogą czynniki bezpośrednie zakażenia, wywołujące sprawy zapalne w błonie śluzowej i prowadzące, po złuszczeniu się nabłonka jelitowego i do ogólnego zakażenia ustroju. Zdarza się niemniej, że jady, wytworzone poza ustrojem, zwłaszcza w porze upałów, dostawszy się do jelit wywołują objawy chorobowe. Ustrój dziecka, w ogóle tak wrażliwy na czynniki zakażające, ulega z nadzwyczajną łatwością wpływom chorobotwórczym, o których mowa.

A. B a g i ń s k i (Berlin) sprawozdawca: *Zapalenie żołądka i jelit u noworodków ze stanowiska anatomii patologicznej.* Wychodząc z anatomicznego punktu widzenia, dzieli B. choroby jelitowe na następujące kategorye: 1) *Zaburzenia czynnościowe*: ostra niestrawność (dyspesya) nie sprowadza zmian anatomicznych, a wyrażas ię przekrwieniem bł. śluzowej. Zaburzenia czynnościowe w przewodzie pokarmowym objawiają się: a) zmniejszeniem się wydzielenia soku trawiennego, b) kiśnieniem wśród czynności trawiennej, c) zmniejszeniem się zdolności wchłonnej: d) wymiotami i biegunką; e) zaparciem stolca i bólami kurczowymi.

Tym licznym objawom czynnościowym towarzyszą często zaburzenia ogólne, jak gorączka, znane objawy nerwowe, zmiany w moczu i td.

2) *Zmiany anatomiczne* — przyrody nieżytowej: a) nieżyt ostrawy niestrawnościowy sprowadza: przekrwienie i obrzmienie bł. śluzowej; naciek komórkowy tej błony; zaburzenia w wydzielaniu, wydzielina nieżytowa b) Nieżyt ostry, cholera dziecięca, powoduje złuszczenie i zniszczenie nabłonka żołądkowo-jelitowego na znacznej przestrzeni: dalej obrzęk i zziarnienie komórek gruczołowych, niemal ich obumarcie. Narząd mieszkowy (*follicularis*) często również podpada obrzmieniu i nacieczeniu. Zanik ogólny następowy jest przyczyną: usychania (athrepsie), znikania zupełnego gruczołów bł. śluzowej. Następnie występują zmiany anatomiczne umiejscowione w narządzie mieszkowym (*folliculitis*). Te zmiany w narządzie mieszkowym zdarzają się w przebiegu nieżytu, lecz mogą istnieć oddzielnie, samoistnie, jak to ma miejsce w zapaleniu jelit mieszkowem (*enterisis follicularis*), przyczem ciepłota bywa umiarkowana, parcie na stolec i bóle małe, wydzielina śluzowo-krwawa. Mieszki zazwyczaj ulegają nacieczeniu, wystają, zwłaszcza w jelicie grubem; bł. śluzowa również jest naciekłą, mieszki w dalszym ciągu ulegają zniszczeniu i wytwarzają ropnie, a bł. śluzowa obumiera na znacznej przestrzeni. W tak daleko posuniętej sprawie powstają chorobowe zaburzenia następowe w nerkach, płucach, wątrobie, uszach i td.

F. F e d e (Neapol) sprawozdawca: *Zakażenia i zatrucia żołądkowo-kiszkowe u osesków, studyum objawów i leczenia postaci przewlekłych.* Biegunka stanowi objaw dominujący, jest częstą i uporczywą; odmiany jej zależą od zbitości, wejrzenia, barwy, woni kału, od obecności w nim krwi, drobnoustrojów, od powstawania różnych wytworów, ich jadowitości i siły drażnienia. Dodać należy opadnięcie prostnicy. Co się tyczy żołądka, to tu występują wymioty, zaburzenia w chemizmie żołądkowym, kiśnienie i rozszerzenie tego narządu. Wybitnymi są objawy, wynikłe z ogólnego zakażenia jelitowego, jak niepokój, upadek sił i odżywienia, powikłania w narządach: oddechowym, gruczołowym, nerwowym, nerkowym i skórnym.

Najważniejszym czynnikiem leczenia jest higiena i dyeta: w okresie ostrym dyeta ściśle płynna, a karmienie sztuczne należy zastąpić piersią. Oczyszczenie i odkażenie przewodu pokarmowego osiągamy ol. rącznikowym, kalomelem, benzo-naftolem, przepłókiwaniem przew. pokarmowego rozczynem kw. borowego. Zbyt wielka biegunka wymaga użycia kw. mlekowego, solnego, bismutu, garbnika i t. d. Przypadłości nerwowe koimy kataplazmami, wilczą jagodą, makowcem, kąpielą. W razie zawodu należy stósować kąpiele aromatyczne, chininę, kofeinę, eter, piżmo, wreszcie wstrzykiwania podskórne surowicy sztucznej.

M a r f a n (Paryż) sprawozdawca: *Etyologia, zapaleń żołądkowo-kiszkowych u osesków.* Noworodek posiada przewód pokarmowy nie zupełnie wykształcony; tu leży przyczyna pewnej skłonności osesków do chorób tego narządu i wielkiej śmiertelności dzieci w pierwszych miesiącach- życia.

Względnie do przyczyn, zapalenia żołądkowo-kiszkowe dzieli Marfan na:

A) Zapalenia pochodzenia niestrawnościowego (pokarm niestósowny, za wcześnie podany, za obfity) bywają bądź z przekarmienia, bądź z zawczesnego odstawienia. W obu tych odmianach wystąpić mogą objawy zatrucia i samozakażenia wewnętrznego (endogènes).

B) Zapalenia żołądkowo-kiszkowe zakaźne pierwotne (*infections ectogènes*) są następstwem dostania się przez usta do przew. pokarmowego drobnoustrojów chorobotwórczych. Głównym nośnikiem zarazka jest mleko krowie. *Bacterium-coli*, łańcuszkowiec są tymi drobnoustrojami, które najsnadniej wywołują zapalenia zakaźne przewodu pokarmowego.

C) Zapalenia żołądkowo-kiszkowe powstają z zatrucia, jeśli do tego narządu dostają się przez usta trujące substancye chemiczne.

D) Zapalenia żołądkowo-kiszkowe, występujące następowo w przebiegu lub po przebyciu innych chorób (odra, błonica, grypa, kiła ustrojowa, zakażenie ustroju łańcuszkowcem i gronkowcem itd.

Działanie czterech wymienionych czynników może być poparte przez wpływy uboczne, jak upały, przeziębienie, ząbkowanie itd.

O d c z y t y: F. F e d e i J. G a l l o T o m a s s i (Neapol): prelegenci badali siłę odkaźną rozmaitych przetworów, podawanych chorym przez usta, a mianowicie: salol (0,05—0,10 naraz, dziennie 0,5—1,0); nalewkę jodową (10—15 kropel, względnie do wieku, w rozczynie gumiastym co 2 godziny po łyżeczce od kawy) i kalomel (0,01—0,03 na raz, do 0,12 dziennie). Wyniki tych badań streszczają prelegenci tak: w zakażeniach i zatruciach przewodu pokarmowego istotnie korzystnem jest podanie do wewnątrz leku odkażającego, w czem pierwszeństwo przyznają oni kalomelowi. Obliczając liczbę kolonij w hodowli, wytworzonych przez drobnoustroje przed i po podaniu środka odkażającego, stwierdzili prelegenci dodatni wpływ leku; raz np., po podaniu kalomelu liczba kolonij obniżyła się z 1,050 do 40. Prócz tego przekonali się oni, że po podaniu odkażających przetworów aptecznych łagodniała jadowitość hodowli, otrzymanych z kału.

T i s s i e r. *Etyologia zapaleń żołądkowo-kiszkowych.* Kliniczny fakt, że w zapaleniach żołądkowo-kiszkowych inaczej zachowuje się czynność trawienia u dzieci przy piersi, niż u dzieci odstawionych, potwierdza w całej pełni bakteryologia: 1) u dziecka, karmionego piersią flora kiszkowa wytwarza się jednostajnie. Po pierwszym okresie jałowym, drobnoustroje zakażają stopniowo przewód pokarmowy, spostrzega się tu koki, *b. coli* (odmiana zwyczajna), następnie *bacillus bifidus* i *bac. putrificus coli* Bienstocka. Ta flora prawidłowa pojawia się czwartego dnia po urodzeniu i pozostaje w tym stanie do odstawienia od piersi. Prawidłowa flora kiszkowa zawiera jednego aeroba w ścisłem słowa znaczeniu — *bacillus bifidus* i ograniczoną liczbę *bac. coli*, łańcuszkowca kiszkowego Hirsch-Libmanna i *bac. lactis aerogènes.* W stolcach dzieci przy piersi, cierpiących na zapalenie żołądkowo-kiszkowe, zachodzi zmiana w kształcie i stosunku pojedynczych rodzajów flory, a prócz tego powstają gatunki nowe, nie istniejące w kale prawidłowym. 2) Inną jest flora w kale dziecka, karmionego flaszką: po okresie jałowym następuje faza wzmagającego się zakażenia ostrego i przewlekłego, należącego u sztucznie karmionych osesków do flory prawidłowej, do której należą: *diplococcus griseus liquefaciens, bacillus minutus anaerobius.* 3) U oseska, żywionego pokarmem mięszanym flora zbliża się do tej, którą opisaliśmy u osesków, karmionych piersią. 4) Rola fizyologiczna tej flory kiszkowej nie jest ta sama dla różnych typów osesków. 5) Rola zaś patologiczna zależy od sposobu żywienia się. Głównym czynnikiem zapalenia przewodu pokarmowego zdaje się być zawsze zakażenie. Mała odporność osesków żyjących na flaszce zależy od stanu chemicznego treści kiszkowej, zawierającej zbyt wiele pierwiastków zaczynowych, oraz od małej odporności flory kiszkowej. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 13 września.

* Minister oświaty zamianował dla rygorozów lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim następującą komisyę: komisarzem rządowym starszego lekarza powiatowego dra Gustawa Bielańskiego, a jego zastępcą dyrektora szpitala św. Łazarza dra Stanisława Ponikłę; koegzaminatorem przy drugiem rygorozum lekarskiem prywatnego docenta dra Ludomiła Korczyńskiego, a jego zastępcą docenta Uniwersytetu dra Jana Raczyńskiego; egzaminatorem przy trzeciem rygorozum lekar. prof. dra Władysława Reissa, a jego zastępcą docenta dra Aleksandra Bossowskiego.

W Uniwersytecie lwowskim: komisarzem rządowym protomedyka dra Józefa Merunowicza, jego zastępcą inspektora sanitarnego dra Józefa Barzyckiego; koegzaminatorem przy drugiem rygorozum lekar. prof. dra Stanisława Bądzyńskiego, a jego zastępcą dyrektora szpitala św. Zofii dra Emila Merczyńskiego; koegzaminatorem przy trzeciem rygorozum lekar. prof. dra Włodzimierza Łukasiewicza, jego zastępcą docenta dra Wiktora Wehra.

* W II-gim kwartale b. r. na 84.869 mieszkańców m Krakowa zmarło osób 773. Największa liczba skonów przypada, jak zwykle i wszędzie, na gruźlicę (215), potem idą: zapalenie płuc (129), cholera dziecięca (39), dur brzuszny (9), błonica (9), płonica (4), krztusiec (2), odra (2), gorączka połogowa (2). Z duru osutkowego, ospy i czerwonki nikt nie umarł. Natomiast 15 osób zmarło na zakażenie przyranne: tu z konieczności przypuścić należy zaniedbanie się samych chorych, co tem więcej uderza, że Kraków posiada bardzo sprężystą organizacyę Towarzystwa ratunkowego, które we wszystkich przypadkach chirurgicznych spieszy z umiejętną pomocą. W porównaniu z II-gim kwartałem r. 1899 liczba małżeństw zmniejszyła się o 18, dzieci urodziło się więcej o 146, również liczba skonów zwiększyła się o 16.

* Organizacya lekarzy szkolnych w Charlottenburgu tak dalece postąpiła, że postanowiono stanowisko to stabilizować, a liczbę lekarzy powiększyć z 5 na 11. Podając tę wiadomość, »Wiener Mediz. Presse« wyraża życzenie, ażeby nad sprawą lekarzy szkolnych odbyła się u nas (t. j. w Wiedniu) dyskusya: w istocie trudno już mieć skromniejsze wymagania. Jeśli jednak »dyskusya« może mieć jakąś doniosłość i zrównoważyć czyn organiczny, to o ileż my tu w Krakowie prześcignęli Wiedeń, skoro u nas już przed paru laty odbyła się w Radzie miejskiej »dyskusya« na temat organizacyi lekarzy szkolnych, lecz na tem i koniec.

* Prof. Gustaw Braun opuszcza z d. 1 października stanowisko kierownika kliniki położniczej w Wiedniu, z powodu dojścia do lat zakreślonych ustawą. Na jego żądanie zaniechaną została myśl publicznego uczczenia zasług tego znakomitego uczonego profesora.

* Dzienniki zaznaczają, że w Wiedniu panuje zwiększający się z dnia na dzień dur, którego przyczyna do tej pory nie została wyśledzona.

* Władze sądowe w Wiedniu postanowiły urządzić przy więzieniu osobne biuro antropometryczne metodą Bertillona, a to w celu pomiarów, mających się wykonywać na osobach przestępców przez własnych urzędników.

* Inflanty posiadają 4 leprozorya, mogące pomieścić 280 trędowatych.

* W Paryżu powstało stowarzyszenie „Oeuvre philantropique du lait«, którego zadaniem jest dostarczanie klasom robotniczym niezbieranego i niefałszowanego mleka. Towarzystwo wydaje mleko surowe i wyjałowione; to ostatnie we flaszkach, noszących datę wyjałowienia, pobiera się go darmo lub za małe wynagrodzenie w składach Towarzystwa, a wrazie potrzeby donoszone bywa do domu. Korzystają z tego dobrodziejstwa tylko osoby, zaopatrzone w upoważnienie od zarządu.

* Nagrodę konkursową 4.000 Mk., ustanowioną przez Kongres przeciwgruźliczy w Berlinie za najlepszą pracę popularną o gruźlicy, przyznano dr. Knopfowi w New-Jorku. Rozprawę tę ogłosi Centralny Komitet niemiecki.

* Władza szkolna w Berlinie postanowiła urządzić kursa bezpłatne dla dzieci jąkających się, będących w wieku obowiązkowego uczęszczania do szkół.

* W Niemczech na 52,000.000 ludności zmarło w r. 1897 1,120.000 a mianowicie z gruźlicy płucnej 110.200; z błonicy 26,500; z krztuśca 21.600; z odry 11.000; z płonicy 6.800; z duru 6.000; z tężca 467, z wścieklizny 13; samobójstw było 10,700.

* Zakład dla pijaków, umieszczanych dotychczas w różnych szpitalach berlińskich i pozbawionych umiejętnej opieki, otwarto ze składek prywatnych w Berlinie. Zakład obliczony na 50 łóżek, zajmuje 170 morgów obszaru; leczenie trwać ma najmniej pół roku; nieuleczalnych pijaków zakład nie przyjmuje.

* W Berlinie utworzono na wzór Moskwy zakład dyagnostyczny; z wyłącznem przeznaczeniem na usługi lekarzy praktycznych. Zakład posiada wzorowo urządzone oddziały: bakteryologiczny, chemiczny, histologiczny, patologiczno-anatomiczny i fizyologiczny

* Komitet, utworzony w Niemczech dla badań nad rakiem, postanowił zbierać dane statystyczne co do raka zapomocą kwestyonaryuszy, rozesłanych do wszystkich lekarzy. W podobny sposób zbiera się już w Niemczech statystyka chorób wewnętrznych.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Hoffmann M. —profesorem sądowej medycyny w Monachium. Dr. Ziehen — zwycz. prof. psychologii w Utrechcie. Dr Haasler otrzymał tytuł prof. w Halli. Dr. Bodin— profesorem anatomii i bakteryologii w Rennes. Dr Perriol—prof. chirurgii w Grenoble. Prof Rowland — prof. zwycz. położnictwa, a Dr. Lord — nadzw. prof. anatomii w Baltimore. Dr. Westcott—prof. nadzw. okulistyki w Chicago. Doc. Herft—prof. nadzwycz. ginekologii w Halli. Doc. Eisler — prof. nadzw. anatomii w Halli.

Nekrologia. Dr. Jakób Tiwołowicz zmarł w Ostrowcu, gubernii Łomżyńskiej. Dr. Hanau doc. anat. patolog. w Zurychu, zmarł w Konstancyi, licząc lat 42. Dr Leon Machalski, emerytowany lekarz powiatowy, zmarł w Kołomyi, licząc lat 80.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. *W Medycynie Nr. 36*: Dr. Lublinera L.: Leczenie chirurgiczne wewnątrz krtaniowe gruźlicy krtani. Bychowskiego Z.: Przyczynek do patogenezy padaczki. *W Czasopiśmie Lekarskiem Nr. 9.*: Dr. Stankiewicza Cz.: O leczeniu zboczeń macicy ku tyłowi za pomocą skrócenia wewnątrzotrzewnowego więzów okrągłych. Dr. Schroetera P.: Przypadek „pyopneumothoraci traumatici“. Leczenie bez operacyi. Wyzdrowienie. Dr. Rutkowskiego L.: Wędrówka kłosa z oskrzeli na zewnątrz przez ścianę klatki piersiowej. Dr. Kędzierskiego A.: Euchinina w kokluszu. Dr. Sonnenberga E.: Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki. *W Kronice Lekarskiej Nr. 17* Dr. Zawadzkiego J.: Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek. Jaworskiego J.: O powikłaniach ciąży porodu i połogu wadami serca (c. d.) *W Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 8.: Dr Kołakowskiego F.: Gingiwotomia i gingiwokauteryzacya. Dr. Zbořila C.: Porcelana i emalia w dentystyce. *W Postępie Okulistycznym* (Sierpień), Kramsztyka Z.; Walka z jaglicą, jako klęską społeczną. Majewskiego K. W.: O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej, po operacyi zaćmy *W Gazecie Lekarskiej* Nr. 36.: Jakowskiego M.: Udział mikroorganizmów w powstawaniu zakrzepów żylnych. Bartkiewicza B.: Pachydermia bronchorum. Prof. Hoyera H: O pojęciu przyczynowości w nauce i praktyce.

Redakcya otrzymała:

— Sposoby przepisywania leków »in praxi pauperarum“. Łódź 1900. Odbitka z „Czasopisma Lekarskiego“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 22 Września 1900. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie atonii macicy po porodzie i o wartości tamponady Dührssena.

Podał

Dr. A. Sołowij.

Powołując się na doświadczenia Heidenhaina, Grücnera i własne, dowodzące, że podczas skurczu odruchowego w mięśniu prążkowanym występuje rozszerzenie naczyń, sądzi Cybulski (*Przegląd lekarski* 1900, Nr. 12. str. 167), że „jeżeli nie istnieją jakie specyalne warunki, w czasie skurczu odruchowego macicy, prędzej występuje rozszerzenie, niż zwężenie naczyń. Wyjaśnienia więc faktu, że skurcze macicy po porodzie wstrzymują krwotoki, potrzeba szukać w jakichś innych mechanicznych warunkach, które tu mogą mieć miejsce, nie zaś w odruchowem zwężeniu naczyń“.

Wniosek ten, jak i towarzyszące mu rozprawy zniewalają mnie do zabrania głosu w tej sprawie.

Wszak wręcz różnymi muszą być warunki przy kurczeniu się mięśnia prążkowanego podłużnego, którego obydwa końce są przyczepione, aniżeli przy kurczeniu się mięśnia gładkiego kulistego, o włóknach przebiegających w różnych kierunkach. A choćby nawet nie następowało podczas skurczu macicy niewątpliwe zagięcie i załamanie naczyń, leżących wśród blaszek mięsnych, krzyżujących się i przesuwających w różnych kierunkach, to nie ulega wątpliwości, że z powodu zmniejszenia się pojemności macicy, mniej krwi do niej dopływa podczas skurczu, aniżeli podczas rozkurczu. Tylko pozornie przemawia przeciw temu spostrzeżenie, że nieraz po porodzie i odejściu łożyska macica jest wiotka i nie ma krwotoku, a dowodzi to, że prócz skurczu macicy istnieje jeszcze jeden bardzo ważny czynnik, który zapobiega krwotokowi i zdaje mi się niewątpliwem, że tym ważnym czynnikiem jest zaczopowanie naczyń w miejscu odklejenia łożyska. Tak jak krew różnych zwierząt rozmaicie szybko krzepnie, podobnie jak krew kobiety szybciej krzepnie, niż krew mężczyzny (Halliburton) tak samo nie jest wykluczonem, że warunki krzepnięcia krwi u różnych kobiet są także rozmaite. Wszak każdy operator może często zauważyć, że krew zasychająca na rękach podczas operacyi raz łatwiej, raz trudniej zmyć się daje. Widocznie zatem działanie fermentu włóknika, wywołującego (według teoryi Hammarstena) zewnątrz naczyń krwionośnych przemianę płynnego fibrinogenu na stały włóknik jest w różnych razach rozmaicie silnem.

Powiemy więc, że w wielu razach następuje tak szybkie krzepnięcie krwi i zaczopowanie naczyń, że mimo braku skurczu macicy niema krwotoku. Nie ulega jednak wątpliwości, że zmniejszony dopływ krwi do macicy i zmiejszone parcie krwi w naczyniach podczas skurczu ułatwiają zaczopowanie naczyń, że zatem skurcz macicy jest potrzebnym, zaczopowanie przyspiesza, a tem samem zapobiega krwotokowi. Możemy też codziennie przekonać się o tem, że po odejściu łożyska uchodzi z macicy wiotkiej większa ilość krwi, niż z macicy dobrze skurczonej. Dlatego przedstawia mięsienie macicy, zwłaszcza atonicznej, najważniejszą czynność i zadanie położnej zaraz po porodzie.

Jakkolwiek nie trudno odróżnić atonię macicy od pęknięcia szyi, nie szkodzi pamiętać, że czasem spotykamy się z przypadkami, gdzie mamy do czynienia równocześnie z atonią i pęknięciem szyi macicy. Krwotok, jaki w tych razach występuje, może być następstwem równocześnie obydwu przyczyn, lub tylko jednej, i tylko ściągnięcie ku dołowi szyi macicy za pomocą kulociągów i oglądnięcie przy pomocy wziernika może usunąć wątpliwość co do źródła krwotoku, który niekiedy może pochodzić także z pozostałego w macicy kawałka zrazu lub łożyska dodatkowego.

Jeżeli zaś mamy do czynienia z samą tylko atonią macicy i nie potrafimy wywołać skurczu macicy mimo mięsienia i sporyszu, wówczas przedstawia tamponada macicy najdzielniejszy środek przeciw krwotokowi. Toteż spotykamy się prawie we wszystkich nowszych sprawozdaniach klinicznych z uznaniem wielkiej wartości tamponady macicy. Długoletnie własne doświadczenie, oparte na wielu przypadkach tamponady macicy, każe mi przyłączyć się do tych, którzy uważają tamponadę macicy za najdzielniejszy środek przeciw atonicznemu krwotokowi, co więcej wyznaję, że dopiero od chwili systematycznego wprowadzenia tamponady Dührssena przestałem się lękać atonicznego krwotoku! Tamponada macicy jednak nie jest całkiem łatwą do wykonania i wymaga choćby jakiej takiej asysty, a przedewszystkiem musi być szczelną tj. wypełniać całą jamę macicy. Jakkolwiek tampon przeszkadza do pewnego stopnia zmniejszeniu się macicy, to działa z drugiej strony drażniąco na macicę, która podobnie jak przy guzach w jamie macicy usadowionych (np. włókniakach podśluzowych) kurczy się i stara się je wyprzeć. A gdyby macica była tak leniwą, że nawet tampon nie jest w stanie pobudzić ją do skurczu, to działa on przeciw krwotokowi zapomocą ucisku na ścianę macicy, podobnie jak przy krwotoku po poronieniu, jak wszędzie zresztą w chirurgii przy krwotokach miąższowych, nie mówiąc o tem, że już samo zetknięcie się krwi z ciałem obcem przyspiesza krzepnięcie krwi. Jeżeli zaś w dodatku założymy także tampon do pochwy, a opatrunek uciskowy na powłoki brzuszne, lub nawet zeszyjemy ujście zewnętrzne macicy szeregiem szwów węzełkowych, to uczynimy wszystko, ażeby opanować nawet najrozpaczliwszy krwotok atoniczny.

Przeciwnicy tamponady macicy zarzucają jej także niebezpieczeństwo zakażenia położnicy. Niebezpieczeństwo to jednak jest bardzo małe, jeżeli wykonujemy tamponadę aseptycznie. Mimo to każdy ze zwolenników ucieka się do tamponady tylko w ostateczności, gdy nabrał przekonania, że wszystkie inne środki zawodzą i stan chorej nie dozwala już dłużej zwlekać z tamponadą. Osobiste usposobienie położnika odgrywa tutaj oczywiście bardzo ważną rolę, tak samo, jak w ogóle przy wskazaniu do każdego innego położniczego zabiegu.

Działanie tamponady macicy jest więc trojakie: 1. Pobudza macicę do skurczu przez zadrażnienie. 2. Tamuje krwotok zapomocą ucisku. 3. Przyspiesza krzepnięcie krwi.

Poruszyłem jeszcze raz tę sprawę, ponieważ jestem przekonany, że tak ważne zadanie, jak utrzymywanie macicy w skurczu bezpośrednio po porodzie w celu zapobieżenia atonicznemu krwotokowi nie powinno ani na chwilę ulegać wątpliwości. Samoistna atonia macicy po porodzie istnieje, a najdzielniejszym środkiem jej zwalczania jest wywołanie skurczu macicy, gdyż ułatwia i przyspiesza zaczopowanie naczyń. Gdzie zaś przy atonicznym krwotoku nie możemy żadnym środkiem wywołać skurczu macicy, tam przedstawia tamponada macicy najpewniejszy sposób opanowania krwotoku i oddaje nieocenione usługi.

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do występowania ostrego zapalenia nerek w okresie drugorzędnym kiły *(Nephritis syphilitica praecox).*

Podał

Dr. Abraham Stepler

c. i k. lekarz pułkowy.

(Dokończenie).

Z innych autorów opisuje Vulpian[1]) w r. 1879 przypadek ostrego miąższowego zapalenia nerek wskutek kiły drugorzędnej, w którym to przypadku nastąpiła mocznica i śmierć.

Jaccoud[2]) podaje historyę chorego, liczącego lat 26, u którego w połowie czerwca zjawił się wrzód pierwotny, pod koniec lipca wystąpiły pierwsze objawy wtórorzędne, a przy końcu sierpnia obrzęki ogólne. Przyjmując chorego 9-go października stwierdzono jeszcze 6‰ białka w moczu i w osadzie znaczną ilość ciałek czerwonych.

Jaccoud wspomina przy tej sposobności, że przed kilku laty uważano za herezyę, by powstawanie zapalenia nerek odnosić do kiły; obecnie zaś, powiada, wiemy, że kiła w każdym okresie swego rozwoju może doprowadzić do zapalenia nerek. Powołuje się przytem na pierwszy swój przypadek, który opisał jeszcze w r. 1864, i nadmienia, że od tego czasu do r. 1893 spostrzegał tylko dwa podobne przypadki. Z dotychczasowych spostrzeżeń wymienia Jaccoud oprócz już przytoczonych autorów, jeszcze spostrzeżenia Dreyfus-Brisaca, Müllera, Schuchtera, Andronica i Prendergousta. Wszyscy, mówi Jaccoud, zgadzają się na możliwość powstawania zapalenia ostrego nerek w okresie drugorzędnym kiły. To zapalenie nerek, według Jaccouda, nie jest znów tak rzadkie, lecz w każdym razie rzadsze, niż przewlekłe zapalenie kiłowe nerek i co do częstości zajmuje ostatnie miejsce między wszelkimi innymi objawami kiły wtórorzędnej. Ta właśnie względna rzadkość wczesnego ostrego zapalenia nerek na tle kiły nasuwa Jaccoudowi myśl, czy w przypadkach tych niema przecież innych okoliczności, sprzyjających wybuchowi zapalenia nerek, jak n. p. nadużywanie napojów wyskokowych, zaziębienie, zołzy, inne choroby ostre, urazy i t. p. i twierdzi, że w wielu przypadkach etyologia może być złożona (complex).

Te zapalenia nerek można często przeoczyć, ponieważ nie wywołują one wybitniejszych objawów zewnętrznych prócz białka w moczu; innym razem mamy znów wszelkie objawy ostrego lub podostrego zapalenia nerek. Objawy te mogą być lekkie, lub bardzo ciężkie. Przy takich objawach ciężkich (n. p. objawy mocznicowe) można znów niekiedy przeoczyć samą kiłę, ponieważ objawy te występując czasem nagle w ciągu 48 godzin, skupiają całą uwagę lekarza na chorobę nerek.

M. Hudelo[1]) ogłasza w r. 1893 przypadek ostrego zapalenia nerek w przebiegu kiły, w którym 4—5 miesięcy po zakażeniu chorego wystąpiły objawy kiły wtórorzędnej i równocześnie bóle głowy, krwotoki z nosa, obrzęk ogólny i znaczna duszność. Białka znaleziono 3 grm. na dobę, w osadzie moczu znaczną ilość różnych wałeczków. W ciągu 2 dalszych tygodni przyłączyły się objawy mocznicy, zajęcie worka i mięśnia sercowego (*myo-pericarditis*) zawały płuc i wysięk opłucnowy prawy, wśród których to objawów chory zmarł. Badanie nerek wykazało podostre rozlane zapalenie (*nephritis diffusa*). Z powodu ciężkich objawów zaraz na początku choroby nie można było w tym przypadku stosować leczenia swoistego.

Hudelo i Darier[2]) podają w tym samym roczniku drobnowidowe badanie nerek w 2 przypadkach wczesnego kiłowego zapalenia nerek i przychodzą do wniosku, że nerki nietylko przedstawiają znamiona dużej białej nerki (*nephritis parenchymatosa*), lecz także obraz zapalenia rozlanego albo mięszanego (*nephritis mixta sive diffusa*).

M. Gaston[3]) wymienia chorego, u którego w lipcu pokazał się wrzód pierwotny na powłokach brzusznych, w listopadzie wystąpiły wysypka i obrzęki ogólne. Białka stwierdzono 1 87‰. Ponieważ u tego chorego można było wykazać nadużywanie napojów wyskokowych mniema Gaston, że ta okoliczność wytworzyła usposobienie do zapalenia nerek. Leczenie jodem usunęło wszystkie objawy w krótkim czasie.

W przypadku Etienna[4]) znajdujemy przebieg następujący.

---

[1]) Clinique médicale de l'hopital de la Charité. Paris. 1879 str. 291.

[2]) Les néphrites syphilitiques précoces par Jaccoud (*L'union médicale* 1893 Nr. 61).

[1]) M. Hudelo: Mal de Bright syphilitique précoce (*La semaine médicale* 1893 str. 115).

[2]) Darier et Hudelo: Syphilis rénale précoce (*La semaine médicale*) 1893. str. 358.

[3]) Ibidem str. 568.

[4]) G. Etienne: Néphrite syphilitique précoce (Annales de Dermatologie t. 6. 1895),

U kobiety l. 42 liczącej, wystąpiło w październiku 1892 stwardnienie na częściach płciowych (un gros bouton), w styczniu 1893 pojawiła się wysypka na skórze, nieco później wystąpiło zapalenie tęczówki, z powodu czego stosowano przetwory rtęciowe. 24 kwietnia przyjęta do kliniki prof. Spillmana okazywała chora wysypkę guzkowołuskowatą na skórze i ogólne obrzęki. Mocz ciemno brunatny w ilości 1000 cm sz. na dobę, zawiera 8‰ białka, znaczną ilość ciałek czerwonych i dużo wałeczków. Zastosowano wstrzykiwania podskórne rtęci (Thymolacetat de mercure) raz na tydzień i zauważono na początku maja nieznaczne polepszenie. 10/5 nagłe porażenie strony prawej ciała. 11/5 upust krwi żylnej w ilości 300 grm. 15/5 znaczny ślinotok i zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. Od tego czasu stan coraz gorszy, znaczne osłabienie i charłactwo wzmagające się aż do chwili zejścia śmiertelnego w dniu 27/7.

Przy autopsyi znaleziono obrzęk miękich opon mózgowych a w naczyniach mózgowych zmiany w postaci *arteriitis arteriarum periphericarum*, ani śladu krwotoku. albo zatoru. W płucach nieznaczny obrzęk, w sercu zwyrodnienie miąższowe. Wątroba prawidłowa, śledziona co do wielkości i zbitości również bez zmian, a w niej 2 małe zawały. Nerka lewa mniejsza, na przekroju blada, nieco twardsza. Prawa nerka prawidłowej wielkości, kora jej szersza, na przekroju nieco mniej blada, niż lewa. Badanie drobnowidowe nerek wykazało, że kłębki Malpigh'iego po większej części były prawidłowe, przybłonki zaś tak torebki kłębków, jak i kanalików moczowych zmienione. W naczyniach tętniczych stwierdzono nieznaczne zmiany miażdżycowe.

Etienne opiera swoje rozpoznanie w tym przypadku na: 1) ciężkości objawów drugorzędnych kiły, 2) na braku innej ogólnej choroby i przyczyny i 3) na obecności swoistych zmian w tętnicach mózgowych. Przytaczając jeszcze innych autorów twierdzi Etienne, że zmiany w nerkach nie zawsze są jednakowe i przypuszcza, że istniejąca miażdżyca tętnic, chociaż nieznaczna, sprzyjała wystąpieniu zmian w nerkach.

Dieulafoy [1]) odróżnia również zapalenia nerek, występujące w kile drugorzędnej, od zmian w nerkach, powstających w dalszych okresach tej choroby. Według niego kiła jest strasznym jadem dla nerek (terrible poison pour le filtre renal). Atakuje ona nerki albo w okresie wczesnym, albo w późniejszym. W pierwszym razie obie nerki są jednakowo zajęte, jak we wszystkich chorobach zakaźnych n. p. po płonicy. Zmiany chorobowe w nerkach mogą być nieznaczne, albo ciężkie. Czasem nawet nerki są w takim stopniu zajęte, że o poprawie mowy być nie może. W okresie późniejszym kiły należy do rzadkości czyste zapalenie nerek, lecz zwykle są to zmiany sklerotyczne lub zwyrodnienie skrobiowate. Dlatego też zapalenia nerek w pierwszych okresach kiły zasługują na nazwę *nephritis syphilitica*, choroby nerkowe zaś w dalszych okresach na nazwę *syphilis renum*.

Zapalenia nerek we wczesnym okresie kiły mogą być bardzo nieznaczne, tak, że oprócz kilku dziesiętnych gramów białka na dobę, nielicznych wałeczków w moczu i nieznacznych obrzęków nie przedstawiają żadnych innych objawów. Objawy te ustępują zwykle prędko po pierwszym użyciu środków swoistych.

W innych zaś razach występują wszelkie cechy ostrego lub podostrego zapalenia nerek i przy sekcyach znajdujemy albo zapalenie rozlane, duże białe nerki, albo nawet zapalenia nerek krwotoczne. Badanie drobnowidowe wykazuje obumarcie przybłonka, zmiany zapalne w kłębkach i w naczyniach. Wreszcie wynaczynienia w części korowej nerek.

Możnaby myśleć, że objawy kiłowe w przypadkach, które zakończyły się śmiercią, musiały być bardzo ciężkie; tak jednak nie jest, ponieważ u chorych, którzy nie przedstawiali innych zmian kiłowych oprócz wysypki i kilku lepieży (plaques muqueuses) w gardle, zmiany w nerkach mogą być bardzo znaczne.

[1]) Clinique medicale de l' hôtel-Dieu de Paris 1897—1898.

Dieulafoy przytacza trzy własne spostrzeżenia.

W pierwszym przypadku chory l. 17, silnie zbudowany w 2 miesiące po wrzodzie pierwotnym dostał wtórorzędnych objawów kiły i przytem dość szybko zjawił się obrzęk twarzy i dolnej połowy ciała. W moczu wykazano 23 grm. białka na dobę. Przy leczeniu przeciwkiłowem i dyecie mlecznej ustąpiły wszelkie objawy w ciągu 17 dni. Chory stracił w tym czasie 10 klgr. na wadze.

Drugi przypadek nie zakończył się tak pomyślnie. U mężczyzny, który do ostatnich dni czuł się zupełnie zdrowym, nagle wystąpił obrzęk twarzy i kończyn dolnych, który w ciągu kilku dni doszedł do znacznych rozmiarów. Wywiady wykazały, że chory ten przed 7 miesiącami leczył się na wrzód członka, a kilka miesięcy później na lepieże w gardle. W moczu stwierdzono 8‰ białka. Mimo dyety mlecznej i wstrzykiwań rtęciowych (*Hydrargyrum bijodatum*) obrzęki się wzmagały. Stosowano dalej jod naprzemian z wsrzykiwaniami, stan mimo to coraz bardziej się pogarszał, przyłączyła się róża na powłokach brzusznych, która sprowadziła śmierć chorego.

Przy sekcyi znaleziono znacznie powiększone nerki. Badanie drobnowidowe wykazało przeważnie zmiany w przybłonkach, odnoszące się do części korowej. Tkanka międzymiąższowa i naczynia krwionośne niezmienione. W części piramidalnej znaleziono tu i ówdzie podobne zmiany, jak w korze. Nerki przedstawiały więc czyste zmiany degeneracyjne miąższu i to tylko w pewnej części układu wydzielniczego.

W trzecim przypadku u chorego 26-letniego występuje ciężkie zapalenie nerek w 6 miesięcy po wrzodzie i po nieznacznych wtórorzędnych objawach kiły. Mocz zawiera 30‰ białka. Mimo dyety mlecznej i leczenia swoistego pojawiają się w tym przypadku ciężkie objawy mocznicowe. Objawy te na jakiś czas ustępują, białko w moczu zmniejsza się do 3‰; polepszenie to jednak nie utrzymuje się długo, obrzęki stają się coraz znaczniejsze, wymioty obfitsze, czasem barwy czarniawej (ulcerations uremiques de l'estomac). Do tych objawów przyłącza się później wysięk opłucnowy po stronie lewej, z powodu którego kilkakrotnie wypuszczano płyn z klatki piersiowej. Przypadek zakończył się śmiercią.

Dieulafoy przytacza jeszcze przypadki Gastona, Mauriaca, M. Wickhama [1]) i Perrouda [2]) i wysnuwa następujące wnioski:

1) Istnieje zapalenie kiłowe nerek wczesne (*nephritis syphilitica praecox)* w pierwszych miesiącach po zakażeniu.

2) Lekkie zapalenia odznaczają się małą ilością białka i nieznacznymi obrzękami, które prędko ustępują tak, że czasem przebiegają zupełnie niepostrzeżenie.

3) W ciężkich zapaleniach nerek najczęściej w 2 lub 3 miesiące po zakażeniu, zjawia się znaczna ilość białka w moczu i szybko rozwijają się obrzęki, dochodzące do bardzo wysokiego stopnia. Ilość białka wynosi zwykle 10, 15, 20 i więcej gramów na dobę. Wickham znalazł raz 20 grm. na litr, Chantemesse nawet 52 grm.

4) Do tych objawów przyłączają się dość często prędzej czy później, bóle głowy, duszność, wymioty, biegunka, śpiączka etc. czyli objawy mocznicowe.

5) Mimo ciężkich objawów zapalenie nerek może się zakończyć pomyślnie; w niektórych razach przechodzi w postać przewlekłą.

6) Jeżeli zapalenie nerek kończy się śmiercią, co dosyć często się zdarza, wtedy następuje ona albo po kilku tygodniach (ostre zapalenie), albo po kilku miesiącach (podostre zapalenie). Przyczyną śmierci mogą być albo zmiany,

[1]) *L'Union médicale* 24. octobre 1886.

[2]) *Journal de médecine de Lyon* 1867 str. 118.

wywołane przez samą chorobę nerek (znaczne obrzęki, mocznica), albo przez powikłanie (*lymphangoitis*, *erysipelas).*

7) Co do zmian w nerkach, to przeważnie uszkodzone są nabłonki.

8) Leczenie tych spraw zapalnych polega na dyecie mlecznej i na stosowaniu preparatów rtęciowych i jodu. W dawkach trzeba być ostrożnym z powodu zmian zapalnych w nerkach.

Porównywując nasz przypadek z przytoczonym, dostępnym dla mnie materyałem z piśmiennictwa, widzimy, że u naszego chorego zmiany w nerkach wystąpiły bardzo wcześnie, bo zaledwie w 4—5 tygodni po ukazaniu się wrzodu pierwotnego. Wrzód w chwili przybycia chorego do kliniki nie był jeszcze zupełnie zabliźniony, wysypka różyczkowa i kłykciny płaskie zaczęły dopiero występować, a mimo to obrzęki u naszego chorego już doszły do znacznego stopnia i rozwijały się bardzo prędko. Mauriac przytacza tylko 3 przypadki z tak wczesnem wystąpieniem zapalenia nerek na tle kiły. W jednem własnem spostrzeżeniu Mauriaca wystąpiło zapalenie nerek w 5-tym tygodniu, w przypadku Labadie-Lagravea w 4—5 tygodni po wrzodzie pierwotnym, a w jednem spostrzeżeniu Wagnera w 6 tygodni.

Kiła sama u naszego chorego przebiegała łagodnie, a mimo to objawy ze strony nerek były dość znaczne; 12‰ białka, znaczne ogólne obrzęki, płyn w obu jamach opłucnowych i w jamie brzusznej.

Przebieg przedstawia się u naszego chorego dosyć pomyślnie. Spokój i dyeta mleczna zwiększają ilość moczu, który staje się jaśniejszym i zawiera mniej białka, obrzęki ustępują, wskutek czego chory traci w ciągu pierwszych 10 dni 10 klgrm. na wadze. Stałe jednak utrzymywanie się białka (1‰) w moczu i coraz wyraźniej występujące zmiany kiłowe na skórze zmuszają do zastosowania leczenia swoistego.

Przy tem leczeniu widzimy stopniowe obniżanie się ilości białka, utrzymywanie się zwiększenia ilości moczu, zniknięcie obrzęków i zmian kiłowych. Choremu w tym okresie choroby znowu na wadze przybywa, lecz nie z powodu zatrzymywania wody w ustroju, tylko z powodu lepszego stanu odżywiania. Było to dowodem dodatniego działania środków swoistych na przebieg choroby. Chory też po 7 tygodniach mógł opuścić klinikę jako wyleczony, bo oprócz nieznacznie powiększonych gruczołów limfatycznych i blizny na żołędzi, żadnych innych zmian chorobowych nie przedstawiał.

Cały przebieg u naszego chorego udowadnia, że rozpoznanie ostrego, kiłowego zapalenia nerek było właściwe; również można twierdzić, opierając się na przytoczonych przypadkach, zakończonych autopsyą, że i w naszym przypadku rozwinęły się w nerkach zmiany przeważnie miąższowe a więc *nephritis parenchymatosa luetica praecox.*

W końcu niech mi będzie wolno złożyć J. W. Profesorowi Drowi A. Gluzińskiemu i asystentowi Drowi J. Marischlerowi szczere podziękowanie za łaskawe odstąpienie mi powyższego przypadku, oraz zachętę i wskazówki do niniejszej pracy.

III. O morderstwie z lubieżności.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Lacassagne[56]) poświęca obszerną monografię Vacherowi, rozpruwaczowi i jego 26 ofiarom. Józef Vacher, liczący w chwili osadzenia go w więzieniu lat 29, pochodził ze zdrowej rodziny i nie przechodził w swem dzieciństwie żadnych takich chorób, któreby mogły niekorzystnie oddziałać na jego ustrój nerwowy. Wszystkie swe zbrodnie wprowadza on sam w związek przyczynowy z ukąszeniem w wieku młodocianym przez psa wściekłego, i z sposobem leczenia, które miało przytępić jego władze umysłowe i skazić jego krew. Śledztwo wykazało, że powyższa opowieść była zmyśloną. Jako dziecię był skrytym i niesfornym, później, w wieku młodzieńczym, usiłował zgwałcić nieletniego chłopca. W roku 1890 wstąpił w szeregi wojskowe, gdzie się dał we znaki swym kolegom przez swą gwałtowność. W roku 1891 oddano go do szpitala z powodu zaburzeń umysłowych, mianowicie myśli posępnych i urojeń prześladowczych. Wyszedłszy ze szpitala i wystąpiwszy z wojska, chciał się ożenić; doznawszy odmowy, trzykrotnie postrzelił z rewolweru swą wybrankę, a następnie siebie, wskutek czego doznał trwałej utraty słuchu w uchu prawem i porażenia prawego nerwu twarzowego. Ten czyn wprowadził go do zakładu obłąkanych, który jednak niebawem, t. j. w roku 1894, opuścił, jako zupełnie umysłowo zdrowy.

Od tego czasu aż do chwili aresztowania go w r. 1898 dopuścił się 11 morderstw, do których się przyznał, a prawdopodobnie był sprawcą jeszcze innych 17 morderstw w istocie mu nie dowiedzionych. Morderstwa dowiedzione mu są następujące: 1) 20. V. 1894 zadławił 21-letnią Eugenię Delhomme, poczem nożem poderżnął jej szyję, kopał ją po brzuchu, wyrwał część prawego sutka, zawlókł ją za pobliski płot i tu zgwałcił. Nasienia w pochwie nie znaleziono, rzyci nie badano. 2) 20. VI. 1894, spotkawszy koło Vidauban 13-letnią Luizę Marcel, zawlókł ją do owczarni, usiłował zadławić, poderznął szyję cięciem kształtu ⊤, odciął i na bok odrzucił prawy sutek, lewy zaś poranił, wreszcie zadawszy jeszcze 7 ran ciętych w brzuch, usiłował ją zgwałcić. Błona dziewicza nietknięta. Rzyć nie badana. 3) 12. V. 1895 spotkawszy koło Lugdunu 17-letnią Augustynę Mortureux, poderznął jej szyję (4 rany, jedna 10 cm. długa), przeciął ścianę klatki piersiowej, nie naruszając jej wewnętrznych narządów. Zwłoki znaleziono pozbawione obówia i kolczyków z odzieniem podniesionem ku górze, z rozkraczonemi udami. *Hymen intactus*, odbyt nie badany. 4) Wkrótce potem spotkawszy w swym pochodzie ku Paryżowi 16 letniego pastucha Wiktora Portalier, napadł nań, ścisnął za gardło, poderznął mu szyję, po śmierci zaś ofiary rozciął jej brzuch tak, że wypadły jelita, poszarpał moszna i wyrwał jądra. Zdaje się, że dopuścił się na zwłokach zhańbienia. Przesłuchiwany co do szczegółów tej zbrodni, oświadczył, że „woli opuścić niektóre szczegóły wstrętne, gdyż obawia się, aby przykład jego choroby nie stał się szkodliwym dla moralności młodzieży". 5) Wypadek poprzedni miał miejsce we wrześniu, tymczasem jeszcze poprzednio, t. j. w sierpniu 1895 napadł 58-letnią wdowę Morand, w jej własnem mieszkaniu i zadał jej kilka ran ciętych w szyję. Zwłoki leżały na wznak z uniesionemi sukniami tak, iż srom był widoczny. Zgwałcenia nie wykazano, odbyt nie badany. 6) 22. IX. poderżnął w Truinas szyję 16-letniej Alinie Alaise, przeciął jej wzdłuż udo lewe i prawą stronę powłok brzucha. Zwłoki znaleziono twarzą ku ziemi, pokryte gałęziami 7) W tymże czasie napadł 14-letniego pasterza Massot Pelet, zadał mu w szyję ranę ciętą kształtu T, przeciął mu wzdłuż powłoki

[56]) l. c.

brzuszne, skaleczył moszna i zhańbił. Odbyt nie badany. 8) W marcu 1896 usiłował zgwałcić małą dziewczynkę; spłoszony ucieka i ginie bez śladu, aż we wrześniu 1896 napada w Busset 19-letnią kobietę Maryę Moussier zamężną Laurent, dławi ją, podrzyna szyję, kąsa w nos, poczem rzuca zwłoki do rowu za żywopłot. 9) 1. X. 1896 napadł na pasącą bydło 14-letnią Rozynę Rosier, poderznął jej szyję, przeciął wzdłuż, nieco po prawej stronie, powłoki brzuszne, srom zewnętrzny wyciął brzytwą i zabrał ze sobą. 10) Odtąd ślad jego ginie, dopiero przy końcu maja 1897 podrzyna koło Lugdunu szyję 14 letniemu włóczędze. Zwłoki jego miał wedle własnego zeznania wrzucić do studni bez dalszego ich kaleczenia. Sekcya odbyła się już tylko niemal na szkielecie z powodu znacznego rozkładu zwłok. 11) Wreszcie w czerwcu 1897 dławi i podrzyna szyję 13-letniemu pasterzowi Piotrowi Laurent, przecina mu podbrzusze i moszna, wyrywa jądro prawe. Z odbytu dobywał się w zwłokach kał, po którego usunięciu wykazano tu świeże naddarcia błony śluzowej *(coitus analis?)*. Wszystkie te zbrodnie były dokonane w polach i na pustkowiach i zdaje się były połączone zawsze z *coitus analis*, dla tego *hymen* u dziewcząt, jego ofiar bywał *intactus*.

Domniemane jego zbrodnie są następujące: 1) 35-letnia nieznana kobieta z odciętą głową, przy zwłokach nóż masarski, znaleziona w czerwcu 1888; 2) 14-letnia Grangeon, zabita w lipcu tegoż roku poderznięciem szyi; 3) 23-letnia dziewczyna lekkich obyczajów, zadławiona i z raną na głowie, znaleziona w budzie w czerwcu 1890; 4) 9-letnia Buisson, której zwłoki znaleziono w strumyku z kilku ranami na szyi, z rozciętym brzuchem i wypadniętemi jelitami. W powłokach brzusznych stwierdzono jeszcze drugie mniejsze nacięcie, które posłużyło sprawcy do zaspokojenia swej żądzy płciowej; 5) i 6) małżeństwo Honorat, on 76, ona 71 lat liczący, zabici w swem mieszkaniu uderzeniem sztabą żelazną w głowę, w chwili, gdy się układali do snu, w grudniu 1894 r.; 7) we wrześniu 1895 zabita 30-letnia Rouvray odcięciem głowy; ślady palców oliwą zwilżonych na udach ofiary przemawiały za usiłowanem zgwałceniem. W zawiniątku Vachera znaleziono flaszeczkę oliwy; 8) w tymże czasie zabita uderzeniem kamienia i zgwałcona 64-letnia Bacconnet; 9) w październiku zabita 66-letnia wdowa Donger z odciętą głową, z wyjętem sercem; 10) w tymże czasie zabita podeszła kobieta, poczem dom jej podpalony; 11) w sierpniu 1896 zabita 17-letnia Marya Clement kopaniem, zwłoki jej z śladami *coitus analis* znalezione w kanale w Reims.

Wreszcie domniemanemi ofiarami Vachera byli 14-letni Célestin, przy którego sekcyi był Vacher obecnym, 9-letnia Reuillard, Genowefa Cadet, 14-letnia Henrion, 60-letnia wdowa Lagier i 61-letnia wdowa Laville, zaduszona sznurem i z poderzniętą szyją.

Vachera poddano dokładnej obserwacyi i badaniu, którego wynik był ten, że znawcy Lacassagne, Pierret, Rebatel i Lannois oświadczyli: „Vacher nie cierpi ani na padaczkę, ani na obłąkanie popędowe; cierpiał on tylko czasowo na zadumę z urojeniami prześladowczemi i popędem samobójczym; choroba jego ucha (po postrzale) nie wywierała obecnie żadnego wpływu na jego stan umysłowy; po wyjściu z zakładu obłąkanych był poczytnym; zbrodnie swoje antispołeczne, sadystyczne, popełniał przez wzgląd na swój poprzedni pobyt w zakładzie obłąkanych, w przekonaniu, że ujdą mu bezkarnie. Vacher nie jest obłąkanym, a tylko udaje obłąkanie. Jest zbrodniarzem i powinien być uważany za poczytnego". W obec tego skazano go na śmierć. Wyrok wykonano 31. XII. 1898. Gdy go prowadzono na miejsce stracenia odezwał się: „Sądzicie, że skazując mnie zmażecie winy Francyi; to nie wystarczy, popełniacie tylko jedną zbrodnię więcej! Jestem wielką ofiarą końca wieku!" Pod gilotynę kazał się zanieść i „ten wielki zbrodniarz — pisze Lacassagne — który spokojnie przyglądał się agonii swych ofiar, doznał trwogi w ostatnich chwilach swego życia, nie zmarł jak obłąkany z dumą mistyka, lub z godnością tego, który się sądzi męczennikiem. Pozostał buntownikiem, potem ogarnęła go trwoga, wreszcie umarł tchórzliwie, składając w ten sposób ostatni dowód, że miecz prawa nie ugodził w obłąkanego".

Badanie mózgu Vachera [57]) nie wykryło żadnych zmian, mimo iż zdaniem Lombrozy były w nim ślady przemawiające za istnieniem padaczki i typu urodzonego zbrodniarza.

Leppmann [58]) wymienia z pośród 22. przypadków, znanych sobie, następujące: 1) Wieśniak znany z wygórowanego popędu płciowego, dotychczas niezbyt poszlakowany, podchmielony trunkiem, podrzyna gardło małej dziewczynie, towarzyszce zabaw jego dzieci, wyrywa jej jelita, odcina kawałek jej pośladka, potem zabija drugą dziewczynkę, lecz ciała jej nie kaleczy tak, jak poprzednio. 2) Znany i w Pitawalu opisany morderca Masch, pochodzący z rodziny zbrodniarzy, który sam zabił w młynie 5 osób, udawał się nocą do pobliskiego miasteczka i dusił młode dziewczęta pogrążone we śnie, następnie hańbił je na schyłku życia lub już po ich śmierci. 3) Przyp. Gatty w Lucernie: Pewien Włoch wybiega nagle z bióra sędziego, poczuwszy głód, a to w celu zabicia kogokolwiek. Spotkawszy na ulicy nauczycielkę, napada ją, zarzuca jej sznur na szyję, dusi ją, przetrząsa jej kieszenie, by znaleźć pieniądze. Czyniąc to otwiera jej klatkę piersiową, w obec czego budzi się u niego pożądliwość płciowa, chce ją shańbić, lecz gdy nie może w ten sposób osiągnąć zadowolenia, ogranicza się do zabrania z sobą części umierającej ofiary. 4) Przyp. Dluby Raudner ze Styryi: Dwaj mężczyźni, należący do klasy nałogowych zbrodniarzy, spotykają starą pijaną żebraczkę, posyłają ją po wódkę, a potem usiłują z nią spółkować, lecz daremnie, albowiem choć im ona nie stawia oporu, stan ich upojenia przeszkadza im dopełnić aktu. Wówczas jeden z nich, podniecony lubieżnie, wpada na myśl rozćwiartowania ofiary, zaczem wydzierają jej wnętrzności, otwór zatykają darnią i duszą ją. 5) Mayer, murarz z Tyrolu, karany już wielokrotnie z powodu wykroczeń przeciw publicznemu porządkowi, spotyka raz koło kościoła żebraczkę, będącą u schyłku ciąży. Usiłuje z nią spółkować, lecz aktu tego nie może prawidłowo ukończyć. Wedle jego własnych zeznań, ofiara żądała od niego zapłaty, w skutek czego on, by się jej pozbyć, rzucił ją o ziemię, zgwałcił, a następnie wydarte wnętrzności poza nią rzucił. W istocie zaś znaleziono w lasku, w którym zbrodni dokonał, zwinięte wnętrzności z wyjątkiem macicy i płodu, które rzucił do małego, opodal płynącego strumyka. Spotkawszy po tym czynie chłopca, puszcza go wolno, następnie jednak podrzyna gardło małej dziewczynie, która mu zabiegła drogę. 6) Dawny oficer, mieszkający w Berlinie, oddaje się (przed r. 1870) homoseksualnym praktykom, mianowicie pederastyi. Pewnego dnia uwodzi 4—5-letniego chłopca, podejmując z nim *coitus analis*, rozdziera mu *anus*, gryzie policzki i odpala pracie żegadłem. Następnie w celu podniecenia swej lubieżności kładzie głowę dziecka do komina, aby je udusić. Dziecię zostaje niemal cudem ocalone i wyleczone, sprawca zaś ulega zasądzeniu. W więzieniu zachowuje się jak zręczny hipokryta, udaje niewinnego, pisuje wiersze, do rodziców listy pełne skarg na swe cierpienia, jakie wrzekomo niewinnie znosi. 6) Rostin, robotnik leśny, potem zajęty u rusznikarza, zabija swą narzeczonę, ćwiartuje ją, a części kładzie jej na twarz. Podejrzenie pada nań dla tego, że sposób użyty przy rozczłanianiu podobnym jest do używanego przez leśników do ćwiartowania kozłów. Leppmann podnosi słusznie, że sposób ten wynika raczej z motywu zbrodni, t. j. lubieżności, niż z poprzednio nabytej wprawy [59]).

[57]) Lacassagne. *Arch. d'anthrop. crim.* 1899. T. 14. str. 653.

[58]) *Bulletin de l'union internat. de droit pénal.* Berlin 1896. 6 V. L. 1. str. 108.

[59]) W jesieni 1899 dopuścił się zgwałcenia 5-letniego dziecka, które następnie zadusił, niejaki Link, stracony za to przed niedawnym czasem w Mannheim. (*Arch. d'anthrop. crim.* 1900. T. 15 str. 341).

Przypadek oceniany przezemnie z polecenia Wydziału lekarskiego. Dnia 25. III. 1896 zauważono niedaleko rzeźni miasteczka G. zwłoki ludzkie, leżące na oziminie zaledwie wschodzącej. Zwłoki te były zwłokami znanej w G. prostytutki Anny Białobok. Leżą one na wznak, przykryte spodnicami i fartuszkiem, z nogami na 50 ctm. rozstawionemi, z rękami rozsuniętemi na boki; ubrane są w koszulę, połatany kaftanik, w jeden damski a drugi męski bucik. Nowy fartuszek perkalowy o listewce przerwanej wraz ze zdartemi spodnicami leżą pod zwłokami i przykrywają częściowo ich nogi. Z jamy ust wydobywa się gęsta, krzepnąca krew, toż samo z oka lewego. Z obu stron koło zwłok na 2—3 kroków wydeptana ozimina; w odległości 40 kroków leży na trawniku chustka niewieścia, w odległości zaś 5 kroków od zwłok leży wydarta z jednej ze spodnic kieszeń. Na trawniku i błocie sąsiedniem widoczne są liczne ślady stóp, z których jedne, wyraźnie męskie, są oddalone od siebie o 1·30 m. do 1·50 m. wskazując, że powstały wśród biegu. Z jednego, najwybitniejszego z tych śladów sporządzono odlew gipsowy. Oględziny i sekcya zwłok wykazały, że denatka zmarła wskutek uduszenia przez zadławienie (ślady na twarzy i szyi w postaci otarć i sińców). Pochwy nie badano, macica była powiększoną przez włókniak podśluzowy. Obecne na miejscu zbrodni prostytutki wskazały na Pawła G., jako na sprawcę zbrodni, znały go bowiem z tego, że w czasie spółkowania, zwłaszcza gdy był nietrzeźwym, dusił je, ściskając pod gardło i uciskając im kułakami okolice podżebrzy. Paweł G., lat około 40, żonaty, robotnik w fabryce kwasu siarkowego, zaprzecza przy przesłuchaniu wszelkim poszlakom; wypiera się by wieczór przed krytycznem zajściem pił wódkę w szyku z denatką, nieumie wytłómaczyć, dlaczego nazajutrz po dokonaniu zbrodni zgolił swe rude bokobrody, dlaczego dał żonie swe spodnie do wyprania, przyznaje się natomiast do popełnionego na 14-letnim chłopcu rabunku i uszkodzenia cielesnego. Oględziny jego osoby wykazały na palcach rąk ślady obrażeń, które mogły powstać wskutek obrony ofiary. Ponieważ w więzieniu śledczem zachowywał się niespokojnie, raz płakał, to znów bez powodu się uśmiechał, po nocach nie sypiał i innym więźniom spać nie dozwalał, przeto poddano go badaniu pod względem stanu umysłowego. Znawcy Dr. M. i K. orzekli w obszernym wywodzie, że „G. jest człowiekiem popędowym; sam akt duszenia odbywał się odruchowo, wprawdzie ze świadomością obwinionego, lecz takowy nie miał dosyć siły woli, aby się oprzeć złemu popędowi". Sąd w I. nie zadowolnił się tem orzeczeniem i zażądał opinii Wydziału lekarskiego, przesyłając wraz z aktami samego obwinionego do obserwacyi. Obserwacyę tę podjęliśmy w tutejszem więzieniu wspólnie z prof Żuławskim. Z aktów śledczych wynika, że badany, znany między prostytutkami w G. pod nazwą „dusiciela", dusi także własną żonę w czasie *coitus* (anonimowe doniesienie do prokuratoryi, żona jego bowiem i rodzina uchylili się od zeznań), że chcąc zaspokoić swój widocznie wygórowany zwłaszcza w stanie nietrzeźwym popęd płciowy, nie stara się w zwykły sposób o względy napotkanych kobiet prostytutek, lecz czatuje na nie w okolicznym lasku, chwyta je przemocą, powala na ziemię i w brutalny sposób do aktu zmusza. Jako mąż i ojciec dwojga dzieci nie dba o swą rodzinę, zarobek swój przejada i przepija sam, jest niebezpiecznym zawadyaką (zeznanie żandarmeryi), ulega w r. 1887 karze za pobicie swego stryja, w r. 1893 i 1896 za opilstwo, w r. 1895 za zranienie nożem sąsiada, gdy ten go prosił, aby gęsiom swym nie dozwolił czynić w polu szkody, wreszcie w roku 1896 za rabunek i uszkodzenie ciała. Pod względem fizycznym jest to mężczyzna w sile wieku, dobrze zbudowany i odżywiony. Czaszka jego krótka *(brachiocephalia)*, twarz płaska, nos krótki, głęboko osadzony, żuchwa i mięśnie żwacze silnie rozwinięte, zęby rzadko ustawione, zewnętrzne górne siekacze uderzająco małe, jakby dziecinne. Źrenice dobrze oddziałują na światło; czucie, odruchy, wzrok, słuch prawidłowe. W narządach wewnętrznych brak zmian. Srom zewnętrzny dobrze rozwinięty. Rozstawione palce rąk i wysunięty język wybitnie drżą, na rękach i przedramionach sinica. Na pytania odpowiada badany niechętnie, najczęściej odpowiada słowami „nie pamiętam", „nie wiem", lub „co będę mówił", do czynu się nie przyznaje, kiedy się o nim mówi, staje się posępnym, oblicze zazwyczaj o wyrazie twardym zachmurza się. Zresztą zauważa się u badanego zupełne otępienie moralne i mierne upośledzenie inteligencyi. Orzeczenie Wydziału, oparte na wyniku powyższej obserwacyi, podnosi przewłoczne zatrucie alkoholem, które zniszczywszy wszelkie poczucie zasad etycznych u badanego i upośledzając jego popęd płciowy t. j. wzmagając go nad miarę, a zarazem opaźniając w chwili aktu płciowego wytrysk nasienia, zniewala go bezwiednie do użycia w tym czasie niezwykłych bodźców t. j. duszenia kobiet, od którego nie umie się powstrzymać w braku kontrastujących wyobrażeń etycznych. Powyższe karygodne czynności podejmuje on zatem popędowo w czasie, gdy odurzony trunkiem nie ma potrzebnej świadomości swego działania. W końcu zaleca Wydział lekarski, aby Pawła G., jako niebezpiecznego dla otoczenia, umieścić w zakładzie dla obłąkanych w braku schroniska dla nałogowych pijaków.

W końcu tych kazuistycznych zestawień pozwolę sobie wyrazić jeszcze przypuszczenie, czy dwie w ostatnich czasach zaszłe, tak żywo w prasie omawiane zbrodnie, mianowicie morderstwo w Polnej w Czechach i morderstwo w Chojnicach, przez wzgląd na sposób dokonania (poderżnięcie szyi, odcięcie głowy, wyrwanie trzew brzusznych itd.), nie były także tylko morderstwami z lubieżności. Wreszcie, godnem jest uwagi, że literatura[60]) zna już takie przypadki zabijania zwierząt n. p. krów przez ludzi wskutek lubieżności. (C. d. n.)

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Z kliniki chirurgicznej R. D. Prof. Rydygiera we Lwowie.

Przypadek podwójnego pęknięcia bębenka wskutek uderzenia w twarz.

Podał

Dr. Teofil Zalewski.

Dnia 19 stycznia r. b. zgłosił się do kliniki chirurgicznej słuchacz medycyny H. M. z podaniem, iż poprzedniej nocy został przez obcego człowieka, który, jak się później okazało, był waryatem, w tutejszej klinice położniczej napadnięty i pobity. H. M. opowiada, iż podczas bójki został uderzony pięścią w lewe ucho, co spowodowało natychmiastowe upośledzenie słuchu w tem uchu. Badanie nie wykazało na częściach zewnętrznych żadnych znaków, któreby świadczyły o urazie. Badanie za pomocą wziernika wykazało obecność w przewodzie usznym zewnętrznym płynnej, nieskrzepłej krwi. Podobnież i dolny, nieznaczny odcinek bębenka pokryty jest taką samą, nieskrzepną krwią. Krwi tej z bębenka usunąć nie możemy, gdyż po wymaczaniu napływa zaraz nowa. Przy wykonywaniu przez chorego doświadczenia Valsalvy widzimy, iż w dwóch punktach, oddalonych jeden od drugiego na 3—4 mm., wychodzi powietrze na zewnątrz. Doświadczenie to, kilkakrotnie powtórzone, udaje się łatwo i za każdym razem. Punkty te leżą w dolnej, pokrytej krwią części bębenka i znajdują się w pewnem oddaleniu od brzegu bębenka; jeden z nich leży w dolnym przednim kwadrancie, drugi w tylnym. Tak samo punkty, w których powietrze przechodzi nazewnątrz, jakoteż część bębenka, znajdująca się

[60]) A. Guillebeau. Blessures faites aux animaux domestiques par des personnes atteintes de psychopathie sexuelle. *Journal de méd. véterine et de zootechnie.* 1899. I. Vide Lacassagne l. c. str. 279.

między niemi, pokryte są nieskrzepłą krwią, wskutek czego nie widać dokładnie samych otworów, przez które powietrze przy wykonywaniu doświadczenia Valsalvy przechodzi. Z powodu tego, iż doświadczenie to, powtórzone kilkakrotnie, za każdym razem dawało jeden i ten sam wynik, t. j. powietrze wychodzi zawsze w jednych i tych samych punktach, mamy prawo rozpoznać podwójne pęknięcie bębenka, choć samych otworów nie widać dokładnie. O ile w tych warunkach możnas ądzić o kształcie i wielkości otworów, to zdaje się, iż przedni otwór jest więcej okrągły i jest mniejszy, niż tylny, który jednocześnie zdaje się mieć postać podłużną. Zresztą na bębenku nie widać żadnych zmian chorobowych.

Badanie słuchu wykazuje: Prawe ucho: mowa głośna — słyszy przez cały pokój; mowa cicha — to samo. Lewe ucho: mowa głośna — słyszy przez cały pokój; mowa cicha — słyszy na 3 metry.

Na zasadzie tego badania nabyliśmy przekonania, iż w przypadku tym istnieje upośledzenie słuchu, wywołane przez obrażenia ucha środkowego, nie mogliśmy jednak wykluczyć jednocześnie obrażenia ucha wewnętrznego. Wątpliwość tę usuwa badanie kamertonami, przy którem: Ucho prawe — nie okazuje żadnych zmian. Ucho lewe: *Rinne C* = ujemny. *Schwabach C* = dodatni. *Weber C* = na stronę lewą.

Nadto badanie porównawcze przewodnictwa powietrznego wykazuje, że C jest lepiej słyszalne na stronie prawej, niż na lewej. W przewodnictwie C_4 różnicy niema i wogóle przewodnictwo to nie jest zmniejszone.

Na zasadzie więc całego badania możemy powiedzieć, iż w przypadku tym mamy do czynienia tylko z obrażeniem samego ucha środkowego, ucho zaś wewnętrzne jest nienaruszone. To nas uprawnia do dobrego rokowania co do zachowania czynności, o ile nie wystąpią w przebiegu choroby powikłania, które mogłyby tu niekorzystnie wpłynąć.

Dalszy przebieg był następujący:

19/1 wieczorem. Doświadczenie Valsalvy udaje się i z tym samem wynikiem, tylko cokolwiek trudniej, gdyż krew, pokrywająca otwory w bębenku i sam bębenek, zaczyna krzepnąć.

20/1. Przy doświadczeniu Valsalvy powietrze wychodzi tylko przez otwór tylny. Krew zupełnie skrzepła.

21/1. Przy doświadczeniu Valsalvy powietrze nie przechodzi w żadnem miejscu.

26/1. Na miejscu otworów w bębenku jest jeszcze skrzepła krew. Polecono *Hydrogenium hyperoxydatum* w celu oczyszczenia bębenka z krwi.

30/1. Bębenek wygląda zupełnie prawidłowo. Blizn po pęknięciach rozpoznać nie można. Badanie słuchu nie wykazuje żadnej różnicy między lewem a prawem uchem.

Przypadki wielokrotnego pęknięcia bębenka wskutek uderzenia w twarz zdarzają się, są jednak rzeczą rzadką. Trautmann, Schwartze, Politzer spostrzegali przypadki podwójnego pęknięcia; Urbantschitsch widział przypadek trzykrotnego, a Bürkner przypadek czterokrotnego nawet pęknięcia bębenka, powstałego wskutek uderzenia w twarz.

V. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o zapobieganiu zimnicy na podstawie współczesnych badań. — Streszczenie z prac badaczy włoskich przez O. Bujwida.

Od czasu nowych odkryć w tej dziedzinie, — szczególnie badaczy włoskich: Celliego, Golgiego, Grassiego, Marchiafavy, oraz słynnego Rob. Kocha, poglądy na zakażenie zimnicze uległy zupełnie zmianie. Jeżeli istotnie potwierdzi się, że nietylko jedynym przenośnikiem, ale i środkowem ogniwem życia pasorzyta i zakażenia służą komary, mianowicie ich gatunek *Anopheles*, wówczas walka z zimnicą musi mieć na celu nietylko zniszczenie pasorzyta zimnicy w człowieku, ale niszczczenie komarów, jako roznosicieli i pośredników rozwoju zarazka.

Obecnie też widzimy, że badania praktyczne skierowały się w tym podwójnym celu. We Włoszech szczególnie mnożą się prace, dążące do wynalezienia najpewniejszych środków niszczenia komarów. I zdaje się, że będzie to sposób pewniejszy niż podany przez Kocha, ażeby niszczyć pasorzyta jedynie w ustroju człowieka, przez stosowne podawanie chininy. Koch sądzi, że jest to sposób, który, dobrze zastósowany, wytępi zimnicę i wówczas już komary nie będą miały co przenosić, gdy tymczasem badacze włoscy są zdania, że bez wytępienia komarów walka będzie połowiczą.

Nie będę wchodził w tej chwili w roztrząsanie dowodów na korzyść zakażenia za pośrednictwem komarów, przytoczę tylko parę sposobów, jakie badacze włoscy starają się zastosować w miejscowościach, gdzie znajdują się komary przenośniki zimnicy, — mianowicie *Anopheles*.

Ważna jest rzeczą przedewszystkiem rozeznać tego szkodliwego komara. Ma on się wyróżniać przedewszystkiem według Grassiego i Ficalbiego tem, że obok rurki ssącej znajdują się długie macki, gdy inne komary z gatunku *Culex* tej odznaki nie posiadają.

Jednym z najprostszych środków jest oddawna przyjęty sposób spania pod kotarą z gazy. Komary napadają i szkodzą przedewszystkiem w nocy, — a więc spanie na otwartem powietrzu lub w mieszkaniu od komarów nieubezpieczonem, ułatwia drogę do zakażenia.

Sposób ten jest jednak niewystarczający. Lepszym jest według *di Mattei* należyte opatrzenie okien, polegające na zastosowaniu gęstej drucianej siatki. Oczywiście starać się należy wytępić te komary, które zapomocą drzwi już poprzednio do mieszkania się dostały. Sposób ten pozwolił w miejscowości najbardziej zimniczej w rzymskiej Kampanii (Campagna Romana) uchronić robotników kolejowych od zakażenia.

Komary mają zwyczaj chronić się do wszelkich ciemnych miejsc (piwnic, wykopów, ciemnych zakątków pomieszkań). Bardzo być może, że szerzenie się zimnicy wzdłuż kopanych kanałów miejskich, jakie niejednokrotnie zauważyli rozmaici lekarze, — tej właściwości komarów przypisać można. W ten sposób tylko mógłbym sobie wyjaśnić to z wielu stron potwierdzone spostrzeżenie, — gdyż ani prątki ani tembardziej zarazek zimnicy nie znajdują się w głębszych warstwach ziemi.

W miejscach takich, gdzie się komary gromadzą, radzą je tępić zapomocą bezwodnika siarkowego lub chloru. Szczególnie na chlor mają być one wrażliwe i szybko giną. Oczywiście, dla należytego wytępienia przestrzeń musi być zamknięta i chlor otrzymany w postaci wolnej z podchloranu wapna polanego kwasem solnym lub siarkowym.

Komary, jak wiadomo, mnożą się za pośrednictwem jajeczek, składanych na wodach stojących. Każdy staw, kałuża, bagienko, a nawet beczka z deszczówką, może być w ten sposób źródłem mnożenia się komarów. Po kilkunastu dniach widzi się pływające larwy komarów w postaci robaczka szybko pływającego po wodzie rzutami, przyczem ciało jego ciągle zgina się i wyprostowuje, — a w oczy się rzuca wielka głowa z potężnemi szczękami.

Larwy komara dojrzewają tak szybko, iż w ciągu roku wylęga się kilka pokoleń.

Tym właśnie rozwijającym się komarom badacze obecni wypowiedzieli wojnę. Tępią je wprawdzie ptaki wodne i błotne, ryby, żaby, ale do skutecznego wytępienia środki naturalne nie wystarczają. W ostatnich czasach przekonano się, że cienka powłoka nafty w ilości od 1 do 5 ctm. na 1 metr. kwadratowy, odcinając powierzchnię wody od zetknięcia się z powietrzem, zabija komary bardzo szybko. W ten sposób Celli Fermi i inni sądzi, że można wyniszczyć komary w pewnej miejscowości, stosując naftę raz na miesiąc w przeciągu 8—10 ciepłych miesięcy (u nas byłoby mniej).

Radzą je tępić również zapomocą proszku kwiatu *Chrysanthemum*, pod którym rozumieją zapewne *Pyrethrum roseum*, czyli t. zw. proszek perski. Tu jednak u nas może byłby znacznie od nafty droższym.

VI. Wyciągi.

R. Sabouraud. **Badania kliniczne i bakteryologiczne liszajca** *(impetigo)*. *(Annal. de Derm. et de Syph. Z. 1. 3. 4. 1900.)* Autor przytacza różne zapatrywania na tę chorobę, przychodząc w końcu do wniosku, że istnieją dwie postacie klinicznie znane: liszajec zakaźny (*impetigo contagiosa* Tilbury Fox) i liszajec krostowaty (*impetigo pustulosa* Bockhardt). Wszystkie dotychczasowe poszukiwania bakteryologiczne, przedsiębrane przez różnych autorów, nie dały dodatnich wyników z tego powodu, że technika nie była stosowną. Hodowle trzeba zakładać tylko na pożywkach płynnych, jak surowica krwi, bulion obojętny lub mięszanina tych obu p.żywek w równych częściach. Postępując wedle podanej przez S. techniki, otrzymuje się zawsze hodowle paciorkowców, gronkowce zaś, które wszyscy autorowie znajdowali, stanowią zakażenie wtórorzędne. W początkowych pęcherzykach znaleść go nie łatwo. Gdy S. zeskrobał początkowy rumień, poprzedzający pęcherzyk, znalazł pod drobnowidem nader mało ciałek ropy, a drobnoustrojów prawie nie było, co przypisuje mniejszej zdolności paciorkowca do zadrażnienia naczyń; następstwem mechanicznem jest wysięk surowiczy, który zawsze w znacznej ilości towarzyszy temu drobnoustrojowi tak, że pod wpływem jego powstają pęcherzyki pod warstwą rogową o treści przeważnie surowiczej, z małą ilością ciałek wypocinowych. Wysięk ropny pęcherzyka jest zawsze następstwem zakażenia wtórnego przez gronkowce. W dobrze wykształconym pęcherzyku widać liczne paciorkowce, nierzadko w postaci wyraźnych łańcuszków. S. uważa go za taki sam, jak łańcuszkowiec Fehleisena (róża).

Opierając się na tych badaniach, opisuje następnie autor budowę histologiczną tego cierpienia i jego powikłania, przechodząc wreszcie do zakażenia przewlekłego skóry paciorkowcami (*dermitis chron. streptococcica*). Tą nazwą obejmuje zapalenie skóry przewłoczne, w którem zawsze znalazł i wyhodował wyżej wymienione drobnoustroje, a do powstania którego potrzebny jest wedle S. jakiś uraz i pewna własność skóry, bliżej nam nieznana. Dlatego S. nazywa to przewlekłe cierpienie także „dermite traumatique á streptocoque". Wybuch poprzedza czasem dość znaczny świąd, a w przebiegu rozróżnić należy cztery okresy: rozpoczyna się wysiękiem, poczem następuje „transformation lichénienne", przekształcająca się w rzeczywistą „lichénisation" w końcu przechodzącą w stan prawidłowy. Anatomicznie znalazł pęcherzyk, jak przy wyprysku; w okresach późniejszych obrzęk naskórka, zgrubienie warst kolczastych (*acanthosis*), zwyrodnienie gąbczaste komórek naskórka, wreszcie zgrubiałe i jądrami opatrzone komórki licznych warstw niezupełnie zrogowaciałych (*parakeratosis*). Drobnoustroje nie łatwo znaleść można w skrawkach nawet dość świeżych pęcherzyków; łatwiej gronkowce, trudniej paciorkowce.

W końcu przedstawia autor wyniki badań liszajca krostowatego (*impetigo pustulosa* Bockhardt), który wedle niego jest najczystszą postacią zakażenia jednym rodzajem drobnoustroju. Siedliskiem tej zmiany jest zawsze okolica owłosiona, a odznacza się 4 cechami anatomicznemi: pęcherzyk napełniony ciałkami ropnemi, naskórek otaczający jest zniszczony, z reguły znajduje się włos, a pod pęcherzykiem zniszczenie tkanki. Przyczyną jest gronkowiec złoty (*staphyl. pyog. aur.*), który nagromadza się w dużych gronach pod warstwą naskórka, przykrywającego pęcherzyk, rzadko w ciałkach ropnych. Ten sam obraz spotykamy gdy krosta wywołaną jest działaniem środków drażniących (*ol. cadini, terebinth., ol. croton*). Zapalenie całej torebki włosowej (*folliculitis*), dołączające się tak często do tej zmiany, jest następstwem wkroczenia jadu w torebkę włosową i jej otoczenie. W trądziku zwyczajnym lub zgorzelinowym (*acne vulgaris, necrotica*) drobnoustroje rozrastają się więcej na powierzchni, podczas gdy zgorzel jest głęboką. Podobnie zapalenie paznogcia i tkanki otaczającej odnosi S. do działania tego samego jadu.

Tak jak przewlekłe zakażenie skóry paciorkowcami, istnieć ono może także przy zakażeniu gronkowcem ropn. złotym (*Staphylodermitis diffusa chron.*); obraz kliniczny i anatomiczny tych dwóch chorób jest zupełnie odmienny. Ostatnia ma przebieg raczej podostry, niż przewlekły, pojawiają się bowiem liczne nawroty napadowe, którym trudno zapobiedz. Anatomicznie pęcherzyki leżą w naskórku, najczęściej około włosa, napełnione ciałkami wypocinowemi i okazują niejako trzy warstwy. Na samej powierzchni mało ciałek, wśród surowicy gromady gronkowców; poniżej warstwa zbita przeważnie jąder ciałek ropnych, które idąc ku dołowi, są coraz luźniejsze. Naskórek otaczający jest okrągły i zgrubiały, na powierzchni warstwy zrogowaciało zgrubiałe (*hyperkeratosis*), w otoczeniu widać w powierzchownych warstwach liczne pęcherzyki w znacznej części surowicą, w części tylko ropą wypełnione. Autor stwierdza przytem nader ważny szczegół, że „zupełna czystość rozwiniętych gronkowców przy wszystkich zapaleniach, których one są przyczyną, jest zjawiskiem stałem", na co dotychczas nikt nie zwrócił należytej uwagi.

Przechodząc wreszcie w całości wszystkie objawy obu tych cierpień przewlekłych, S. utrzymuje, że postacie mięszane dają obraz wyprysku (*eczematisation* Francuzów), który, wedle niego, ma cechy choroby znanej pod ogólną nazwą liszajca (impetigo). S. twierdzi, że „wszyscy, cierpiący na wyprysk, są w rzeczywistości ludźmi, których przyskórek w znacznej części jest zakażony przewlekle, obu poprzednio omawianymi rodzajami drobnoustrojów". Pod nazwą „wyprysk" nie rozumie on jakiejś choroby lub zbioru objawów, ale szereg zakażeń mięszanych, a objawy mianuje „eczématisation" i „lichénisation", o ile powstają na skórze niezupełnie prawidłowej, do zakażenia podatnej. (*Prurigo diathésique* Besniera).

Dr Krzyształowicz.

Gavala (Wiedeń). **Przyczynek złośliwego zapalenia wsierdzia z licznymi przerzutami.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34, 1900). W przebiegu ciężkiego zapalenia wsierdzia przyszło do zmian, które budzą pewne zainteresowanie pod względem anatomiczno-patologicznym. Oględziny bowiem pośmiertne wykazały obecność przerzutów nietylko w płucach, śledzionie i nerkach, ale, — co się rzadko zdarza, — ogniska przerzutowe znachodziły się także w mózgu, mięśniu sercowym, wątrobie, jelitach i w tkance podskórnej. Większe ogniska okazywały wyraźną skłonność do ropienia, którego przyczyną był gronkowiec ropotwórczy, znaleziony na wybujałościach śródsierdzia. W końcu dodać należy, że punktem wyjścia całej sprawy chorobowej (zapalenia wsierdzia) było zapalenie ropne migdałków. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. E. Holländer. **Przyczynki do wczesnego rozpoznawania raka jelit** (dziedziczność i zmiany na skórze). (*Deut. med. Wochsch.* Nr. 10, 1900). Na podstawie historyi choroby udowadnia autor, że istnieje dziedziczność raka, i to w tem znaczeniu, że u chorych obciążonych istnieje nietylko ogólne usposobienie do schorzeń rakowatych, lecz także skłonność pewnych poszczególnych narządów, np. jelit. Następnie tu i ówdzie spostrzegał H. pewne zmiany na skórze, które uważa za znamienne (wśród pewnych okoliczności) dla schorzeń rakowych. Tu należą: 1) zmiany naczyniowe, jako plamki jasno czerwone, liczne, wielkości główki od szpilki i większe, wystercząjące nieco ponad poziom skóry. Wyglądają one jak włosowate wynaczynionki i naczyniaki, wzgl. włosowate tętniaki. 2) Płaskie, połyskujące, nieco zabarwione bujania nabłonka gruczołowego, podobne do „veruccae seniles". Te łojotokowate (*seborrhagicae*) brodaweczki rosną powoli, nigdy jednak nie przybierają cechy wybitnie złośliwej; 3) ciemne plamiste zabarwienie skóry, podobne do piegów, ale ciemniojsze, o brzegach szarpanych występujące stale na częściach skóry odzieżą nakrytych. *Herman.*

Doc. W. Sieradzki: **O tak zwanej *mors thymica.*** (*Pam. wydany na jub. prof. E. Korczyńskiego*). Wśród zagadkowych przypadków śmierci znajdują się takie, w których jedyną dostrzegalną zmianą w zwłokach jest powiększenie grasicy. Zejście śmiertelne w tych razach tłomaczą jedni uciskiem na tchawicę lub sąsiednie narządy n. p. nerw błędny lub żyły; inni uważają przerost grasicy za jeden z objawów ogólnego stanu chorobowego, cechującego się przerostem narządów limfatycznych, niedokształtem naczyń przy dobrem zresztą odżywieniu (*constitutio lymphatica* Paltaufa). W końcu niektórzy uważają za przyczynę śmierci istoty toksyczne, zawarte w grasicy. S. uważa wszystkie te tłómaczenia za możliwe, zapatrywanie zaś Paltaufa popiera przypadkiem śmierci nagłej, w którym znalazł u dziewczyny 18-letniej powiększoną grasicę, przerost gruczołów chłonnych i śledziony, wązką tętnicę główną i niedokształconą macicę. *Dr. Latkowski.*

Keschman (Wiedeń). **O wysadzonej gałce ocznej tętniącej** — *exophalmus pulsans.* (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33, 1900). Przy sposobności opisu podobnego przypadku podaje autor następujące wskazówki, tyczące się leczenia tego cierpienia: 1) Wszystkie przypadki (urazowe lub samoistne) tętniącej gałki ocznej winny być natychmiast leczone ze względu na grożące niebezpieczeństwo dla oka, — a to: 2) W pierwszym rzędzie przez ręczny ucisk tętnicy szyjnej wspólnej (*carotis com.*), następnie przez podwiązanie tętnicy szyjnej (*carotis*). Z ostatnim zabiegiem nie zwlekać, szczególniej w przypadkach, w których zaburzenia wzroku powiększają się podczas leczenia: 3) Wyjątek stanowią tętniące prze-

pukliny mózgowe i tętniące naczyniaki oczodołowe, — ostatnie, jeśli są dostępne, najlepiej usunąć przez galwanopunkturę.

Dr. Henryk Pisek.

Remy. **W sprawie duru i prątka durowego.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur* 1900. Nr. 8). Swoista rola chorobotwórcza prątka durowego, podana w wątpliwość około r. 1890 przez odkrycie prątka okrężnicy (*b. coli*), została w ostatnich latach znowu prawie powszechnie uznaną; niektórzy badacze do dziś dnia jednak są odmiennego zdania, opierając się na tem, że prątek durowy znajduje się w stolcach chorych na dur w ilości stosunkowo małej, że między prątkiem durowym a prątkiem okrężnicy, rosnącymi na tej samej pożywce, objawia się antagonizm i że prawie nigdy nie spotyka się prątka durowego w wodzie, która miała być pośrednikiem w zakażeniu, a natomiast zawsze można w niej znaleść prątek okrężnicy i postacie pokrewne. Usiłując trojaką tę wątpliwość wyjaśnić, zajmuje się R. przedewszystkiem zbadaniem sprawy obecności prątków durowych w stolcach chorych na dur; zdaniem autora jest to jedyną cechą, która sama dla siebie z całą stanowczością dozwala dur rozpoznać, jeżeli nawet niema innych objawów; natomiast odczyn Widala nie posiada tak rozstrzygającego znaczenia, jakie mu pierwiastkowo przypisywano, chyba, że występuje jeszcze w stosunku 1 : 50.

Poszukując prątków durowych w stolcach, należało przedewszystkiem obejrzeć się za pożywką, dozwalającą łatwo i napewno odróżnić prątki durowe od prątka okrężnicy. Autor przekonawszy się że ani znana pożywka Elsnera, ani inne później podane podłoża, pewności tej nie dają, wytworzył po długim szeregu prób pożywkę, jak utrzymuje, zupełnie odpowiednią, na której oba rodzaje prątków rozwijają się na sposób odmienny. Pożywka ta (12—15% żelatyny) zawiera małe ilości asparaginy, kwasów szczawiowego, mlekowego, i cytrynowego, oraz soli, Mg. 50_4, K_2. 50_4, Na Cl i t. d., 3% peptonu, i jest słabo kwaśną. Zapomocą tej pożywki poszukiwał autor prątka durowego 31 razy u 23 chorych na dur w różnych okresach choroby, z tego tylko 3 razy bez skutku, i to raz przez to, że na płytach wyrosło wogóle za dużo kolonij, raz przez to, że na płytach wogóle nic nie wyrosło; w obu tych jednak razach powtórne badanie po kilku dniach wykazało ostatecznie obecność prątków durowych. Trzeci raz nie znalazł R. prątków w stolcach z 7 i 8 tygodnia choroby u chorego, u którego poprzednio bez trudności je wykazywał. Natomiast raz wykryto prątki durowe w stolcach już w trzecim, raz w czwartym, 4 razy w piątym dniu choroby, 8 razy w 6-tym do 10-tego dnia.

Autor stwierdził, że ilość prątków durowych bywa z początku w stolcach małą, poczem wzrasta ona znacznie w drugim tygodniu choroby; niekiedy w tym czasie niema żadnych innych bakteryi w stolcach, prócz prątka durowego. W 3-cim i 4-tym tygodniu zmiejsza się zwolna ilość prątków durowych w stolcach, w końcu zaś znikają prątki te ze stolców zupełnie. W tym czasie obok prątka durowego może się w stolcach znajdować bądź bardzo wiele rozmaitych gatunków bakteryi, bądź też tylko kilka, a nawet tylko kilka odmian jednego gatunku. Prątki durowe, przez autora znachodzone w stolcach chorych na dur przedstawiały zawsze jeden i ten sam typ, nie wytwarzały indolu, nie wywoływały fermentacyi laktozy i łatwo podlegały zjawisku zlepiania się pod wpływem swoistej surowicy. Jednakże prątki, uzyskane ze stolców w drugim tygodniu duru, jakoteż wychodowane ze śledziony zmarłych na dur, posiadają wielką żywotność, natomiast prątki, wydzielone ze stolców przy końcu choroby, są mało żywotne, rozrastają się na pożywkach wolniej i skąpiej i łatwo giną.

Autor wykrył w stolcach trzech chorych prątki durowe wówczas, gdy nie było żadnych innych objawów rozpoznawczych, a odczyn Widala wypadał ujemnie. Na tej podstawie stwierdza autor, że ze wszystkich objawów jedna tylko obecność prątków durowych w stolcach może sama przez się uprawniać do stanowczego rozpoznania duru. W stolcach dwunastu chorych na inne choroby nie znalazł autor swoim sposobem ani razu prątków durowych. Wobec tego więc, że prątki durowe znajdują się stale w stolcach chorych na dur, a nigdy nie znajdują się w stolcach innych chorych, upadają, zdaniem autora wszelkie zarzuty przeciw swoistemu znaczeniu przyczynowemu prątków tych w durze.

C.

Edel i Volhard (Giessen). **Oznaczenie granic żołądka metodą Queiroloego.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 35, 1900). Do oznaczenia granic żołądka poleca Queirolo swój przyrząd, składający się z zwykłego zgłębnika żołądkowego, zakończonego pęcherzykiem; górny zaś koniec zgłębnika opatrzony jest dwiema rurkami, z których jedna połączona z bębenkiem Mareya, a druga zamykana kurkiem, z powietrzem atmosferycznem. Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka wdmuchuje się doń drugą rurką cokolwiek powietrza, wskutek czego pęcherzyk się nadyma, a bębenek napina. Skoro teraz palec opukujący brzuch, natrafi na żołądek, można zauważyć natychmiast wychylenie piszącego na bębenku piórka, które tak długo było spokojne, jak długo pod opukującym palcem znajdowały się jelita. Na podstawie dłuższych prób i doświadczeń nie rokują autorowie tej metodzie wielkiej przyszłości, twierdząc, że dotychczasowy sposób nadymania żołądka CO_2 jest prostszy i daje tak samo dokładne wyniki, a nie męczy chorego. Ma wreszcie i tę wielką zaletę, że właśnie przy rozstrzeni żołądka, wskutek zwężenia odźwiernika, pobudzając ruch robaczkowy, wyjaśnia równocześnie przyczynę rozstrzeni.

Dr. Henryk Pisek.

W. P. Aleksiejew. **Opadnięcie przedniej ściany pochwy u 6-letniej dziewczynki** (*Jeżeniedielnik żurnała prakticzeskaja Medycyna* 1900, Nr 26). Do autora przyprowadzono w marcu r. b. 6 letnią dziewczynkę z oznajmieniem iż jej coś z kroku wypadło; badanie przedmiotowe wykazało opadnięcie przedniej ściany pochwy, po odprowadzeniu której spostrzegł autor, iż błona dziewicza była przerwana i zbliznowaciała. Wywiady w kierunku świądu sromu i możliwego w takim razie samogwałtu dały wynik ujemny, wobec czego na razie autor nie mógł wykazać przyczyny rozerwania błony dziewiczej i rozciągnięcia przedniej ściany pochwy do tego stopnia, iż nastąpiło jej wypadnięcie. Dopiero po pewnym czasie udało się wydobyć z dziewczynki następujące opowiadanie: w początkach postu bawiła się ona z kilku innemi dziewczynkami i rówieśnikami chłopcami w „wesele“ i każda z dziewcząt dostała męża; otóż mąż jej spełnił dokładnie wszelkie obowiązki małżeńskie z widocznemi następstwami; „zabawy“ tego rodzaju miały się odbywać niejednokrotnie. Po odprowadzeniu opadniętej części błona śluzowa odzyskała prawidłowe wejrzenie i wielkość opadającej części znacznie się zmniejszyła; w tym okresie rodzina odebrała dziewczynkę ze szpitala.

Dr Gliński.

Dr E. Fushsig. **Doświadczenia z marmurowem mydłem Dra C. d. Schleicha.** (*Wien klin. Wochschr.* 1900, Nr 35). Autor badał w klinice Alberta, o ile mydło polecone przez Schleicha, a w skład którego wchodzi między innymi pył z marmuru i pasta stearynowo-woskowa z amoniakiem, nadaje się do odkażania rąk. Postępował ściśle wedle przepisów Schleicha, paznogcie obcinał krótko, a mydło wcierał przez 5 m., poczem kolcami drewnianymi ścierał powierzchowne warstwy naskórka i przeszczepiał na agar. I przekonał się, że ten sposób mycia rąk jest zupełnie nieodpowiedni, gdyż na 33 razy tylko w 4 przypadkach płyty pozostały jałowe. Dziwniejsze jeszcze to, że hodowle zakładane z tych samych rąk, ale nie mytych, wykazywały o wiele mniej kolonij, aniżeli po myciu. Ztąd wniosek, że wspomniane mydło nie nadaje się zupełnie do odkażania rąk.

W. Witaliński i Dr. S. Horoszkiewicz: **O próbie Florencea i jej znaczeniu w praktyce sądowo-lekarskiej.** (*Pam. wydany na jub. prof. E. Korczyńskiego*). Ponieważ wszystkie tkanki ustroju, zawierające lecytynę, uległą rozpadowi wskutek gnicia, dają próbę Florencea, dodatni więc wynik tej próby nie dowodzi obecności nasienia w badanym śladzie. W praktyce sądowo-lekarskiej ma się jednak zazwyczaj do czynienia ze śladem świeżo wylanego nasienia, tu więc ujemny wynik tej próby wyklucza z wielkiem prawdopodobieństwem obecność nasienia; dowodem niezbitym, że ślad pochodzi z nasienia jest zresztą tylko znalezienie plemników.

Dr. Latkowski.

Krause (Hamburg). **O wątpliwej wartości leczniczej antytusyny, jako środka przeciw krztuścowi.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr 34, 1900). Według wskazówek podanych przez innych badaczy, stosował autor antytusynę (na kształt wcierań szaruchy) w 17 przypadkach krztuśca różnego natężenia, dochodząc do wyników, stojących prawie w sprzeczności z innymi tego rodzaju ogłoszeniami (*Heim-Berl. klin. Wochft* Nr 50, 1899). W szczególności zaś okazało się: 1) Antytusynie nie można przypisać w krztuścu większej siły leczniczej, aniżeli innym dotychczas znanym środkom; morfina i bromoform znacznie lepiej skutkują. 2) Wcierki antytusyny dłuższy czas stosowane wywołują powierzchowne owrzodzenie, dające się usunąć trudno i już z tego powodu nie powinno się u dzieci tego leku używać. 3) Nie zauważono jakoby przetwór ten działał przeciwkurczowo, a wcale już nie stwierczono jakoby poszczególne napady kaszlu, co do swej ilości, doraźnie się zmniejszały. Wreszcie 4) nieznacznie pomyślny wpływ antytusyny, jak się tu i ówdzie pojawiał, przypisać można codziennemu mięsieniu, usuwającemu podnietę nerwową, która występuje przy każdym napadzie kaszlu.

Dr. Henryk Pisek.

* * *

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Asterol, jestto nowy związek rtęciowy. Ze stanowiska chemicznego jest parafenolosulfowinianem rtęciowo-amonowym, wyrabianym przez firmę Hoffmann-La-Roche & Co. w Bazylei. Przedstawia proszek brunatno biały, trudno rozpuszczalny w wodzie zimnej, łatwiej w gorącej. Zawiera 15·7% tlenku rtęciowego. Zgodnie z badaniami Steinmanna stwierdził Karchner, iż rozczyny asterolu nie strącają białka, a dzięki temu posiadają silniejsze własności bakteryobójcze w tkankach, aniżeli sublimat, jak również i działanie przetworu dosięgnie tkanek głębiej położonych, aniżeli to przy sublimacie ma miejsce. Karchner przekonał się, iż ze względu na zachowanie się do ciał białkowatych zrównoważa 5% rozczyn asterolu 1% rozczyn sublimatu. Ważną również i dodatnią własnością asterolu jest ta, iż rozczyn jego w używanem zgęszczeniu zupełnie nie oddziaływa na narzędzia żelazno, względnie stalowe. Doświadczenia autora w tym kierunku wykazały, iż 0·1‰ rozczyn sublimatu działa silniej na narzędzia, aniżeli 20% rozczyn asterolu. Co do działania toksycznego, to autor wykazał, iż rozczyny asterolu, wstrzyknięte do żyły, działają w tej samej mierze trująco, co rozczyny sublimatu. Różnica atoli w działaniu istnieje przy podaniu przetworu przez usta lub wstrzyknięciu podskórnie. Zwierzętom mógł autor wstrzyknąć podskórnie 0·021—0·041 gm. asterolu na 1 kg. ciężaru, bez wywołania odczynu; do przewodu zaś pokarmowego mógł bezkarnie wprowadzić 0·042—0·080 gm. na 1 kg. ciężaru ciała, nie wywołując zboczeń. Przy sublimacie wchodzą w grę nietylko trująco jego własności, ale i działanie żrąco; przy zastosowaniu asterolu działania żrącego prawie niema. (*Deutsche Aerzte Ztg.* Nr. 7, 1900). *Dr. Ig. L.*

Dr. Frieser (Wiedeń). **Działanie i wartość lecznicza bromipiny** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 21, 1900). Na podstawie dłuższego doświadczenia zaleca autor usilnie stosowanie bromipiny (związku bromu i olejku sezamowego) w tych wszystkich przypadkach chorobowych, w których dotychczas używano bromku potasowego i to tem bardziej, że bromipina 1) opuszcza żołądek bez zmiany, ulegając dopiero wessaniu w jelitach, 2) może być wprowadzoną do ustroju w większych dawkach i przez dłuższy czas, nie wywołując żadnych, choćby najmniejszych, ubocznych działań niekorzystnych. Z wejrzenia i smaku podobną jest bromipina do olejku sezamowego i może być podawaną albo sama przez się (3—4 łyżki dziennie), albo też w połączeniu z olejkiem miętowym, lub wreszcie i podskórnie. *Dr. Henryk Pisek.*

Sickinger i Probst (Wiedeń). **O wynikach po stósowaniu sanatogenu** (*Wiener med. Presse* Nr. 23, 1900) Szesnastu umysłowo chorym podawano sanatogen po 2 łyżeczki dziennie w mleku, czem osiągnięto znakomite wyniki. W szczególności zaś okazało się, że przetwór ten jest bardzo dobrym środkiem odżywczym, bogatym w białko, lekko strawnym, pobudzającym przemianę materyi i podnoszącym wagę ciała, zwłaszcza w nerwicach, połączonych z fosfaturyą. *Dr. Henryk Pisek.*

Resaldol jest to wytwór zgęszczenia saloformu z rezorcyną. Przedstawia się w postaci proszku bezpostaciowego, bardzo lekkiego, barwy żółtej. Proszek ten nie rozpuszcza się w wodzie, również w kwasach, łatwo jest jednak rozpuszczalny w alkaliach. Badania przeprowadzone przez Grawitza i Hermanna wykazały, iż przetwór ten jest względnie nietrujący, że się rozpuszcza dopiero w treści alkalicznej jelit, gdzie ulega wchłonieniu. Środek ten, nie posiadający smaku, podany być może przez usta lub w lewatywie, posiada własności słabo antyseptyczne. Stósowano ten środek w nieżytach jelit ostrych i przewlekłych. Dobre wyniki otrzymano również, stosując go w biegunkach u dzieci w następstwie ostrego nieżytu żołądka i jelit, jakoteż w gruźlicy jelit. W durze dał resaldol wynik ujemny. Dawka 3—5 grm. na dzień. *Dr. Ig. L.*

VIII. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

V.

Nigdzie nie brak jednostek, które, powodowane bezinteresowną miłością bliźniego zostawiają znaczniejsze zapisy, a nieraz i cały majątek na cele dobroczynne. — Nie biorąc w rachubę zapisów tak śmiesznych jak n. p. na cmentarze dla psów i kotów, gdzie nieumiejące nic lepszego robić istoty opłakują zgon swych „najwierniejszych przyjaciół“, zdarza się, że zapis tak jest obwarowany, że donioślejszego znaczenia wyników z jego pomocą otrzymać nie można, ale zdarza się również, że mimo najlepszych chęci testatora, jego mienie wskutek wadliwego zrozumienia jego zamiarów, lub wprost ze złej woli osób, do rozporządzenia niem powołanych nie oddaje pożądanych usług, lub nawet marnuje się. Żadną miarą nie można tego powiedzieć o fundacyjnych zakładach monachijskich. Powstały one po większej części z ofiarności publicznej i z tej też ofiarności wyłącznie lub z niewielkiego równocześnie zasiłku państwowego żyją i znakomite oddają usługi.

1. Przytułek dla ozdrowieńców (Münchener Rekonvalescenten-Anstalt). W roku 1861 powstało w Monachium towarzystwo opieki nad ozdrowieńcami; król Ludwik I Bawarski objął nad niem protektorat i ofiarował 20.000 fl. na kapitał zakładowy i 600 fl. rocznie na bieżące potrzeby towarzystwa. Obecnie, dzięki licznym zapisom, wynosi majątek towarzystwa 376.000 marek. Zakład, zostający pod opieką tego towarzystwa i utrzymywany z jego funduszów, mieści się w jednopiętrowym budynku, przerobionym na ten cel z dawnej szkoły miejskiej. Na pierwszem piętrze znajduje się 5 pokoi sypialnych z 20 łóżkami i dwie sale, przeznaczone do użytku wśród dnia; parter przeznaczony jest na mieszkanie dla 4 zakonnic, prowadzących gospodarstwo i nadzór i na mieszkania dla służby, kuchnię i t. p. Od założenia towarzystwa do roku 1893 znajdowało tu opiekę 6867 ozdrowieńców przez 125.237 dni, wypada więc po 18 dni przeciętnie na osobę. Koszta utrzymania wynoszą 2 mk. 20 f. dziennie na głowę. Zakład przyjmuje przedewszystkiem ozdrowieńców ze szpitali, po chorobach ostrych gorączkowych, ale także i osoby z cierpieniami przewlekłemi, nie zaraźliwemi, nie na dłużej jednak, jak na 30 dni. Pensyonaryuszom wolno wśród dnia wychodzić z zakładu dla wyszukania sobie zajęcia, są oni jednak obowiązani do trzymania się godzin posiłku i spoczynku.

2. Zakład dla głucho-niemych (Königliches Central-Taubstummen-Institut). 80 dzieci głuchoniemych znajduje tu pomieszczenie i pobiera naukę. W roku szkolnym 1898/99 było w tej liczbie 52 chłopców i 28 dziewcząt. W dużym gmachu, na ten cel zbudowanym, znajduje się cały szereg sal szkolnych, muzeum, biblioteka, sypialnie, sale jadalne, ubikacye przeznaczone dla zabawy i gimnastyki, mieszkania dyrektora zakładu i służby, oddział dla chorych, dwie kaplice, katolicka i protestancka, wreszcie kuchnia, pralnie, łazienki i t. d. Wszędzie dużo światła i powietrza, wszędzie czystość wzorowa. Do użytku dzieci w chwilach wolnych od nauki przeznaczony jest dość duży ogród, w którym w dnie pogodne odbywają się zabawy i ćwiczenia gimnastyczne. Personal nauczycielski złożony jest z 12 osób, służby jest 9 osób. Nad zdrowiem wychowanków czuwa lekarz zakładowy i dentysta. Na choroby jamy ustnej i stan zębów zwraca się tu baczną uwagę, aby uniknąć zmian chorobowych, któreby mogły utrudnić naukę wyraźnej wymowy. Nauka trwa lat 7, wychowańcy uczą się mówić i rozumieć mowę drugich czytając ją z ruchu warg i ust, czytać i pisać i przedmiotów szkolnych w zakresie naszej V, względnie VI klasy wydziałowej. Prócz tego chłopcy uczą się modelowania w gipsie i rysunków, a dziewczęta robót kobiecych. Wykształcenia zawodowego ten zakład nie daje. W ostatnich czasach zaczęto baczniejszą uwagę zwracać na wychowańców, posiadających jeszcze resztki zmysłu słuchu i przekonano się, że dzieci takie, jeśli się ten ich słuch w nauce bierze do pomocy, łatwiej uczą się mówić, mówią wyraźniej i chętniej i wogóle większe robią w nauce postępy. Równocześnie jednak towarzystwo całkowicie głuchych dzieci oddziaływa na dzieci nieco jeszcze słyszące niekorzystnie, zapominają one dźwięków wyuczonych i stają się w zachowaniu podobne tym całkowicie upośledzonym. Wobec tego wyłania się po-

trzeba rozdzielania takich dzieci na różne klasy, lub nawet, co byłoby najodpowiedniejsze, tworzenia odrębnych zakładów.

3. Dom sierot (Das neue Waisenhaus). Kosztem miliona marek, już za miastem, naprzeciw letniej rezydencyi królewskiej „Nymphenburg", wybudowano wspaniały pałac, przeznaczony na pomieszczenie 200 katolickich sierót obu płci. Obszerne i widne korytarze, wygodne marmurowe schody prowadzą do ogromnych i jasnych sal dwupiętrowego gmachu, ogrzanego centralnie i oświetlonego elektycznością. Sypialnie, w których na każdego wychowanka wypada 20 m.³ powietrza, sąsiadują z osobnemi szatniami i umywalniami; o łazienkach z wannami i tuszami nie zapomniano tu także. Znajdują się tu też osobne jadalnie i pokoje do pracy i zabaw, oddzielona zupełnie infirmerya, a na parterze bardzo ładna kaplica i duża sala, przeznaczona na ogólne zebrania. Magazyny zaopatrzone obficie; leżą tam całe postawy sukna, płótna na bieliznę i mundurki wychowanków. Dozór i gospodarstwo domowe pozostaje w rękach zakonnic. W budynku gospodarskim znajdują się mieszkania służby, pralnia parowa i obora dla krów; kuchnia pomieszczona jest na parterze budynku głównego; duży ogród zaopatruje obficie w warzywa kuchnię zakładową. Pomiędzy ogrodem, a budynkiem głównym znajdują się dwa boiska, przeznaczone na zabawy i ćwiczenia gimastyczne chłopców i dziewcząt.— Naukę pobierają dzieci w najbliższej szkole miejskiej, gdzie umieszczone są w odpowiednich klasach. Zdolniejsze dzieci uczęszczają też do szkół średnich i wyższych z pomocą instytucyi, a mniej zdolne uczą się rzemiosł.

IX. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

I. Sekcya pedyatryczna (c. d.).

Zestawił Dr. A. Kwaśnicki.

Trzeci temat: Gruźlica u dzieci.

D'Espine (Genewa) sprawozdawca: *Zarazek gruźlicy dziecięcej. Zapobieganie.* Źródłem zarazka gruźliczego jest plwocina, mokra czy wyschnięta. Dzieci nabywają gruźlicy prawie zawsze przez wdychiwanie zarazka. Po plwocinie drugie miejsce zajmuje surowe mleko od krowy gruźliczej, o wiele rzadziej od kozy, zwłaszcza gdy te zwierzęta mlekodajne cierpią na gruźlicę gruczołów sutkowych. Mleko surowe, jako nośnik zarazka gruźliczego, odgrywa szczególnie wielką rolę w najwcześniejszym wieku dzieci. W okresie pierwszego dziecięctwa (0—2 lat) pocałunki gruźliczej matki lub wychowawczyni stać się mogą czynnikiem zakażenia. U dzieci nieco starszych (2—5—6 lat) częstość gruźlicy jest większa i ma za punkt wyjścia gruczoły oskrzelowe; ztąd przez styczność rozszerzyć się może na płuco, a nawet, drogą zatorów, po całym ustroju. Zarazek może się ograniczyć do gruczołów oskrzelowych i nie wystąpić dalej, chyba pod wpływem chorób rozsiewających gruźlicę, jak krztusiec, grypa, odra i t. d. Wielka częstość zakażenia gruźliczego w wieku od 2 do 5 lat polega na złym zwyczaju dzieci w tym wieku brania wszystkiego do ust, a zwłaszcza własnych palców, wyjątkowo czystych, a więc łatwo mogących stać się przenośnikiem zarazka gruźliczego. Spędzając czas przeważnie na ziemi, przebywają w ognisku plwocin, kurzu i wszelkiej innej nieczystości. Począwszy od 6 r. życia, aż do okresu pokwitania, gruźlica staje się rzadszą i najczęściej datuje swój początek w okresie poprzedzającym. Zakażenie w szkole jest łatwiejsze niż w domu. Zaszczepienie gruźlicy na skórze, zdarzające się wyjątkowo tylko, mniej trafia się u dzieci, niż u dorosłych. Skłonność odziedziczona odgrywa niezaprzeczalną rolę w powstawaniu gruźlicy u dzieci: te właśnie dzieci należy otoczyć warunkami zapobiegawczymi. Zapobieganie gruźlicy dziecięcej powinno polegać 1) na utrudnieniu dostępu zarazkowi i 2) na zmniejszeniu skłonności dziecka do łatwego zakażenia się gruźlicą. Zatem: a) karmić dziecko mlekiem krowiem tylko przegotowanem, a jeśli surowem, to tylko po stwierdzeniu stanu zdrowia krowy tuberkuliną. b) Upewnić się, że matka (względnie mamka) nie cierpi na gruźlicę. c) W rodzinie gruźliczej należy przedsięwziąć wszelkie możebne ostrożności, by uchronić dziecko, z natury więcej już usposobione do przyjęcia zarazka, od zetknięcia się z nim: matka gruźlicza, tak jak i inne osoby z tej rodziny, nie powinny dziecka całować, zaprowadzenie spluwaczek jest niezbędne, w miejsce zamiatania zaprowadzić wycieranie podłóg wilgotną szmatą. d) W szkole nie powinni być nauczyciele suchotnicy, oraz uczniowie cierpiący na gruźlicę. e) Wystawić w zdrowych okolicach zakłady dla ubogiej a od urodzenia wątłej młodzieży. f) Rozszerzać instytucyę kolonij letnich dla uczniów. g) Zwalczać pierwsze objawy gruźlicy jak najwcześniej w sanatoryach, urządzonych na wyżynach lub brzegu morskim.

M. Hutinel (Paryż) sprawozdawca: *Dziedziczenie gruźlicy.* Gruźlica rodziców odziedzicza się przez potomstwo w trojakiej postaci: przez przeniesienie na dzieci zarazka; przez udzielenie im pewnej skłonności do gruźlicy; wreszcie przez wybitne zboczenie i upośledzenie odżywcze. Te trzy postacie występują bądź oddzielnie, pojedynczo, bądź też łącznie.

W ścisłem tego słowa znaczeniu istotnem dziedziczeniem gruźlicy należałoby nazwać bezpośrednie przejście podczas poczęcia zarodka gruźliczego z rodziców na płód. Lecz tego rodzaju poczęciowe przeniesienie się zarazka nie wyszło z granic przypuszczenia, którego nie popiera żaden fakt znany, a wszczególności przeniesienie się pasorzyta od ojca niema za sobą żadnego dowodu. Możebność jednak istnieje, że płód przychodzi na świat zakażony gruźlicą: w takim razie zakażenie nastąpiło w łonie matki, najprawdopodobniej przez łożysko, którego zajęcie może być nader małe i przeoczalne. Gruźlica wrodzona spostrzeganą była tylko u płodów nieżywo urodzonych, lub u noworodków, które wcześnie pomarły; stwierdzono ją także u dzieci prawidłowo rozwiniętych i do życia zdolnych. Dziedziczenie zatem gruźlicy nie może być dziś już zaprzeczone i może odgrywać rolę znaczną w szerzeniu się suchot.

Gruźlica przodków sprowadza u potomstwa pewien niedorozwój cielesny, który często schodzi się z odziedziczoną skłonnością do gruźlicy, nie będąc jednak jednym i tym samym objawem. Zapiski kliniczne stwierdzają nader częsty fakt gruźlicy, u dzieci pochodzących z rodziny suchotniczej, a która jest do pewnego stopnia prostem następstwem odziedziczonej skłonności; oprócz tej skłonności nie należy spuszczać z oka przy badaniu etyologii gruźlicy, czynnika samozakażenia. Znaczna liczba przypadków gruźlicy w latach dojrzałych bierze początek w ognisku utajonem, które pochodzi w prostej linii od zarazka, udzielonego przez gruźliczych przodków. Odziedziczona skłonność uwydatnia się jeszcze złośliwym przebiegiem gruźlicy: dziecko nie tylko jest wystawione na gruźlicę, ale często słabo się jej opiera.

M. André Moussous sprawozdawca: *Postacie kliniczne gruźlicy wczesnego dziecięctwa.* W rozwoju swym u dzieci w wczesnym okresie ich życia przyjmuje gruźlica dwie odmienne postacie kliniczne; A) Gruźlica ostra, przebiegająca ze wszystkimi objawami choroby zakaźnej i B) gruźlica ogólna przewlekła, zwykle mająca wszystkie cechy chery *(cachexia).* Czy istnieje potrzeba uznania jeszcze trzeciej postaci, przeostrej? pytanie prowadzi do klinicznego uwzględnienia spółistniejących z gruźlicą zakażeń: odrowego, krztuścowego, błoniczego i td. Wszystkim typom gruźlicy u dzieci, towarzyszy ogólny obrzęk gruczołów chłonnych (micropolyadénopathie généralisée). Wreszcie gruźlica rozszerza się i na opony mózgowe, gdzie wywołuje jednę z najcięższych chorób wieku dziecięcego: zapalenie opon mózgowych gruźlicze.

M. Richardière spółsprawozdawca: *Postacie kliniczne gruźlicy wczesnego dziecięctwa.* Richardière rozróżnia:

1) Dziecięcą gruźlicę ogólną, bez specyalnego umiejscowienia się, z przebiegiem ostrym; tu należą a) zakażenia gruźlicze pierwotne, przeostre Landouzyego, przebiegające z cechami duru i nie wykazujące na stole sekcyjnym gruzełków, lecz laseczniki gruźlicze. Byłaby to więc postać lasecznikowa bez gruzełków; b) gruźlica ostra prosówkowa (ziarnica, *granulie d'Empis).* Ta postać przebiega z objawami durowymi i ma dwie odmiany: durowa zwykła i złagodzona.

2) Gruźlica dziecięca ogólna z przebiegiem ostrym, umiejscowiona przeważnie w oskrzelach i płucach. Dla jasności wykładu należy ją podzielić na postacie: a) oskrzelową, b) dychawiczą, c) oskrzelowo-płucną, d) śledzionowo-płucną i e) opłucnową.

3) Gruźlica dziecięca z przebiegiem powolnym (phtysis pulmonum commune). Ta postać bardzo zbliżona do gruźlicy osób dorosłych, a różni się skłonnością do uogólnienia się w ostatnim okresie choroby.

Stwierdzenie laseczników w plwocinie daje pewność rozpoznania; wszelkie inne sposoby badania klinicznego, nie użyczają tej pewnosci, lecz nie są bez wielkiej nawet wartości rozpoznawczej: do tych należy stwierdzenie przerostu wszystkich gruczołów chłonnych *(micro-polyadénie).* Wstrzyknięcie tuberkuliny o tyle nie jest roztrzygające, że może wywołać podniesienie ciepłoty u niektórych osób niegruźliczych. Röntgenografia daje wyniki zbyt niedokładne, a serodyagnostyka do tej pory nie ma zastosowania. (C. d. n.)

X. Wiadomości bieżące.

†

Dr. ALEKSANDER ZAREWICZ

profesor nadzwyczajny dermatologii i syfilidografii w Uniw. Jag., długoletni prymaryusz szpitala św. Łazarza, członek Komisyi Redakcyjnej „Przeglądu Lekarskiego“, b. wieloletni członek zarządu Towarz. lekar. krakowskiego, zakończył życie nocy dzisiejszej, licząc lat 57.

Dzieląc się dziś tą bolesną a tak niespodziewaną wiadomością z czytelnikami naszego pisma, w numerze następnym podamy życiorys nieodżałowanego kolegi.

Kraków 20 września.

* Dopuszczenie kobiet do nauk i akademickich stopni lekarskich stało się w Austryi faktem dokonanym, a z dokonanym faktem zamyka się wszelka dyskusya zasadnicza nad tą sprawą. Orędowniczka piękna i dobra, Beatryce geniuszów, bożyszcze w świątyni Afrodyty idzie w służbę Minerwy i z szczególną lubością wybiera sobie najtrudniejszy i najodpowiedzialniejszy zawód — lekarski. Doświadczenie życiowe najlepiej pouczy, jaka rola przypadnie kobiecie lekarce: po latach dopiero ocenić będzie można, czy jej pracowitość Penelopy nabierze kiedy zapału i zamiłowania do odkryć naukowych; czy pamięciowe uczenie się, w czem celuje, rozwinie się w zdolność i łatwość pojmowania, przyswajania i samoistnego wnioskowania i czy przypadnie jej w udziale twórczość, skoro służąc przez tyle wieków muzom, nie wydała ani jednego kompozytora, malarza, z samoistnym geniuszem twórczym.

Podwodnym kamieniem dla żywiołu niewieściego, o ile się poświęcić zamierza medycynie, będzie nowa austryacka ustawa egzaminacyjna. Wyuczenie się na pamięć z podręcznika nie popłaca według tej ustawy: domaga się ona od kandydatów osobistego wnioskowania, krytycznego sądu, nie będących wcale cechą umysłu żeńskiego; czy dar samego przystosowania się umysłowego ten szkopuł kiedy usunie? czy zmiana wielowiekowego kierunku wychowania kobiety zdobędzie moc odmienienia przedwiecznych i bezsprzecznie istniejących jej przeznaczeń?

Jeśli z tych kilku wierszy wieje jakaś niepewność czy powątpiewanie, to z drugiej strony nie wahamy się przyznać, że obdarzona od przyrody sercem miłosiernem, współczującem, wniesie kobieta do zawodu lekarskiego nieoceniony skarb etyczny, tak nierozdzielny z wykonawstwem lekarskiem, który jednak, wśród walki o byt, począł w czasach nowożytnych mniej być ceniony przez stan lekarski. Dopuszczenie kobiet w Austryi do uniwersyteckich studyów lekarskich spotyka kobietę polską poczęści przygotowaną: jest ona od niepamiętnych czasów lekarką, tradycyjnie i z zamiłowaniem oddającą się, zwłaszcza po wsiach, niesieniu pomocy chorym. Misyonarski jej nastrój, uspołecznienie, jak w żadnym innym narodzie, niezaprzeczona zdolność i szczery zapał — znajdą na nowej arenie szeroki zakres działania. Wierząc sumiennie, że kobieta polska dla Minerwy nie wyrzeknie się Larów i Penatów, że w pościgu za złudnemi zwycięstwami nie uroni drogich skarbów swej duszy, witamy w niej nowy czynnik społeczny i ekonomiczny.

* Ministeryum oświaty wydało równocześnie rozporządzenie, dotyczące przypuszczenia kobiet do zawodu farmaceutycznego. Pod względem studyów przygotowawczych kobiety mają być zrównane z mężczyznami. Prawo kobiet do samodzielnego prowadzenia aptek zawisłem będzie od szczególnego zezwolenia ministerstwa spraw wewnętrznych.

* Rozporządzenie ministeryalne, odnoszące się do przypuszczenia kobiet, jako słuchaczek zwyczajnych, do studyów lekarskich i do zawodu aptekarskiego, wchodzi w życie od 1 października b. r.

* »Liečnički Viestnik« podał w Nr. 9 obszerne (8 stronic) streszczenie jubileuszowego zeszytu »Przeglądu Lekarskiego«; pracy tej, zawierającej szkic dziejów Wydziału lekar. Uniw. Jag., dokonał Dr. G. Koczyński z Zagrzebia.

Wobec nawiązanego stosunku jest rzeczą w wysokim stopniu pożądaną, ażeby lekarze polscy stale posyłali swe prace literackie do redakcyi »Liečničkiego Viestnika« (Zagrzeb (Agram), Gundulićeva ulica, 18).

* Zarządy: Stowarzyszenia wstrzemięźliwości w Wiedniu i Stowarzyszenia austryackiego przeciwko pijaństwu, zwróciły się do ministerstwa spraw wewnętrznych z podaniem o uzyskanie wykazów statystycznych, dotyczących ilości zużywanego wyskoku w Austryi; do tego podania oba zarządy dołączyły prośbę, ażeby ze względu na niektóre specyalne sprawy wykazy te sporządzali lekarze rządowi. Ten materyał statystyczny ma służyć do obrad, które w przyszłym roku odbędą się podczas Zjazdu międzynarodowego dla walki z opilstwem. Ministeryum przychyliło się do tej prośby i zarządziło odpowiednie kroki.

* Z powodu zaprzeczenia praw biernych i czynnych Dr. med. baronesie Possanner przy wyborach do wiedeńskiej Izby lekarskiej, założyła ona rekurs do namiestnictwa; gdy i tu praw tych nie uwzględniono, apelowała do ministerstwa spraw wewnętrznych, które także rekurs odrzuciło. Baronesa Possanner postanowiła udać się do Najwyższego trybunału państwa.

* Mór w Glasgowie trwa dalej: codziennie niemal notowane są nowe przypadki. O dalszem szerzeniu się zarazy w miejscowościach odległych pewnych wiadomości niema.

* Na tegorocznym międzynarodowym Zjeździe dla higieny i demografii podniesiono, że należałoby w celu obrachowań porównawczych, zaprowadzić we wszystkich krajach jednostajną terminologię i podział chorób. Wybrana w tym celu komisya oświadczyła się za terminologią nozologiczną, której używa miejski zarząd Paryża. Delegaci różnych krajów oświadczyli, że są gotowi popierać tę uchwałę u swoich rządów i starać się wprowadzić ją od 1 stycznia 1901 r.

Mianowania i odznaczenia: Dr. Leon Marchlewski, starszy inspektor ogólnego Zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie, otrzymał stanowisko docenta chemii ogólnej w U. J.

Nekrologia: Zmarli: Wilhelm Ahles, prof. botaniki i farmakognozyi w Stuttgardzie. A. Simpson, prof. sądowej medycyny, w Glasgowie. Antoni Ziemięcki, urodz. r. 1836, zakończył życie w Mińsku litewskim.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *W Gazecie Lekarskiej* Nr. 37: Wattena I.: Przyczynek do operacyjnego leczenia kłótych ran serca. Ossowskiego A.: Przypadek złośliwej posocznicy, pochodzącej z zepsutego zęba. Jakowskiego M.: Udział mikroorganizmów w powstawaniu zakrzepów żylnych (dok.)

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 29 Września 1900. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

†

ALEKSANDER ZAREWICZ

Doktor medycyny, profesor nadzwyczajny dermatologii i syfilidografii w U. J., prymaryusz szpitala św. Łazarza, członek Towarz. lekar. krakowskiego, naczelny lekarz krakow. Towarz. wzajemnych ubezpieczeń, zakończył życie w Krakowie, licząc lat 56.

W świecie moralnym, jak i w świecie fizycznym, ten cios jest najcięższy i najdotkliwszy, który spada znienacka; iście niebiańskim darem jest zdolność moralnego przystosowania się człowieka do wstrząśnień, któremi się znaczy prawdziwie nieraz czarny szlak naszego żywota. Męzkiej postawy, żywej cery, zrównoważonego umysłu i temperamentu śp. Aleksander Zarewicz nie przygotował nas do zrezygnowanego przyjęcia tej niepowetowanej straty, którą przez Jego śmierć przedwczesną i nieoczekiwaną poniósł ogół lekarski, a zwłaszcza ci najbliżsi koledzy, którzy od przeszło ćwierć wieku z Nim się zżyli i na licznych polach zawodowo-obywatelskich obowiązków szli w jednym szeregu, ręka w rękę. Szeroki zakres działania, liczne instytucye, w których był czynny, rozległa praktyka lekarska czynią ubytek takiej jak śp. Zarewicz jednostki dotkliwą stratą ogółu, która nie łatwo przyjdzie się powetować.

Śp. Aleksander Zarewicz urodził się dnia 8 październ. r. 1843 w Samborze; do gimnazyum uczęszczał w Krakowie, gdzie też wstąpił na wydział lekarski Uniw. Jagiel., który ukończył w r. 1868 ze stopniem doktora medycyny, a w r. 1872 i doktora chirurgii. Jeszcze podczas studyów uniwersyteckich, od r. 1866 do 1871, był ś. p. Z. asystentem świeżo założonej kliniki chorób skórnych i wenerycznych, a równocześnie przez dwa lata asystentem przy katedrze fizyologii. W r. 1871 został mianowany sekundaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Ducha, a już w r. 1874, po krótkiem zastępstwie, otrzymał posadę prymaryusza tego oddziału i stanowisko to piastował do śmierci. Wykłady rozpoczął w r. 1884, mianowany docentem chorób wenerycznych; w r. 1896 otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w następnym rozszerzono Mu *veniam legendi* i na choroby skórne; nie doczekał się już jednak nominacyi na rzeczywistego profesora nadzwyczajnego, choć przed paru miesiącami wyszła w tym względzie propozycya od Wydziału lekarskiego. Był również parokrotnie współegzaminatorem przy rygorozach medycznych.

Dwukrotnie, w r. 1884 i 1887, zaszczycony był mandatem członka Komisyi sanitarnej miejskiej „mającej za zadanie opiekować się sprawami zdrowotnemi naszego miasta“.

Żywot i czyny śp. Zarewicza cechowała nieposzlakowana godność i czystość charakteru; działalności jego zawodowej i obywatelskiej, jaśniejącej męzką szczerością i otwartością, nigdy nie przyćmiewał cel uboczny, próżność lub sobkowstwo; — mówił i czynił zawsze wedle swego przekonania, bez względu na to, czy Mu to szkodę czy pożytek przyniesie. Każdą sobie poruczoną sprawę traktował z całym zapałem, a przytem nadawał jej cechy swego odrębnego indywidualizmu. Te znamiona dodawały wyrazistości Jego pracy, wybitnie rysującej się na stanowisku prymaryusza i profesora.

Jako klinicysta umiał łączyć intuicyę i uczucie z wiedzą i stanowczością; ten rys jednał Mu wszystkich. Na posadzie prymaryusza szpitala św. Łazarza był wysoko cenionym i kochanym przez lekarzy, którzy korzystali z Jego olbrzymiego doświadczenia i kształcili się na wyćwiczonych specyalistów; chorzy patrzyli na Niego z czcią i głęboką ufnością, gdyż nauką i stanowczością umiał wlać w nich bezgraniczną wiarę, a okazywanem spółczuciem dla ich cierpień wzbudzał wdzięczną miłość dla siebie.

Pomimo, że wolny był od ambicyi daleko sięgających, pracował naukowo z zamiłowaniem wielkiem dla wiedzy lekarskiej, a zwłaszcza swojej specyalności, jak to świadczy spis Jego prac ogłoszonych drukiem. Nadewszystko poświęcał swe siły prowadzeniu oddziału, który, mimo licznych braków w urządzeniach technicznych, mógł służyć za wzór; do sal tego oddziału wprowadzał swych uczniów i wpajał w nich wiedzę praktyczną, nabytą własnem doświadczeniem. Trudno o wykład więcej ścisły i jaśniejszy.

Przez cały szereg lat skupiał śp. Zarewicz koło siebie liczne grono studentów, których umiał do pracy zachęcić; nie podawał im bowiem suchych formułek zaczerpniętych z książki, lecz pouczał na licznym materyale oddziału tych metod klinicznych, których nabył sam w długoletniej pracy klinicznej. Nabytkami ciągle postępującej wiedzy, jako też i własnego doświadczenia, skwapliwie dzielił się z słuchaczami i pomocnikami tak, że stworzył zastęp wyznawców swoich poglądów, przejętych Jego zasadami ścisłego badania, a którzy dziś szczycą się tem, że byli niegdyś Jego uczniami.

Nieskazitelność i wysoka sumienność w wykonywaniu obowiązków swego zawodu jednała Mu ogólne uznanie w kołach kolegów, uczniów i całego społeczeństwa. Jako naczelny lekarz Działu życiowego Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń, umiejętnością, rzetelnością, a co na tem stanowisku najważniejsze, nieskażoną prawością charakteru zyskał śp. Zarewicz najwyższe uznanie.

Towarzystwo lekarskie straciło w Nim długoletniego, bo 25 lat urzędującego członka Zarządu, który od żadnej czynności, od żadnego trudu, podjętego dla dobra Towarzystwa, nigdy się nie usuwał. Zjazdy lekarskie polskie, o ile odbywały się w Krakowie, miały w Nim gorliwego i czynnego organizatora.

Przeszło ćwierć wieku był członkiem Komisyi redakcyjnej „Przeglądu Lekarskiego“ i na tem stanowisku położył nieobliczone zasługi wytrawnym sądem i niezaprzeczoną kompetencyą w sprawach naukowych swojej specyalności.

Strata tak wysoko obdarzonej jednostki dotyka całe społeczeństwo, które opłakuje w Nim zdolnego i sumiennego lekarza, Uniwersytetowi zaś ubyła siła dydaktyczna; z grona badaczy polskich ustąpił jeden z pracowników w winnicy piśmiennictwa polskiego; Towarzystwo lekars. straciło niestrudzonego członka, koledzy serdecznego i uczynnego towarzysza zawodu, uczniowie wreszcie światłego i wypróbowanego nauczyciela.

Poszedł w wieczne cienie, ale pamięć o Nim, jak i nauka, którą tak gorliwie w nas wszczepiał, pozostaną w nas i w naszych następcach.

Śp. Zarewicz ogłosił drukiem następujące prace:

1. Poszukiwania rtęci w moczu. Kraków 1867.
2. Ocena dzieła Neumanna p. t.: „Nauka o chorobach skóry.“ (*Przegl. lek.* 1873).
3. O leczeniu kiły wtórorzędnej zapomocą zastrzykiwań podskórnych sublimatu. Wykład miany w Tow. lek. kr. 1869.
4. Anatomia patologiczna świerzbiączki. (*Przegl. lek.* 1869).
5. O leczeniu kiły zapomocą czopków rtęciowych. (*Przegl. lek.* 1870).
6. Obrzęk kiłowy na podstawie czaszki. (*Przegl. lek* 1872).
7. Leczenie wrzodów miękich wyżerających kamforą (*Przegl. lek.* 1874).
8. O używaniu jodoformu w chorobach wener. i kiłow. (*Przegl. lek.* 1874).
9. O szczepieniu wydzieliny wrzodu stwardniałego i kłykcin sączących osobom kiłą wczesną dotkniętym. (*Przegl. lek.* 1877).
10. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego. (*Przegl. lek.* 1879).
11. Kilka słów o działaniu Silphium Cyrenaicum w dymienicach ostrych. (*Przegl. lek.* 1880),
12. Ocena „Syfilidologii“ Krówczyńskiego. (*Przegl lek.* 1883).
13. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodów stwardniałych. (*Przegl. lek.* 1885).
14. O przeszczepianiu wrzodu stwardniałego na samym chorym (*Przegl. lek.* 1895).

To samo po niemiecku (*Archiv. f. Derm. u. Syph.* 1895).

Prócz tego znajdują się dwie prace w rękopisie, które wkrótce drukiem ogłoszone będą.

Obok prac literackich i katedry uniwersyteckiej areną umysłowego życia śp. Aleksandra Zarewicza były posiedzenia Towarzystwa lekar. krakowskiego; zabierał głos tylko w sprawach naukowych swojej specyalności i zabierał nie często, lecz nigdy nie przemawiał, jak się to mówi „banalnie“; w głosie Jego dźwięczało zawsze głębokie przekonanie osobiste, które zniewalało słuchacza do uwagi; szedł w szeregu z postępem nauki, umiał i chciał zawsze nią się podzielić; ztąd płynie to głębokie i ogólne odczucie wielkiej straty, którą nagły zgon śp. Aleksandra Zarewicza dotknął ogół lekarski, Uniwersytet i szersze społeczeństwo.

Zasłużonemu cześć i wdzięczna pamięć.

Dr. Franciszek Krzyształowicz.

II. O morderstwie z lubieżności.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

II. Pojęcie i geneza morderstw z lubieżności.

»Die Beweggründe, die zum Morde treiben, genauer zu erforschen, ist daher von grosser Wichtigkeit. *F. Holtzendorff.*

Nie każde morderstwo, którego istotny lub pozorny motyw wynika z popędu płciowego, zasługuje na miano morderstwa z lubieżności (Lustmord, l'assassinat sadique) przynajmniej w ściślejszem znaczeniu słowa, albowiem doświadczenie uczy, że przestępca natrafiając w chwili podjęcia gwałtu płciowego na czynny lub bierny opór ze strony ofiary, przełamuje go nieraz w tak gwałtowny i brutalny sposób, iż ofiara traci wskutek tego życie; innym znów razem przestępca dokonawszy już zgwałcenia, stara się przez pozbawienie życia tej ofiary usunąć jedynego i niewygodnego świadka poprzedniej zbrodni. Tego rodzaju przypadki gwałtownej śmierci osób, na których dokonano gwałtu płciowego, choć się n eraz nie różnią przedmiotowo od istotnych zbrodni z lubieżności i mogą być mylnie za nie uważane, przecież do rzędu omawianych tu morderstw w ścisłem słowa znaczeniu nie należą. Śmierć gwałtowna ofiary bywa w tych ostatnich przypadkach następstwem najróżnorodniejszych obrażeń. I tak n. p. przestępca zadławia swą ofiarę nazbyt silnem uciśnięciem jej szyi lub dusi ją zatkaniem nazbyt szczelnem górnego odcinka dróg oddechowych, chcąc stłumić jej krzyk; zadaje jej rany darte lub cięte w częściach płciowych, sprowadzające w następstwie śmierć wskutek upływu krwi, dlatego, że srom ofiary wskutek swej wąskości i stąd wynikającego niestosunku płciowego nie dozwala podjąć prawidłowego aktu. Od tych przypadków, w których obrażenia, będące przyczyną śmierci, wynikały nie z zamiaru z góry powziętego, by ofiarę pozbawić życia, lecz z chęci pokonania jej oporu czynnego lub biernego w sposób zbyt gwałtowny, bo wynikający z płciowego pobudzenia, trzeba odróżnić te, w których sprawca gwałtu zabija swą ofiarę już po dokonaniu aktu, rozmyślnie, z zamiarem usunięcia świadka poprzedniego czynu. Gdy w pierwszym razie zachodzi zwykle zbrodnia zabójstwa, to w drugim zachodzą już znamiona zbrodni morderstwa. Samo przez się jest zrozumiałe, że rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku zachodzi rozmyślne czy przypadkowe pozbawienie życia, zabójstwo czy morderstwo, nie zawsze jest łatwe i możliwe, a zależy ono między innemi od jakości obrażeń znalezionych na zwłokach ofiary. W każdym razie znaczne obrażenia n. p. liczne rany kłóte, obrażenia czaszki, zadzierzgnięcia szyi sznurem, paskiem itd. przemawiają raczej za rozmyślnem pozbawieniem życia, zatem za morderstwem.

Jakkolwiek przypadki powyższe, jak już nadmieniłem, nie należą ściśle biorąc do rzędu morderstw z lubieżności, gdyż pobudką ich nie jest wyłącznie tylko lubieżność, przecież w praktyce trudno je od istotnych zbrodni z lubieżności oddzielić; albowiem, aby je módz oddzielić stanowczo i pewnie, trzebaby mieć odpowiednie przyznanie się sprawcy, tymczasem ten nadto często jest nieznanym lub w razie wyśledzenia przyzna się raczej do samego czynu, niż do jego motywu, jeśli nim była w istocie sama tylko lubieżność.

Przez właściwe morderstwo z lubieżności należy rozumieć pozbawienie życia człowieka drugiego, które wynikając z lubieżności albo stanowi już samo przez się pożądane zaspokojenie chuci płciowej u sprawcy, albo też służy przed, lub wśród aktu do wzniecenia pobudliwości płciowej (Leppmann[60]), Krafft-Ebing[61]), Eulenburg[62]), Ball[63]) Emmert[64]) itd. Stefanowski[65]) rozróżnia dwojakie morderstwa, wynikające z pożądliwości tj. jedne ściśle płciowe, zatem odpowiadające powyższej definicyi i drugie, których celem jest wzbudzenie u sprawcy uczucia rozkoszy nie płciowej przyrody. Dla popędu do tego drugiego rodzaju morderstw proponuje on nazwę „tyranizmu“, który jego zdaniem zdarza się już nawet u dzieci, może być wywołany przez alkoholizm, a powinien być zaliczony do epizodycznych syndromów zwyrodnienia (Magnan). Tem sam popęd, zdarzający się u zwyrodniałych, nazywa Hack Tucke[66]): *mania sanguinis.* Mówi już o nim wreszcie Holtzendorff[67]) określając go następującemi słowy: „auf krankhafter Anlage werden meistentheils solche Vorkommnisse beruhen, bei welchen von Mord und Mordlust die Rede ist, oder der Mörder sein Opfer abschlachtet, um sich an dessen Qualen zu ergötzen oder gar menschliche Körpertheile zu verzehren“. Do rzędu tej kategoryi zbrodniarzy, do tyranistów Stefanowskiego, zalicza Holtzendorff francuskiego zbrodniarza Vilieta, który wielce żałował, że czasy rewolucyjnego terroryzmu minęły, gdyż wskutek tego nie może być pomocnym przy ścinaniu głów skazańcom.

Pomijam tu zbrodnie, będące wynikiem tyranizmu, względnie *maniae sanguinis* a wracam do morderstw z lubieżności płciowej. I oto najpierw nasuwa się pytanie, czy je uważać w istocie za morderstwa, czy może raczej tylko za zabójstwa? Otóż jeżeli się rozważy sposób podjęcia tych zbrodni, mianowicie niezwykły pospiech, z jakim bywają dokonane (n. p. czyny Kuby rozpruwacza), zwierzęcą niemal brutaln ść, widniejącą ze znalezionych na ciele ofiar obrażeń, wreszcie powtarzanie się jednego i tego samego sposobu kaleczenia ofiary w kilku po sobie następujących czynach jednego i tego samego sprawcy (n. p. czyny Vachera), to mimowoli wyrabia się przekonanie, że zbrodnie te są wykonane bez poprzedniego namysłu i planu tak dorywczo niemal, jak czyny epileptyków, działających pod wpływem epizodycznych stanów zamroczenia, lub jak czyny popędowe. Z czynów tych widnieje u sprawcy zwykle nieświadomość motywu, który go do nich skłania, choć niekiedy świadomość ta nie zdaje się być całkiem wykluczona[68]). W uwzględnieniu tych okoliczności słusznem jest zapatrywanie Leppmanna[69]), że w przeważnej części przypadków zachodzi raczej zabójstwo, niż poprzód już świadomie rozważone morderstwo.

Zwróćmy się teraz do stosunku, jaki zachodzi między okrucieństwem, a lubieżnością płciową. Oto od najdawniejszych już czasów zwracano uwagę na ten trudny do uwierzenia i wyjaśnienia związek. I tak wedle staroindyjskiego mitu są Sivah i Durga pokrewnemi sobie bóstwami, z tych pierwsze było uosobieniem śmierci i dlatego oddawano mu cześć zapomocą najkrwawszych ofiar z ludzi, drugie było uosobieniem rozkoszy, i dlatego kult jego polegał na bachanckiej rozwiązłości. Już w tym micie wschodnim wyrażone jest to pokrewieństwo między popędem do zabijania, a płodzenia (I. v. Görres „der Zeugungslust ist verwandt die Mordlust“ [70]); mistrzowsko określa także Sienkiewicz ten związek między płciową rozkoszą, a cierpieniem bolu w Wołodyjowskim w scenie wykonania wyroku na Azyi Tuchaj-beyowiczu: „konie ruszyły; wyprężone sznury pociągnęły za nogi Azyi. Ciało jego sunęło przez mgnienie oka po ziemi i trafiło na zadzierzyste ostrze (pala). Wówczas ostrze poczęło się w nim pogrążać i jęło się dziać coś strasznego,

[60]) l. c.
[61]) l. c. str. 397.
[62]) l. c. str. 119.
[63]) l. c. str. 130.
[64]) l. c.
[65]) Wedle referatu w *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie von* Kurella. 1891. str. 375.
[66]) Wedle referatu w *Neurologisches Centralblatt* Mendla. Lipsk. 1885. str. 539.
[67]) Die Psychologie des Mordes. Berlin. 1875. str. 14.
[68]) M. Lassene. Origine animale, innéité et éclosion de la perversion sadique. *Thèse de Bordeaux.* 1900.
[69]) *Zeitschr. f. Medicinalbeamte* 1898. l. c. str. 739.
[70]) Moll. Die konträre Sexualempfindung. Berlin 1893. str. 189. Zresztą patrz: Blumröder »Über Lust und Schmerz« *Friedreichs Magazin f. Seelenheilkunde* 1830. II, 5.

coś przeciwnego naturze i człowieczym uczuciom. Kości nieszczęśnika rozstępowały się, ciało darło się na dwie strony; ból niewypowiedziany, tak straszny, że graniczący niemal z potworną rozkoszą przeniknął jego jestestwo". Podobnie i inni artyści i poeci wyrażają się o tym związku. Związek ten jest zresztą obustronnie dopełniającym, albowiem uczy doświadczenie, że o ile pobudzenie płciowe skłania często do okrucieństwa, o tyle znowu okrucieństwo, obudza niejednokrotnie popęd płciowy. Leppmann powiada, że gdy brutalność rozkiełzna się w człowieku np. na wojnie, u żołnierzy, zresztą całkiem prawidłowych, to pociąga ono za sobą podniecenie płciowe. Kurella[71]) usprawiedliwia związek zachodzący u mężczyzny między popędem płciowym, a popędem do okrucieństw, fizyologiczną przewagą jego nad kobietą, fizyologicznem uszkodzeniem i krwawieniem, zachodzącem przy defloracyi, usiłowaniem z jego strony pokonania rzeczywistego lub udanego przez kobietę oporu w czasie podjęcia aktu płciowego, wreszcie odziedziczonym popędem zdobywania sobie kobiety z czasów, gdy poprzedzała je zawsze walka, lub gdy odbywało się ono zapomocą brutalnego jej porywania. Podobnie Lassene, Lombroso, Stefanowski i Lamoureux[72]) oceniają ten związek, jako znamię atawizmu t. j. nawrotu do zwyczaju praojców, którzy tak, jak i samce zwierząt, nie zdobywali sobie kobiet darami i zalotami marzycielskiemi, lecz walką na życie i śmierć w celu złamania oporu z jej strony lub ze strony współzawodnika. Skąd jednak rodzi się w umyśle człowieka, popełniającego poraz pierwszy morderstwo sadyczne, w chwili nastania pobudzenia płciowego ta myśl, że pastwieniem się nad ofiarą zdoła zaspokoić swą żądzę płciową? Jeżeli nie działa on pod wpływem znanego sobie przykładu, zatem w drodze naśladownictwa (n. p. w drugim przypadku Nina Rodrigueza, w którym obwiniony Tymoteusz działał pod wrażeniem głośnego w tym czasie morderstwa popełnionego przez Pontes-Visgueiro), to myśl taka, nie mając podstawy w jego poprzedniem doświadczeniu lub wiedzy rodzi się w jego umyśle tylko bezwiednie. Krauss[73]) rozstrząsając to pytanie, wyraża się, że aby dotrzeć do źródła, z którego taka myśl wypływa, trzeba sięgnąć in „jene geheime Welt, die hinter unserem Bewusstsein liegt, aus der uns Vorstellungen kommen, die wir nicht gesucht haben, die sich uns vielmehr aufdrangen, plötzlich da standen, wo wir sie am wenigsten erwarteten, uns jezuweilen Geheimnisse eröffneten, die unser freies, bewusstes Denken nie gelöst hätte, mit einem Worte also (in) das Gebiet des Unbewusten, welches uns für gewöhnlich streng verschlossen bleibt". Jak długo, zdaniem Kraussa stan nasz normalny, tak długo nie doświadczamy żadnych wpływów tego świata nieświadomości. Gdy jednak stan nasz zboczy ze zwykłego toru, występują myśli i uczucia przedtem nam nieznane. Tem się tłómaczą nieznane poza ciążą zachcianki ciężarnych *(picae)*, tem należy wytłómaczyć zrodzenie się popędu do okrucieństwa u człowieka w chwili, gdy nim zawładnie pobudzenie płciowe. Nie małym także bodźcem, skłaniającym człowieka w chwili podejmowania aktu płciowego do okrucieństwa jest afekt gniewu, jaki może ogarnąć mężczyznę, gdy doznaje oporu lub nieprzewidzianej przy tem przeszkody. Wpływ tego afektu określa dosadnie Kurella: „In dem Zornaffekt liegt von vornherein die Tendenz, das erregende Object zu vernichten und in vielen Fällen genügt es schon, dass das Opfer nicht auf den ersten Schlag stirbt, um den Mörder zum Zerschmettern und Zerstückeln aufzustacheln".

Morderstwo z lubieżności stanowi szczyt nasilenia zboczenia, nazwanego przez Krafft-Ebinga od miana markiza de Sade sadyzmem. Sadyzm, czyli jak słuszniej i więcej przedmiotowo nazywa to zboczenie Eulenburg *„Lagnaenomania"* [74]), polega na popędzie pastwienia się i znęcania nad osobą, obudzającą pożądliwość płciową. Zboczenie to może być pierwotnem lub nabytem, jednak w praktyce nie da się tych dwóch jego rodzajów odróżnić, zdarza się bowiem nieraz, że osobnik *ab origine* sadyczny opanowuje przez pewien czas ten swój popęd przeciwstawieniem mu motywów etycznych. Dopiero z chwilą, gdy popęd ten upora się z poczuciem zasad etycznych, gdy wygórowany zazwyczaj popęd płciowy nie może być nadal w zwykły sposób zaspokajany, pojawia się wstrzymywana dotąd *lagnaenomania*. W ten sposób można uledz pomyłce i uważać to zboczenie za nabyte, mimo, że istniało ono *ab origine*. Lacassagne dzieli czynnych lagnenomaniaków na dwie grupy, z których pierwszą obejmuje mianem „sanguinaires", drugą zaś mianem „grands sadiques". Do pierwszych zalicza biczowników niewiast, szczypiących i kłujących je (les piqueurs de filles) i żądnych widoku płynącej krwi, do drugich zaś zalicza właściwych morderców z lubieżności, zazwyczaj znęcających się poprzednio nad swą ofiarą, ćwiartujących ją, a nawet pożerających jej części *(antropophagia)*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. W sprawie artykułu Doc. Baurowicza: *Uwagi do artykułu Dra Teofila Zalewskiego p. t. Nowy przyrząd do operowania polipów usznych. Przegląd lekarski Nr. 37, 1900.*

Podał

Dr. Teofil Zalewski.

Pisząc w mojej rozprawie o pensecie do operowania polipów krtaniowych, nazwałem ją pensetą Schröttera, gdyż miałem na oku całość tego przyrządu, wynalezionego przez Schröttera i noszącego jego imię. Gdybym atoli miał na myśli samą modyfikacyę pensety Schrötterowskiej pomysłu Pieniążka, nie omieszkałbym z pewnością zaznaczyć nazwiska jej autora, zwłaszcza, że uznaję w całej pełni dodatnie strony tej modyfikacyi.

Co do nożyka pierścieniowatego, to jest to przyrząd, którego wady sam wynalazca przyznaje i dlatego mało go używa. Co właściwie Doc. Baurowicz uważa za dokładne operowanie, nie wiem; to tylko nie ulega wątpliwości, że niem nie jest operowanie nożykiem Politzera. Dotąd przyzwyczailiśmy się nazywać tę operacyę dokładną, która pozwala nam wydalić cały nowotwór, t. j. nietylko tę część, która wystaje ponad powierzchnię, lecz i tę, która siedzi w samych tkankach. Proszę sobie teraz wyobrazić płaskie kółko, którego brzeg dośrodkowy (wewnętrzny) jest ostry, a w które chwytamy polip i ucinamy go w ten sposób, że wyciągając nożyk, przyciskamy go do twardej podstawy, jaką jest ściana błony bębenkowej, lub przewodu usznego zewnętrznego. Odpowiedź łatwa, czyśmy tym sposobem wydalili tę część nowotworu, która siedzi w samej tkance i czyśmy zresekowali to miejsce, na którem polip siedział. Dotąd właśnie wskazywano na tę ujemną stronę nożyka Politzera i wątpić należy, czy potrafiłby kto zresekować miejsce, z którego polip wychodzi, tym nożykiem, tak, jak to wątpliwem jest, ażeby ktoś nożem, ułożonym na płask, potrafił ciąć wgłąb.

Doc. Baurowicz powiada, że jedyne miejsce, gdzie łyżeczką operuje się mniej wygodnie, jest wewnętrzna ściana jamy bębenkowej. Z tego by wypadało, że operowanie w innych miejscach jamy bębenkowej jest możliwe i nawet wygodne, że na górnej ścianie jamy bębenkowej lub na dolnej, to jest na miejscach, których nie widzimy, operowanie jest wygodniejsze. Że do tych miejsc dojść możemy,

---

[71]) Naturgeschichte des Verbrechers. Stuttgart. 1893. str. 238.

[72]) De l'éventration au point de vue médico-légal. Thèse. Lyon 1894.

[73]) l. c. str. 194.

[74]) *Lagnaenomania* w przeciwstawieniu do *Machlaenomania* od słów λαγνός = pożądliwy w odniesieniu do płci męzkiej, μάχλος = pożądliwy w odniesieniu do płci żeńskiej, αἰνός = okrutny i μανία. *Machlaenomania* ma zastąpić nazwę Krafft-Ebinga: *Masochismus*.

jest rzeczą pewna; ale że operacya jest mniej wygodną, bo jest operacyą na ślepo, też jest rzecza pewną. Jedyną częścią jamy bębenkowej, która najwięcej dostępną jest dla naszego wzroku, jest właśnie część wewnętrznej ściany jamy bębenkowej, to też ta część jest najłatwiej dostępna dla naszych narzędzi, a więc i łyżeczek i z tego powodu operacya w tej okolicy jest najmożliwszą i najłatwiejszą. Z twierdzeniem tem Doc. Baurowicza nie zgadzam się. Na jedno zwrócę uwagę: operowanie małych i ruchomych polipów łyżeczką jest trudne, gdyż guz łatwo ześlizguje się z łyżeczki.

To, że w wielu przypadkach musimy się uciekać do przyrządów kleszczykowatych, nie ulega wątpliwości; zresztą konieczność tę uznaje i Doc. Baurowicz, operując kleszczykami Hartmanna. Chodzi tylko o to, który przyrząd jest lepszy. Wszystkie przyrządy kleszczykowate, jakich używamy do manipulacyj w uchu, podzielić możemy na dwie grupy: w jednych — łyżeczki siedzą na krótkich ramionach, w drugich — na długich. Prototypem pierwszych będą zwykłe kleszczyki i penseta Trautmanna; zapomocą tych narzędzi możemy wywrzeć znaczną siłę, ale zasłaniamy sobie pole operacyjne i niektóre z nich nie dadzą się dostatecznie szeroko w uchu otworzyć. Prototypem drugich jest zwykła penseta uszna i penseta Langego; narzędzia te możemy dosyć szeroko w uchu otworzyć i zajmują one w uchu mało miejsca; mają jednak tę ujemną stronę, że tylko nieznaczną siłę zapomocą nich wywrzeć można. Chcąc uniknąć wad jednych i drugich i opierając się na znakomitem zastósowaniu podobnego przyrządu w laryngologii, podałem swój przyrząd do operacyi polipów usznych, opierając się na tem prostem rozumowaniu, że jeżeli penseta ta odcina dobrze polip w krtani, będzie odcinała tak samo i w uchu i jeżeli przyrząd ten większych rozmiarów w krtani nie zasłoni małego polipa w krtani, nie zasłoni też przyrząd o wiele delikatniejszy nawet większego polipa w uchu, bo to, czy przyrząd zasłoni nowotwór czy nie, zależy tylko od stosunku między narzędziem a polipem; oczywista rzecz, przyrząd musi być zastósowany do narzadu, w którym się operuje. Czy, podając swój przyrząd, uniknąłem choć w części wad poprzednich? Według mego zdania, tak; inni muszą się dopiero przekonać, t. j. muszą przyrząd poznać i nim operować.

Gdybyśmy chcieli wyliczać zalety mojej pensety, to nie miałoby to znaczenia dla czytelników *Przeglądu*, gdyż sąd mogą wydać tylko specyaliści; dlatego postaram się sprawę tę przedstawić z innej strony. Doc. Baurowicz mówi, że penseta Schröttera z modyfikacyą Pieniążka jest przyrządem idealnym do operowania polipów krtaniowych. Sam prawdopodobnie Doc. Baurowicz nie przypuszczał, że wypowiadając to zdanie, przemawia za operacyą tą i w uchu lub innych miejscach. Niezrozumiałem bowiem byłoby, dlaczegoby łyżeczki przyrządu miały ucinać tylko specyalnie polipy krtaniowe, a gorzej ucinały polipy w uchu lub w macicy, odbytnicy i t. d. Przyrząd będzie wszędzie jednakowo działał, wszędzie musimy polip ująć, następnie łyżeczki zamknąć, by nowotwór uciąć, a to możemy zrobić wszędzie, nietylko w krtani; to zaś, że sam przyrząd będzie raz więcej prosty, drugi raz więcej krzywy, na rzecz nie wpływa. Twierdzić inaczej niepodobna. Nie dziwię się jednak, że Doc. Baurowicz zasłonił sobie pole operacyjne, operując pensetą krtaniową, bo trzeba mieć na względzie, że przyrząd musi odpowiadać rozmiarami narządowi, w którym się operuje, a najmniejsza penseta krtaniowa jest o wiele większa, niż penseta moja.

Jeżeli wypowiadam parę słów w tej sprawie, to nie dlatego, by bronić mego przyrządu, bo byłoby to bezcelowem; chciałem tylko sprostować twierdzenie Doc. Baurowicza, tyczące się leczenia polipów usznych, a z drugiej strony zaznaczyć, że zalecanie lub niezalecanie przyrządu, nie zetknąwszy się z nim osobiście, tylko na zasadzie teoretycznych swoich kombinacyj, jest nieodpowiedniem i trudno się domyśleć, jakiby cel miało. Jedyną uznaną drogą może być ta: zacząć operować przyrządem i przekonać się, czy jest co wart, a następnie spostrzeżeniami podzielić się z szerszem gronem. Gdyby Doc. Baurowicz to był zrobił, uwagi jego miałyby cel, bez tego są one conajmniej przedwczesne.

Doc. Baurowicz, któremu powyższa odpowiedź Dra Zalewskiego doręczona była do przeczytania, oświadczył w liście do Redakcyi, że „zrzeka się odpowiedzi, zostawiając kolegom specyalistom ocenę wartości swych uwag do artykułu Dra Zalewskiego“.

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

O stosowaniu wody utlenionej w ginekologii.

Podał

Dr. Fr. Sztampke (z Winnicy).

Przewlekłe nieżyty dróg rodnych żeńskich, a w szczególności nieżyty macicy, są istotnem udręczeniem dla kobiet a prawdziwem utrapieniem dla lekarzy, zwłaszcza na prowincyi.

Wiadomo powszechnie, jak niewdzięcznem jest leczenie tych chorób, wlekących się nieraz latami. Środki lecznicze do tej pory stosowane, sprawę lubo poprawiają, w przeważnej jednak większości przypadków nie na długo, a przynajmniej prawie nigdy doszczętnie, z zupełnem *restitutio ad integrum*. Nawet wyłyżeczkowanie, ten, zdaje się, najwłaściwszy zabieg, nie daje oczekiwanych wyników, a nieraz nawet, stosowany niedość wprawną ręką, a nadewszystko wykonywany niedbale pod względem zachowania najściślejszej antyseptyki, pogarsza sprawę, wikła chorobę i do bardzo smutnych doprowadza skutków.

Niemal codzień spotykamy w praktyce dowody potwierdzające najzupełniej powyższe zapatrywanie. Wziąwszy na uwagę tę jeszcze okoliczność, że kobiety wogóle bardzo niechętnie poddają się wyłyżeczkowaniu, a spotyka się i takie, które za nic się nań nie zgodzą, — pragnęłoby się wynaleść jakiś doskonalszy, prostszy i istotny sposób usunięcia z życia kobiety, matki rodu ludzkiego, tego poważnego cierpienia, przez które energia jej bywa tak poważnie osłabiana, a nieraz nawet i moralno-społeczna strona kobiety nie małą szkodę ponosi.

Naturalnie, w tak trudno dostępnym narządzie, jak wnętrze *(endometrium)* macicy, rękoczyny lecznicze nie należą do zbyt łatwych, tem więcej, że jak dotąd, leczenie wszelkich wogóle zakaźnych ran, owrzodzeń i ropiejących przestrzeni nawet zewnętrznych, zatem dostępnych oku badającego, nie stoi zupełnie na najwyższym stopniu nauki.

Działanie mechaniczne, jakiemu najnowsza chirurgia zawdzięcza przeważnie skuteczność swych sposobów operacyjnych, we wnętrzu macicy jest bardzo ograniczone. Nie możemy tu bowiem tak dokładnie spłókiwać ropy, wytwarzanej na całem wnętrzu macicy, jak to uskuteczniamy na otwartej powierzchni, ani też nie możemy tam zakładać lege artis takich opatrunków, któreby z jednej strony, odkażając wnętrze macicy, ograniczały skutecznie zbytnie bujanie rozpulchnionej i schorzałej błony śluzowej.

Powtóre, cały szereg dotąd używanych środków odkażających nie zawsze zadanie swoje spełnia należycie a przynajmniej nie obejdzie się tu bez mnóstwa ubocznych niedogodności, nieraz równie poważnych, jak sama choroba. Np. jodoform, tak dla swej woni, ceny i niezupełnie bakteryobójczej własności, przynajmniej nie dla wszystkich drobnoustrojów, przestał już być „panaceum“ w chirurgii, a nadewszystko w ginekologii, a przytem własności jego trujące, tak już dokładnie są znane, że co najmniej ryzykownem by było używanie go przez dłuższy czas, jak tego często sprawa wymaga, do wnętrza tak obszernego narządu, jakim jest macica. Sublimat, jakkolwiek jest wypróbowanym środ-

kiem odkażającym, jednakże co do mnie, nie podjąłbym się stosować go w roztworach leczniczych do wnętrza macicy.

Wprowadzenie np. gazy napojonej roztworem sublimatu lub jego zastrzykiwanie do wnętrza macicy, przejmowałoby mnie zawsze pewną obawą. Lysol, solweol, kreolina, kwas karbolowy, chlorek cynku etc. także nie wolne są — każdy na swój sposób — od licznych „ale", których zresztą wyszczególniać nie mam potrzeby.

W roku zeszłym, będąc w Paryżu, miałem sposobność wiele słyszeć o cudownych niemal wynikach stosowania przeciwgnilnego wody utlenionej *(Hydrogenium hyperoxydatum medicinale)* na wszystkie ropiejące rany. Powróciwszy do kraju, postanowiłem zastosować ten nie nowy zresztą środek, w swojej praktyce ginekologicznej. Wyniki leczenia w spostrzeganych przezemnie przypadkach, były zawsze bardzo dobre, a niekiedy świetne. W rzerzączkowem tylko zajęciu części rodnych skutek wypadał ujemnie.

Nie chcąc być rozwlekłym przytoczę dwa tylko przypadki, jako najwięcej charakterystyczne i wydatne.

Pani N., wdowa po urzędniku, dwurodka, była zawsze zdrową. Od czterech miesięcy, t. j. od ostatniego porodu (30/XII 1898), miesiączkuje co trzy tygodnie. Trwanie miesiączki od 6 do 8 dni. Czasem krew odchodzi skrzepami. W czasie międzymiesiączkowym cierpi na obfite upławy, wydzielina zielonkowata zwykle bez woni, czasem jednak cuchnąca. Przed i po peryodzie ilość wydzieliny zwiększa się. Chora doświadcza prawie codzień dość przykrych bólów, jak się wyraża, tłoczących i rozchodzących się od środka brzucha ku dołowi, na krocze, oba biodra i lędźwia, przyczem musi często mocz oddawać. Wogóle czuje się ona źle, ma małe łaknienie, jest rozdrażnioną, gniewliwą, doświadcza często bólu głowy i łamania jak się wyraża, we wszystkich członkach, a w brzuchu, kiedy chodzi, »prze jej wszystko na dół«. Przypadłości te potęgują się przed peryodami, według słów pacyentki, do prawdziwej męczarni, wobec czego życie wydaje jej się ciężarem nie do zniesienia.

Dwa razy robiono chorej wyłyżeczkowanie i po każdym takim zabiegu, jak utrzymuje, czuła się znacznie gorzej; obecnie o podobnem leczeniu i myśleć nie chce.

Nadmieniam jeszcze, że chora odbyła poród w okolicznościach bardzo bolesnych, bo w dniu śmierci męża, pozbawiona na wsi lekarskiej opieki, zgnębiona moralnie. Przypomina sobie, że z wyjściem łożyska zachodziła jakaś trudność, i że asystująca jej prosta wiejska babka, jakoby po godzinnych usiłowaniach dopiero je wydobyła.

Chora liczy lat 35, cera jej blada, wyraz twarzy zbiedzony, znamionujący wielkie cierpienie, tkanka tłuszczowa średnio rozwinięta. Serce i płuca prawidłowe, brzuch nie duży, powłoki brzuszne wiotkie, ciemno zabarwione. Ucisk na brzuch, szczególniej ponad spojeniem łonowem, wywołuje ból, a raczej uczucie, jak się wyraża, jakiejś nieokreślonej przykrości. Badając macicę palcem przez pochwę, znalazłem szyję maciczną powiększoną, opuchniętą, ujście zewnętrzne do połowy rozwarte; przy dotyku szyja gorąca i bolesna. Na palcu śluz bez szczególniejszej woni. Badając wziernikiem, znalazłem szyję maciczną czerwono fioletową, obrzękłą, liczne nadżerki *ovula Nabothi* poniżej dolnej ściany ujście, które jest napół rozwarte i wypełnione śluzem gęstym, szklistym, ciągnącym się. Po wyjęciu łatwo wprowadzonego poza tylny otwór szyi macicznej, lecz z uczuciem dotkliwej bolesności dla chorej, zgłębnika Playfaira, wydziela się ciecz śluzowo-ropna, dosyć rzadka; wata, nią napełniona, wydaje woń nieprzyjemną. Oczyściwszy starannie zapomocą waty zmaczanej w słabym roztworze alumnolu kanał szyi macicznej i część przybrzeżną wnętrza macicy, założyłem na wspomniany zgłębnik Playfaira świeży kawałek waty, którym manipulując w głębi macicy we wszystkich możebnych kierunkach, wydobyłem nieco wydzieliny czystej, wodnistej bez woni.

Zważywszy, że nie wybadano powiększenia całej macicy, ani też ogólnej rozlanej bolesności przy nacisku, okoliczność wykluczająca rozszerzenie się sprawy na cały trzon, co zresztą potwierdza też obecność tylko czystej, wodnistej i bezwonnej wydzieliny w głębi jamy macicy, a stwierdziwszy natomiast charakterystyczne zmiany w szyi macicznej, jak śluz, ropa, nadżerki, *ovuli Nabothi*, bolesność nad spojeniem łonowem i wydobycie ropnego cuchnącego śluzu z poza tylnego otworu szyjnego macicy, przyjąć można, że w omawianym przypadku mieliśmy do czynienia z nieżytem szyi i ograniczonem zajęciem samej macicy (*endometritis cervicis et endometritis corporis circumscripta*).

Lecząc tę chorą, nie mogłem już zastosować wyłyżeczkowania, gdyż się na nie stanowczo nie zgodziła. Postanowiłem przeto od razu przystąpić do stosowania wody utlenionej.

W jaki sposób należy ten nowy środek stosować do jamy macicznej doświadczenia nie miałem, gdyż dotąd nie zdarzyło mi się nigdzie w podręcznikach i pismach wyśledzić. Wypadło mi przeto trzymać się znanej rutyny.

Uprzystępniwszy sobie część pochwową macicy wziernikiem Notta i kulociągiem i przepłókawszy macicę za pomocą Bozemann-Fritschowskiego cewnika nadmangazyanem potasowym, wprowadziłem następnie ostrożnie kaniulę Braunowskiej strzykawki napełnionej wodą utlenioną na 2 centymetry w głąb poza długość szyi macicznej i ostrożnie z przestankami wstrzyknąłem dwie strzykawki. Po wyjęciu kaniuli wykonywałem mięsienie i ucisk na powłoki brzuszne, przyczem zauważyłem wydzielanie się przez otwór szyi kropelek jakby pochodzących z burzenia się. Rozwartą nieco szyję maciczną zapełniałem gazą wyjałowioną, nasyconą wodą utlenioną, — pochwę tamponowałem także gazą zmoczoną tymsamym lekiem.

Rękoczyn ten powtarzałem w pierwszym tygodniu dwa razy dziennie. W ciągu następnych trzech tygodni codzień raz, — w końcu co drugi dzień. Jednocześnie chora zażywała chininę bromową z ergotyną. Po czterech tygodniach wszystkie wyżej wymienione objawy ustąpiły; śluzu i ropy ani śladu nie było, nadżerki znikły, *ovuli Nabothi* nie widoczne, szyja maciczna zbladła, bolesności żadnej. Peryody przychodzą odtąd normalnie. Słowem chora czuje się najzupełniej zdrową.

Więcej charakterystycznym, a tem samem więcej dowodzącym skuteczności w mowie będącego zabiegu leczniczego, jest przypadek drugi.

Sabina S. z Lipowca, starozakonna, liczy lat 40. Po czwartym z kolei porodzie silnie cuchnące łożysko wyjął domowy lekarz dopiero w piątym dniu stanu połogowego. Chorowała podobno cały miesiąc przy wysokiej gorączce. O życiu jej wątpiono. Obecnie (1/VIII, 1899), czuje się ciągle chorą — często miewa dreszcze i od czasu do czasu gorączkuje. Bóle w całym brzuchu, w krzyżu, w nogach. Peryody b. obfite, po 10 dni trwające (*menorrhogia*), czasem wychodzą skrzepy krwi, a niekiedy, jak się wyraża, kawałki »jakiejś błony« (*dysmenorrhoea membranacea*), brak łaknienia zupełny, połowiczy ból głowy z wymiotami, bóle tyłogłowia, napady duszności i gwałtownego kaszlu, często bicie serca, bezsenność, nastrój umysłu przygnębiony.

Chora przedstawia charakterystyczny »typus uterinus«. Jest to osoba wyniszczała, twarz ma usianą plamami barwikowemi o powłokach ciała szaro-bladych. Uderza najprzód: cuchnienie z ust, tętnienie żylne, serce znacznie rozszerzone, szmery skurczowe, drugi ton nad tętnicą płucną wzmożony. Cały brzuch przy ucisku bolesny, nogi pokryte całą siecią rozszerzonych żył. Przy badaniu palcem, bardzo bolesnem, części rodnych, stwierdziłem: szyja zgrubiała, obrzękła, po bokach naderwana, ujście zewnętrzne więcej jak do połowy otwarte. Palec pokrywa się wydzieliną śluzowo ropną, silnie cuchnącą. Dwuręczne badanie wykazuje, że objętość ciała macicy wyraźnie powiększona, część brzucha odpowiadająca prawemu jajnikowi szczególniej bolesna, jednakże zgrubienia jajowodu wykazać nie można. Z boku macicy, po stronie prawej, wyczuwa się obrzęk ściśle połączony z macicą i odpowiednią ścianą miednicy (*parametritis*). Wrażliwości szczególniejszej na ucisk w tem miejscu nie wyśledzono, gdyż wogóle cały brzuch bardzo bolesny i wzdęty. Wziernikowanie wykrywa: liczne nadżerki brodawkowate, szyja maciczna krwawo czerwona w fioletowy odcień wpadająca, za lekkiem nawet dotknięciem łatwo krwawi, kanał szyjny szeroki, cała szyja wzdęta. Z ziejących warg macicznych wydobywa się śluz pomięszany z ropą i krwią. Ubytku tkanki nigdzie nie widać. Zgłębnik wykazuje wielką czułość wnętrza macicy i nierówność ścian. Przy badaniu Schultzowskim tamponem, nie napojonym jednak glicerynowo-garbnikowym roztworem, śluz i ropny wypływ znajdowały się na wacie oddzielnie przyczem wypływu ropnego była ilość obfitsza, niżeli śluzu.

Wbrew rozumnym radom Virchowa, aby w sprawozdaniach z kazuistyki lekarskiej o ile możności być najwięcej zwięzłym i niepotrzebnym balastem zamierzonego celu nie zacieśniać, — umyślnie opisałem szerzej spostrzegane przez siebie i odczuwane przez pacyentki objawy schorzenia wnętrza macicznego, aby tem dobitniej uwydatnić wyniki zastosowanego leczenia.

Nie ulega wątpliwości, że źródłem cierpienia Sabiny S. było zakażenie ongi wywołane przez gnicie łożyska w wnętrzu macicy i brak następnie racyonalnego traktowania choroby.

Moje leczenie trwało wprawdzie około czterech miesięcy, ale zato dało wynik, jakiego dotychczasowymi środkami nie osiągnąłem nigdy.

Przedewszystkiem zwykłymi sposobami krzepiłem siły chorej, — podniecałem za wszelką cenę żywotność jej, wycieńczonego i wyczerpanego ustroju, miejscowo zaś sądziłem, że zadaniem leczenia powinno być odkażenie całego narządu rodnego, usunięcie z wnętrza macicy i szyi produktów rozpadu silnie zmienionej błony śluzowej, zniszczenie wydzieliny zakażonej zarodnikami, i będącej ogniskiem utrzymującem ciągłe drażnienie i zaburzenia w przemianie materyi we wnętrzu macicznem.

Wszystkiego tego spodziewałem się od wody utlenionej.

Ponieważ w powyższym przypadku całe wnętrze macicy było zajęte, obawiałem się zapełnić naraz całej jamy

macicy wodą utlenioną zapomocą strzykawki, aby nie spowodować jakich nieprzyjemnych ubocznych skutków przez wywołanie wielkiej ilości gazów, postanowiłem więc, przepłókawszy wpierw zapomocą cewnika o podwójnym przewodzie jamę macicy wodą wyjałowioną przemywać następnie tylko także cewnikiem, lecz obficie wodą utlenioną. Zaraz jednakże przekonałem się, że tą drogą, przynajmniej w obecnej chwili, nie dojdę do celu, ale przeciwnie, wystawię chora na niebezpieczeństwo. Prawdopodobnie wskutek obfitego wytworzenia się piany, wysyconej produktami rozpadu tkanek, nastąpiło zatkanie światła cewnika; woda nie wylewała się z powrotem. Chora nagle zrobiła się jeszcze bledszą, twarz oblała się zimnym potem, oddech w piersiach zamarł, tętno znikło. Słowem wystąpiło niebezpieczne zemdlenie.

Po pierwszem tem tak niepomyślnem użyciu wody utlenionej, wydzieliła się z jamy macicy bardzo obficie ropa posokowata, cuchnaca, przyczem chora przyszedłszy po zemdleniu do siebie, czuła długo palenie i ciepło w brzuchu, które jednakże nie nazywała dolegliwem.

Następnie aż do końca kuracyi z małemi zmianami postępowałem tak: najpierw przepłókiwałem macicę wodą wyjałowioną, następnie wprowadzałem strzykawką Brauna wodę utlenioną. Po upływie kwadransa od zastrzyknięcia dwutlenku wodoru, znów przepłókiwałem wnętrze macicy wodą wyjałowioną, a w końcu zawsze mięsiłem lekko powłoki brzuszne. Z powodu zbyt wielkiej wrażliwości podczas pierwszych dwóch tygodni nie wkładałem tamponów do wnętrza szyi macicy; tamponowałem tylko pochwę gazą wyjałowioną i zmoczoną wodą utlenioną. Rękoczyn ten także wykonywałem dwa razy dziennie. Przez następnych zaś czterdzieści sześć dni tylko raz na dzień. W tym czasie, tj. z górą po dwóch miesiącach, kiedy wrażliwość macicy znacznie zmalała, tamponowałem jeszcze szczelnie wnętrze macicy trzy razy tygodniowo wązkimi paskami gazy wyjałowionej, rozumie się także umaczanej w wodzie utlenionej. Zwykle już po kwandransie tampon taki usuwałem, przyczem wydzielała się zawsze wtedy, z czasem coraz mniej wydzielina śluzowo ropna. W trzecim miesiącu wszystkie powyższe zabiegi uskuteczniałem co trzeci dzień.

Macica stopniowo oczyszczała się, odradzała wewnętrznie, nacieki ustępowały, objętość macicy wyraźnie zmniejszała się, bolesność stawała się coraz mniej dotkliwą, szyja stopniowo miękła, malała, bladła, nadżerki brodawkowate pogoiły się, nadto ze zdziwieniem dodaję, że dość znaczny obrzęk przymaciczny prawie znikł doszczętnie. Tłomaczę sobie to zniknięcie ustąpieniem ogniska chorobowego w samej macicy, oraz działaniem rodzaju mięsienia, za które uważam tak częste, przy wykonywaniu leczniczych zabiegów, wyciąganie kulociągiem macicy ku dołowi.

Naturalnie, że w miarę ustępowania zmian miejscowych, polepszał się i stan ogólny chorej. Obecnie, po upływie roku pacyentka wzmocniła się znacznie, nabrała świeżej cery, miesiaczkuje prawidłowo, ma dobre łaknienie, sen, znikły bóle głowy, krzyża, brzucha, szumy w sercu, duszność i kaszel. Bez zmęczenia odbywać może długie przechadzki.

W końcu nadmieniam, że miałem sposobność stosować raz jeszcze (przez przepłókiwanie macicy) wodę utlenioną w przebiegu bardzo silnej gorączki połogowej po porodzie, który się odbył zupełnie prawidłowo. I w tym razie wynik był dobry.

Sądzę, że należy z tym lekiem, nie drogim i nie szkodliwym, robić dalsze doświadczenia, a otrzymanymi wynikami podzielić się z najszerszem kołem lekarzy praktykujących, aby jak najskuteczniejszą ulgę nieść w tak ciężkiem cierpieniu, a ukoić ból, według wyrażenia Hippokratesa, jest rzeczą boską.

V. Wyciągi.

Prof. Stroganoff. **Czy kąpiele wannowe nadają się najlepiej do oczyszczania ciała rodzących?** (*Wracz* 1900 Nr 26).

W zakładach położniczych do obmywania ciała rodzących służą powszechnie wanny; tymczasem każdemu wiadomo, że woda w wannach zawiera najrozmaitsze drobnoustroje, pochodzące z mycia całej skóry, szczególniej z okolicy odbytu, jak również i te, które pozostają z poprzednich kąpieli, woda taka może być źródłem zakażenia, tem bardziej, iż częstokroć u ciężarnych spotykamy się na ciele z czyrakami, ropniami i innemi owrzodzeniami, których treść, dostając się do wody, tem łatwiej może dać powód do zakażenia; że drobnoustroje te mogą zatrzymywać się na brodawkach sutkowych i następowo sprowadzać zmiany w sutkach, jest łatwo zrozumiałem; lecz czy woda w kąpieli dostaje się do pochwy, a wraz z nią i drobnoustroje, pytanie to dotychczas nie było stanowczo roztrzygnięte: autor, na podstawie własnych doświadczeń (dodawał do wody jodek potasowy i następnie wykazywał jego obecność w śluzie górnych części pochwy) twierdzi iż stanowczo w pewnych warunkach woda może się dostawać do pochwy, szczególnie zaś u wieloródek, co znakomicie utrudnia bezguilne prowadzenie porodu. Wobec tego sądzi on, że należy zastąpić kąpiele wannowe parówką lub zwykłemi zmywaniami mydłem przy ciągłem jednoczesnem tuszowaniu; na dowód zaś słuszności swego twierdzenia podaje zestawienie liczby rodzących i położnic gorączkujących w jego zakładach w czasie od 1890 do 1898 roku, z liczbą gorączkujących w r. 1899 i pierwszej połowie 1900; w tym ostatnim okresie ($1\frac{1}{2}$ roku) w porównaniu z 2 poprzedniemi latami, liczba gorączkujących zmniejszyła się o 7, 4%, co według zdania autora, stało się tylko dzięki zamianie kąpieli wannowych na zmywania mydłem z jednoczesnem tuszowaniem, gdyż inne warunki pozostały niezmienione, a nawet były gorsze, ponieważ liczba przyjętych kobiet w tym czasie znacznie wzrosła, co musiało pociągnąć za sobą znaczne pogorszenie ogólnych warunków higienicznych. *Dr Gliński.*

Silberstein (Berlin). **Zapalenie sromu i pochwy błonicze. Wyleczenie zapomocą surowicy.** (*Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 35, 1900). U $4\frac{1}{2}$ letniej dziewczynki rozpoznał autor zapalenie błonicze sromu i pochwy tem bardziej, że w tym samym domu zaszło poprzednio kilka przypadków błonicy. Rozpoznanie to stało się jeszcze pewniejszem gdy wkrótce i na migdałkach pojawiły się brudno-szare naloty. Dwukrotne wstrzyknięcie (w 3 dniowym odstępie) po 1000 jednostek surowicy Behringa, a miejscowo okłady z wody karbolowej i obmywania części płciowych sublimatem, usunęło po 6 dniach chorobę; dodać należy, że równocześnie stosował autor wziewania z wody wapiennej. *Dr Henryk Pisek.*

Prof. Schode. **Dwa spostrzeżenia guzów móżdżku.** (*Deutsche med. Wchschr.* Nr 30, 1900). Doświadczenia Lucianiego zdają się przemawiać za tem, że przeznaczeniem móżdżku jest wspieranie czynności mózgu, regulowanie ruchów przez mózg zainicyowanych i wzmacnianie ich, nie zawiaduje jednak samodzielnie żadnymi ruchami. Zatem zaburzenia w czynności móżdżku stosunkowo łatwo zostają wyrównane i stąd, guzy bardzo powoli rosnące rzadko zdradzają się wybitnemi objawami i usuwają się ze sfery możności rozpoznania. Te jednak guzy, które rosną raźniej i dochodzą większych rozmiarów, sprowadzają cały szereg dość charakterystycznych objawów. Do tych należą: ból głowy, objawy ucisku mózgu, zwłaszcza objawy zastoju, wywołane uciskiem na zatokę poprzeczną i skalistoskroniową (*s. petrosus).* Dość często spotykamy zaburzenia słuchowe. Potem idą porażenia w zakresie nerwów: twarzowego, podjęzykowego, słuchowego i trójdzielnego. Bardzo wybitną jest t. z. „ataxia cerebellarna“, charakteryzująca się gwałtownym zawrotem głowy. Nie zdołano jednak dotychczas odszukać objawów, któreby wskazywały, w której połkuli, lewej czy prawej, sprawa chorobowa się toczy. Gdyż nawet ten szczegół, że chorzy chwieją się głównie w stronę przeciwną usadowienia się guzów, czy ropni, dość często nas zawodzi. Dla ilustracyi podaje autor dwie, dotyczące tego przedmiotu historye choròb. W jednym przypadku chodziło o glejaka, lewej półkuli, w drugim o torbiel (prawdopodobnie „sarcoma cysticum“) też lewej półkuli. W pierwszym przypadku wynik był zupełnie dobry i trwały, w drugim operacya nie sprowadziła żadnej zmiany w sumie objawów, a po miesiącu, chory umarł. Dotychczas operowano z powodu guzów móżdżku 11 razy: z tych pięciu umarło bezpośrednio po operacyi, w dwóch przypadkach nie osiągnięto wcale poprawy, jeden umarł z nawrotu, a tylko dwóch zostało wyleczonych (trzeci autora). Co do techniki operacyjnej, radzi S., aby operować na chorym siedzącym, co zmniejsza krwawienie; cięcie prowadzi on łukowato po potylicy od tylnego brzegu wyrostka sutkowego jednej strony do tegoż miejsca po drugiej i ponad kolcem

potylicowym. Odpreparowuje części miękie ku dołowi aż do dużego otworu potylicowego, zatokę tyłogłowową i poprzeczną. Otwór wydłutowany powiększa kleszczami Luera. Fritz König na zwłokach wykazał, że można oddzielić od wewnętrznej powierzchni kości tłocznię Herofila (torcular), zatokę poprzeczną i namiot móżdżku tak, że bezpośrednio powierzchnię móżdżku obmacać można.

Herman.

Bolck (Stolp) **Przyczynek do działania leczniczego surowicy przeciwbłoniczej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 35, 1900). Młody silnie zbudowany mężczyzna, zachorował na błonicę z rozległemi zmianami na migdałkach i języczku. W dniu następnym otrzymał 1000 jednostek surowicy Behringa, mimo tego jednak stan groźny utrzymuje się dalej, pogarszając się z dnia na dzień. W 10 dniu choroby otrzymał drugą dawkę surowicy (1500 jedn.), okład lodowy na szyję i płukanie gardła roztworem boru. Po dalszych 5 dniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie, z czego się okazuje, że surowica ta, pomimo wszystkich statystycznych sprawozdań, któreby przeciw niej przemawiały, jest niezbędną, a nadto nieocenioną zdobyczą dla lekarza-praktyka. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. I. Israel. **O operacyach przy kamykach w nerkach i moczowodach.** (*Langenbeck's Archiv* T:61, Z:3).

Trudności rozpoznawcze były powodem, oczywiście nie jedynym, że dopiero w ostatnich dziesiątkach lat poczęto operować w kamicy nerkowej. I dziś sprawa tak stoi, że operujemy w każdym przypadku zupełnego bezmoczu, spowodowanego kamieniami, w każdym przypadku przyłączającej się sprawy zakaźnej w miedniczkach i nerkach, objawiającej się gorączką, nieregularnemi dreszczami, wymiotami etc. Następnie, za bezwzględne wskazanie do operacyi, uważamy wszelkie sprawy retencyjne, rozwijające się w nerkach na tle kamicy, jakoteż obfite krwotoki z nerek. W przypadkach zaś, w których 1) mocz staje się mętnym, 2) następują często napady kolki bez odejścia kamyków, 3) gdy mimo braku wybitnej kolki chory stale uskarża się na pewne dolegliwości i wreszcie 4) te przypadki, w których obmacaniem lub radyoskopią stwierdzić możemy kamień w moczowodzie, we wszystkich tych razach, zdaniem I., doradzać należy chorym operacyę. Natomiast we wszystkich tych przypadkach, w których po częstych nawet kolkach, stale odchodzą małe, okrągłe kamyki, bez ścian, operacya jest przeciwskazaną. Za jedynie odpowiednią metodę operacyjną uważa autor nefrolitotomię po dokładnem uruchomieniu nerki, oddzieleniu moczowodu od naczyń i tymczasowem zaciśnięciu tych ostatnich. Cięcie prowadzi na 4 do 5 mm. ku powierzchni grzbietowej nerki, licząc od największej wypukłości. Przed zeszyciem nerki wybadać drożność moczowodu. W każdym przypadku sprawy zakaźnej w nerce, bez względu na jej formę i umiejscowienie, nie zeszywa się jej, lecz jak najdokładniej sączkuje przez ranę w powłokach. Pierwszorzędne wyjęcie nerki z powodu kamicy może być wskazane jedynie w skutek przerwania naczyń podczas operacyi. Do wtórorzędnej nefrektomii zmuszeni być możemy jedynie gwałtownym krwotokiem (u krwawców). W razie usadowienia kamienia w moczowodzie doradza I. przesunięcie kamyka do miedniczki i wyjęcie go stamtąd po nacięciu nerki. Jeżeli kamień cofnąć się niedaje, musimy oczywiście przeciąć nad nim ścianę i otwór albo zaszyć, albo też gdy jest niedostępny pozostawić otwartym, przeprowadziwszy odpowiedni cewnik od miedniczki, przez moczowód, pęcherz i cewkę, na zewnątrz. W ogóle w każdym przypadku kamyków w moczowodzie, doradzać należy nacięcie nerki, nigdy bowiem nie możemy być pewni, czy niema równocześnie kamyków w miedniczkach. W przypadkach bezmoczu (anuria) w kamicy za jedynie wskazaną i wszystkim wskazaniom zadośćczyniącą, uważa I. nefrotomię. Bardzo trudno w tych przypadkach rozstrzygnąć, która nerka ostatnio została zajęta, rozpoczynać jednak zawsze należy operacyę od strony, którą sam chory podejrzewa. *Herman.*

Ziemssen (Wiesbaden). **Zgłębnik żołądkowy, jako czynnik, podniecający ruch robaczkowy jelit.** (*Berl. klin. Woch.* Nr. 33, 1900). Wprowadzając codziennie zgłębnik żołądkowy i łącząc z tem płókanie żołądka, można tak dalece pobudzić ruch robaczkowy nie tylko tego narządu, ale także całego przewodu pokarmowego, że z czasem w $^1/_2$—1 godz. po każdym zabiegu następuje kilka pół-płynnych wypróżnień. Postępowanie to usuwało nawet przewlekłe zaparcie stolca już po 8 dniach, a skutek był w większej liczbie przypadków trwały, nie wymagający nawet po kilku latach poparcia środkami przeczyszczającymi. Okazuje się więc, że tego rodzaju płókania przywracają ruch robaczkowy jelit daleko lepiej, aniżeli to osiągnąć można przez mięsienie, elektryczność itd. Również pomyślne wyniki otrzymał autor w zaparciu stolca, towarzyszącem niestrawności, zwiotczeniu jelit, rozstrzeni, nerwicom żołądka itd.; sposób wykonania zabiegu nie różni się w niczem od zwykłych przepłókiwań żołądka. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. M. Haedke. **O pourazowej pokarmowej cukrzycy.** (*Deutsche medic. Wohschr.* Nr. 31, 1900). Podając chorym po ciężkich zranieniach czaszki, silnych potłuczeniach i wstrząśnieniach etc. 100 gr. chemicznie czystego cukru gronowego w rozczynie wodnym, przekonał się autor, że w 60% przypadków występowała cukrzyca. Zwyczajnie w ciągu 7 dni następnych można było łatwo i wyraźnie jeszcze cukier w moczu wykazywać. Samymi pokarmami skrobiowatymi objawu tego sprowadzić nie można było.

Herman.

Koschman (Wiedeń). **O tętniącej gałce ocznej.** (*exophthalmus pulsans*). (*Wiener klin. Woch.* Nr. 33, 1900). Przy sposobności opisu przypadku tętnicy gałki ocznej podaje autor następujące wskazówki, tyczące się leczenia tego cierpienia: 1) Wszystkie przypadki (urazowe czy samoistne) tętniącej gałki ocznej powinny być natychmiast leczone, już ze względu na grożące niebezpieczeństwo dla oka — a to: 2) w pierwszym rzędzie przez ręczny ucisk tętnicy szyjnej wspólnej (*carotis communis*), następnie przez podwiązanie tętnicy szyjnej. Z tym ostatnim zabiegiem należy nie zwlekać, szczególniej w przypadkach, w których zaburzenia wzroku powiększają się podczas leczenia. 3) Wyjątek stanowią tętniące *encephalocele* i tętniące naczyniaki oczodołowe; te ostatnie, jeśli dostępne, najlepiej usunąć przez galwanopunkturę.

Dr. Henryk Pisek.

Dr J. M. Cwitkis. **W sprawie znaczenia woalek jako środka ochraniającego przed zakażeniem prątkami przez wdychiwanie.** (*Bolniczn. Gazeta Botkina* Nr. 25, 1900). Wobec niebezpieczeństwa zakażenia się drogą płucną przy różnych chorobach zakaźnych, szczególniej zaś przy morowem zapaleniu płuc, większość uczestników berlińskiego Zjazdu w sprawie moru, (w październiku r. 1899) zalecała w razie styczności z chorymi na mór noszenie na twarzy gęstej zasłony. Celem ocenienia ochronnej wartości takiej zasłony, autor przedsięwziął szereg doświadczeń w ten sposób, iż w pokoju poprzednio wyjałowionym rozstawiał czarki Petriego, napełnione agarem i nakrywał je rozmaitemi poprzednio wyjałowionemi zasłonami (gęstą marlą, jedwabnym muślinem, odtłuszczoną watą grubości $^1/_4$—$^3/_4$ cm.) tak, że powietrze do agaru miało dostęp tylko przez odpowiednią zasłonę; następnie zaś rozpylał w tym pokoju jednodniową hodowlę bulionową prątków duru mysiego; po wpływie 25 minut nakrywał czarki i przenosił je do cieplarki na 24 godzin; jednocześnie dla kontroli rozstawiał autor agar w czarkach bez zasłony. Wynik ostateczny tych doświadczeń był ten, iż we wszystkich czarkach rozwijała się niezliczona ilość kolonij duru mysiego i jedynie tylko w czarkach nakrytych grubszym pokładem waty ($^3/_4$ cm. grubości), ilość kolonij dawała się obliczyć (wynosiła 133—260 kolonij) na zasadzie czego wypowiada autor zdanie, że nie tylko gęste zasłony, lecz nawet maski z waty odtłuszczonej nie są wstanie zabezpieczyć otoczenia przed zakażeniem drogą płuc, tem bardziej, iż przy używaniu masek każdy wdech ułatwia dostawanie się prątków który to czynnik odpada przy doświadczeniach teoretycznych. Z drugiej strony zwraca autor uwagę na tę okoliczność, iż w Bombaju zakażenie płuc morowem powietrzem w szpitalach dla chorych na mór spotyka się tylko wyjątkowo i że ten sam Dr. Müller, który stykając się w Bombaju codziennie przez 3 miesiące z chorymi na mór, nie uległ zakażeniu, w Wiedniu zakaził się b. rychło, a wraz z nim i 2 posługaczki; zdaniem autora było to następstwem tego, iż w Bombaju szpitale wszystkie są otwarte, wymiana powietrza odbywa się szybko, wysoka zaś ciepłota ułatwia rychłe wysychanie prątków; podczas gdy w Wiedniu szpitale są zamknięte; z tych względów, zdaniem autora, najlepszą ochroną dla otoczenia byłoby sztuczne wytworzenie w szpitalach europejskich tych warunków, jakie posiadają szpitale w krajach zwrotnikowych. *Dr Gliński.*

Sessous (Halle). **O stosowaniu jodipiny.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 34, 1900). Autor stosował nowy ten przetwór w licznych przypadkach późnej postaci kiły drugorzędnej, a w trzeciorzędnej tylko w takich, w których chorzy nie mogli używać jodku potasowego z powodu zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Z doświadczeń tych okazało się, że jodopina jest dla kiły tak samo środkiem swoistym, jak jodek potasu. przed którym jednakże ma tę zaletę, że rzadziej wywołuje objawy zatrucia, a nadto że może być stosowaną podskórnie, w rozczynie 25%. *Dr Henryk Pisek.*

Becker (Akwizgran). **Uwagi nad prognostycznem znaczeniem diazo-odczynu u chorych gruźliczych.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 35, 1900). W sprawie rokowania u chorych gruźliczych zajął diazo — odczyn w ostatnich czasach niepoślednie znaczenie obok objawów wypuku i przysłuchu. Powszechnie bowiem wyrobiło się mniemanie, że ostatni wynik tego odczynu jest *signum mali ominis* albo, co najmniej, bywa uważany jako niepomyślny zwrot sprawy gruźliczej. Celem wyświetlenia, wykonał autor szereg badań na 29 suchotnikach i doszedł do następujących wniosków: 1) Do-

datni wynik diazo-odczynu u chorych gruźliczych nie zawsze jest niepomyślnym zwiastunem, nie można więc takich chorych bezwzględnie wykluczyć z zakładów. 2) W razie pojawienia się tego odczynu u chorych, u których zwykle nie występuje, można wnosić o rozwijaniu się jakiegoś powikłania pochodzenia zakaźnego. 3) Pojawiają się także przypadki gruźlicy z wątpliwym wynikiem diazo-odczynu. *Dr Henryk Pisek.*

Szegö (Abazzia). **Uwagi nad kurczowem kichaniem w krztuśccu.** (*Archiv für Kinderheilkunde.* T. XXIX. Zesz. III i IV. 1900). W opisanej postaci krztuśсca napady kaszlu nie występują jak zwykle kurczowo, lecz w formie kurczowego kichania bez kaszlu, przyczem w przypadku autora były wszystkie cechy właściwe krztuścсowi. Młodszy brat chorego, który zapadał wcześniej, okazywał zwykłe napady krztuśсca. Objaw tu opisany jest rzadki i tylko przez Rogera podany został jeden podobny przypadek; literatura pedyatryczna jednak objawu tego nie wymienia. Jakkolwiek przypadek ten przeciągał się, to jednak wymiotów nie było, lecz po skończonym napadzie wydobywał się przez nos obfity, gęsty śluz. Matka atoli widziała i takie napady, które się kończyły wymiotami przez usta. Napadowi takiemu towarzyszyły wszelkie objawy zwykłego długotrwającego napadu krztuśсca, a po napadzie występowało osłabienie i znużenie. Żaden z napadów atoli nie był ciężki. Ciekawym objawem był kilkakrotnie spostrzegany skurcz głośni, towarzyszący często wdechowi, mimo że krtań nie była chorobą dotknięta. Badanie przedmiotowe wykazało obecność nieżytu tchawicooskrzelowego, przesunięcie granic płuc o jedno żebro i nieżyt nosa miernego stopnia. Leczenie polegało na umieszczeniu chorego na wolnem powietrzu nad morzem. Przyczyny usadowienia się choroby w nosie autor podać nie jest w stanie. *Dr. Jan Landau.*

Lenz. **Hedonal, nowy środek nasenny z gromady uretanów.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 35, 1900). W przypadkach bezsenności lżejszego stopnia (w macinnictwie, niedomodze nerwowej, rozpoczynającem się porażeniu i t. d.) działa hedonal korzystnie, nie wywierając żadnych ubocznych szkodliwych wpływów. Dla praktyki prywatnej jest środek ten cennym nabytkiem, szczególniej w przypadkach, w których wskazaną jest częsta zmiana leków nasennych. Przeciętna dawka jednorazowa wynosiła 1·50 hedonalu w opłatku lub w mleku: jedynie zapach przenikliwy i nieprzyjemny smak tego środka stawały nieco stosowaniu na przeszkodzie.

Dr Henryk Pisek.

R. Schäffer. **O chirolu.** (*Arbl. f. Chir.* Nr. 31, 1900). S. badał zachowanie się chirolu, zaleconego przez Krasmana, jako środka pomocniczego w aseptyce rąk i znalazł, że lek ten celowi nie odpowiada. Łatwo bowiem i już przy najlżejszem dotknięciu powłoczka chirolu pęka i ściera się, zwłaszcza na końcach palców i na dłoni. Nadto baktyryologiczne badania wykazały, że chirol zaschnięty nie stanowi bynajmniej powłoki nieprzenikliwej dla bakteryj.

Herman.

Mankiewicz (Berlin) **O operacyach nerki, przy braku lub schorzeniu drugiej nerki.** (*Berl. klin. Wochenſt.* Nr. 35, 1900).

Uwzględniwszy ogłoszone w piśmiennictwie operowane przypadki różnych schorzeń nerek i zestawiwszy statystycznie, twierdzi autor, że każdy tego rodzaju zabieg operacyjny winien się opierać na rozpoznaniu czynnościowem (funkcyonalnem), a nie anatomicznem, w szczególności zaś żąda: aby 1) chirurgia nerek była możliwie zachowawczą, b) zabieg operacyjny ma być tylko wówczas wykonany, gdy operator przekona się o obecności i prawidłowej czynności drugiej nerki. W przypadkach wątpliwych nie należy nerki usuwać, lecz wykonać nefrotomię, a dopiero później, po dostatecznej obserwacyi, nefrektomię; c) czynność nerek da się najlepiej skontrolować przez cewnikowanie każdego moczowodu z osobna, szczególnie po sztucznym cukromoczu, wywołanym przez podskórne wstrzyknięcie floridziny. *Dr. Henryk Pisek.*

Gebauer (Charlottenbug). **Czy prześwietlanie promieniami rentgenowskimi jest rozstrzygające w rozpoznaniu różniczkowem między tętniakiem tętnicy głównej a nowotworem śródpiersia?** (*Deutsche med. Wochft.* Nr. 35, 1900). Nad sprawą tą zastanawia się autor przy sposobności opisu podobnego przypadku chorobowego. Wszelkie objawy kliniczne tego chorego przemawiały na korzyść złośliwego nowotworu śródpiersia, obok śladów gruźlicy płucnej; — wyniki zaś prześwietlania promieniami Roentgena wskazywały na istnienie tętniaka tętnicy głównej: Dokonana w 36 godzin po zgonie chorego sekcya dowiodła, że istotnie znachodził się rak przełyku w stanie rozpadu; słusznie tedy autor wnioskuje, że radyoskopia nie jest jeszcze nieomylnym środkiem rozpoznawczym, zwłaszcza w takich dwóch postaciach chorobowych. *Dr Henryk Pisek.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Rodlich (Wiedeń). **O wpływie wód alkalicznych na choroby wątroby i nerek** (*Wiener med. Presse* Nr. 21, 1900). Z badań ściśle przeprowadzonych wysnuwa autor wniosek, że w cierpieniach wątroby i nerek, — jeśli te narządy nie przeszły jeszcze w okres kurczenia się, — stosowanie wody mineralnej Vichy dało mu najlepsze wyniki. *Dr. Henryk Pisek.*

Hedonal jestto środek nasenny z grupy uretanów. U 21 osób cierpiących na bezsenność, bądź to skutkiem przeciążenia umysłowego, bądź wskutek neurastenii, histeryi lub przygnębienia, stosował Schüller hedonal z bardzo dobrym wynikiem. Opierając się więc na tych swoich spostrzeżeniach zaleca S. ów środek nasenny naprzemian z trionalem w przypadkach bezsenności pochodzenia nerwowego, zwłaszcza tam, gdzie nie można podać paraldehydu z powodu niemiłego smaku, a wodnika chloralu z powodu jego niekorzystnego działania na serce, naczynia krwionośne lub narząd oddechowy. Jednorazowa dawka hedonalu wynosiła 1·50—2·00 w opłatku lub płynie — najczęściej według następującego przepisu: *Rp. Hedonali 6,00 Spirit. vini, Syr. Zinnamom. aa 30,00. Adde: Ol. Carvi aether. gutt. II D. S.* 1 łyżka wieczorem (= 1·50 hedonalu). Można go także podawać w ocukrzonym roczczynie mięty pieprzowej, w każdym razie 1—2 godzin po kolacyi. Oprócz czasami występującego odbijania, żadnego innego niekorzystnego działania ubocznego autor nie zauważył. (*Wiener kl. Wochens.* 1900, 23).

Dr. Henryk Pisek.

Protargol stosuje Buschmann w ostrej rzeżączce i zaleca z początku wstrzykiwania $^1/_4$% 3—4 razy dziennie, dochodząc wkrótce do 1% roztworu. Roztwory wstrzyknięte poleca zatrzymać w cewce przez 10 minut. Pod koniec leczenia podaje lekki środek ściągający. Wyniki autora były bardzo zadawalniające, szczególnie w przypadkach świeżych tak, że autor dochodzi do przekonania, iż protargol jest środkiem najlepszym z tych środków przeciwrzeżączkowych, jakie stosować miał sposobność, pomimo że protargol nie może być uważany za środek bezwzględnie pewny i doskonały. (*Therap. d. Gegenwart. Der. 1899*). *Dr. Ig. L.*

Prof. Benedikt. **W sprawie leczenia wiądu rdzenia pacierzowego** (*Wiener med. Presse* Nr. 21, 1900). W pierwszych początkach cierpienia doniosłe ma znaczenie stosowanie prądu elektrycznego (galwanizacya), z zasady zaś sprzeciwia się autor kąpielom ciepłym, twierdząc, że one działają wprost szkodliwie; — uśmierzają wprawdzie istniejącą bolesność, ale pogarszają objawy sfery ruchowej. W przypadkach podostrego rozwijania się choroby zaleca B. bezwzględny spokój, zimne okłady na okolicę stosu kręgowego, cięte bańki, a wewnętrznie sporysz. Nie mało ma znaczenie bezkrwawe naciąganie nerwów kulszowych według metody Moczutkowskiego lub Bonuzziego, w każdym razie najlepszym z obecnie znanych sposobów leczenia wiądu jest, zdaniem autora, krwawe naciąganie nerwów; mniejsze już znaczenie ma metodyczne ćwiczenie ruchów lub przypalanie (*points de fev*). Z przetworów aptecznych zasługują na uwagę rtęć (sublimat podskórnie) i jod w ilości 1·00 dziennie, inne środki są mniej ważne. *Dr. Henryk Pisek.*

VII. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

VI.

Gruźlica to jeden z największych, jeśli nie największy wróg zdrowia ludzkiego, wróg straszny, bo podstępny, a potężny, bo ściga i dosięga nas wszędzie; przez całe życie znajdujemy się pod jej grozą, a ulega jej zarówno bogacz, jak i nędzarz. To też walka z gruźlicą powinna się stać hasłem, świętym obowiązkiem społeczeństw, korporacyj i jednostek. A nie jesteśmy bezbronni: nieprzyjaciela naszego znamy na wylot, znamy warunki jego bytu, jego siedziby, jego pochodzenie, warunki sprzyjające i wrogie jego rozwojowi. Ale walkę tę prowadzić winniśmy na całej linii z równą gorliwością wszędzie; już dzieci zapoznawać z programem obrony, zwalczać przesądy ludzi nieoświeconych, w szerokie koła społeczeństwa wpajać zasady i zapał do systematycznego tępienia

wroga. Nim jednak nadejdzie ten wiek złoty, w którym zarazek gruźliczy stanie się rzadkim okazem muzealnym, pamiętać nam należy o tej biedniejszej połowie ludzkości, już cierpieniem dotkniętej i szukać dla niej ulgi, zwłaszcza iż to jeden z najwybitniejszych punktów programu walki, a na dziś właśnie na czasie i bardzo produktywny.

Żaden chemik nie stworzył leku, żaden bakteryolog surowicy przeciwgruźliczej, ale od całego szeregu lat znaną jest rzeczą, że świeże, czyste powietrze obok dobrego odżywienia daje często niezłe, a nieraz znakomite wyniki lecznicze. To też z dniem każdym coraz więcej powstaje zakładów dla chorych gruźliczych w miejscach, obdarzonych odpowiednimi warunkami klimatycznymi, gdzie chorzy ci, obok wszelkich wygód i należytego odżywienia, znajdują to dobroczynne powietrze w obfitości.

Miasto Monachium posiada dwa takie sanatorya, które dzięki uprzejmości radcy zdrowia Dra Maya miałem sposobność zwiedzić:

1. *Volksheilstätte Hanegg-Krailling:* Siedmnaście kilometrów na południowy-wschód od miasta, w odległości dwu kilometrów od najbliższej osady ludzkiej, w głębokim lesie znajduje się zakład, mogący pomieścić 120 chorych i przeznaczony wyłącznie dla mężczyzn. Składa się z dwu budynków: dwupiętrowego głównego gmachu i jednopiętrowej oficyny, połączonych ze sobą podziemnym korytarzem. W głównym budynku w podziemiu znajduje się kuchnia, połączona z salą jadalną parteru i kuchenkami obu pięter windą elektryczną. Na parterze obok sali jadalnej znajdujemy sale do badania chorych i pracownie lekarskie, mieszkanie sióstr miłosierdzia i dwie kaplice, katolicką i protestancką; od południowej strony przez całą długość budynku ciągnie się otwarta weranda tak zw. „Liegehalle“ z 40 fotelami. Na pierwszem i drugiem piętrze od strony południowej rozmieszczonych jest po 21 sypialni, w których liczba łóżek waha się pomiędzy 1 a 6 zależnie od wielkości sali tak, że na każdego chorego wypada po 33 m^3 powietrza. Od północnej strony na obu piętrach znajdują się mieszkania lekarzy, umywalnie i łazienki. Na strychu wreszcie pomieszczone są zbiorniki na wodę, dobywaną pompami ze studni zakładowej i elektryczne motory aspiracyjne. W budynku gospodarskim znajdujemy przyrząd dezynfekcyjny, do którego zapomocą wind i wózka na szynach można bezpośrednio dostawiać zużytą bieliznę, hala maszyn, pralnie, mieszkanie gospodarza, księdza katolickiego, służby, wreszcie składy, spiżarnie i stajnie dla koni i bydła. Ogrzanie obu budynków jest centralne. Jako siła poruszająca panuje tu niepodzielnie elektryczność, ona porusza windy, centryfugi w pralni, pompy wodociągu. Elektryczność służy również do oświetlenia, a nawet do grzania żelazek do prasowania. Podłogę w całym zakładzie betonową, pokrywa w izbach mieszkalnych linoleum, w głównym budynku pokostowane ściany sal i korytarzy nie stykają się ze sobą pod kątem prostym, lecz dla ułatwienia oczyszczania przechodzą jedne w drugie łukowato.

Ponieważ leczenie tutaj jest przedewszystkiem dyetetyczno-higieniczne i na t. zw. „Liegecur“ położono wielki nacisk, wybudowano w niewielkiej odległości od pawilonu głównego jeszcze jedną „Liegehalle“, mogącą pomieścić 80 chorych. Zarząd zakładu powierzono siostrom miłosierdzia; lekarzy ordynujących jest dwóch, obaj mieszkają w zakładzie.

Według regulaminu zakład przyjmuje tylko takich chorych gruźliczych, których stopień cierpienia pozwala spodziewać się trwałego wyleczenia, lub przynajmniej znaczniejszej poprawy; chorych zobowiązuje regulamin do zwrotu kosztów utrzymania i do przynajmniej 12-tygodniowego pobytu w zakładzie. Całe utrzymanie, do którego zalicza się mieszkanie, pożywienie, opieka lekarska, bielizna, pranie, opał, światło, kosztuje dziennie 3 mk. 50 f.; kto pragnie rozporządzać osobnym pokojem sypialnym płaci 5 mk. dziennie. W sypialniach wśród dnia nie wolno przebywać, w dzień całe okno, a w nocy połowa muszą być zimą i latem otwarte, chyba że lekarz ordynujący odmienne wyda rozporządzenie.

2. *Das städtische Sanatorium bei Harlaching* leży na południe od miasta w odległości $1^1/_2$ godziny drogi pieszej i posiada mniej szczęśliwe położenie, bo tylko jedną stroną przytyka do lasu, a drugą zwrócone jest na otwartą płaszczyznę. Służy do pomieszczenia 200 chorych gruźliczych obu płci. Przy stawianiu budynków gospodarczych i maszyn uwzględniono tutaj potrzeby 600 chorych, tak, że w razie zamierzonego rozszerzenia zakładu, potrzebaby myśleć tylko o mieszkaniach dla chorych, co na razie nieznacznie stosunkowo powiększyło koszta budowy, ale w przyszłości nadzwyczaj je zmniejszy. Sądzę, że zbyteczną byłoby rzeczą opisywać szczegółowo ten zakład; plan jego w ogólnych zarysach jest prawie taki sam, jak poprzedniego, znajdujemy tu tak samo elektryczność, jest on tak samo prawidłowo skanalizowany, w wodę tylko zaopatrują go wodociągi miejskie, ponieważ niewielka odległość na to pozwala. Zarząd spoczywa tu również w rękach sióstr miłosierdzia; wreszcie warunki przyjęcia, cele jego i środki, jakimi rozporządza są zasadniczo te same.

Chciałbym tylko na zakończenie dorzucić parę uwag, jakie się nasuwają przy porównaniu stosunków u nas, a za granicą. Pomijam sprawę przytułków dla sierót, nieuleczalnych, kalek, szkół dla głuchoniemych, ociemniałych, — bo i my mamy naszych „Lubomirskich“, „Helclów“ i t. d.; nie chcę tu o nich szczegółowo rozprawiać, aby nie powiedziano, że ganię, bo swoje, i tylko pozwolę sobie zauważyć, że jeżeli u naszych bogatych sąsiadów stawianie kosztem milionów pałaców dla sierót jest zbytkiem, to u nas, wobec nędzy kraju, jest karygodną rozrzutnością. Przejdę jednak do sprawy bardziej piekącej, do gruźlicy: czy jej u nas nie ma? czy my nie potrzebujemy sanatoryów? czy ich nie mamy? Gruźlicę chyba mamy, może jej i więcej, niż na zachodzie. Sanatoryów potrzebujemy, no i mamy je, ale na pobyt w nich 12-tygodniowy, nawet wysoki i dobrze płatny urzędnik państwowy nie bardzo może sobie pozwolić, nie mówiąc już o biednym rzemieślniku lub wyrobniku. A przecież moglibyśmy się zdobyć, bo filantropów nie brak, z niewielką pomocą kraju, któryby oszczędził w ten sposób na kosztach utrzymania szpitali, przepełnionych gruźlicą, na zakłady dla biednych rzemielników, robotników i wieśniaków, w których utrzymanie kosztowałoby tyle, co w szpitalu. O miejsce z odpowiednimi warunkami klimatycznymi u nas nie trudniej, jak w Bawaryi, nabiał na wsi tani, mięso królika nienajgorsze. Tylko nie murujmy pałaców, nie oświetlajmy ich elektrycznością, ale pobudujmy baraki, postarajmy się dla nich o dobrą wodę z dobrze zbudowanej studni, zaświećmy parę lamp naftowych, a rezultaty osiągniemy nie gorsze.

Monachium w kwietniu 1900.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

I. Sekcya pedyatryczna (dok.).

Zestawił Dr. A. Kwaśnicki.

Czwarty temat rozpraw w sekcyi pedyatrycznej dotyczył *zapalenia opon mózgowych przyrody niegruźliczej.*

A. Mya (Florencya) sprawozdawca. Przyjąwszy za zasadę, że czynnik etyologiczny jest najracyonalniejszą podstawą do klasyfikacyi nozologicznej wogóle, rozróżnić należy: 1) samoistny dział *zapaleń opon mózgowych pochodzenia bakteryologicznego*, przebiegających ostro lub ostrawo, które dawniej oznaczano mianem zapaleń prostych lub zapaleń ropnych, stosownie do przyrody wypociny, lub też zapaleń na podstawie, zapaleń sklepistości mózgowia (convexitatis cerebri) i zapaleń wewnątrzkomorowych, stosownie do przeważnego umiejscowienia się sprawy zapalnej. W czasie obecnym, przy ścisłem poznaniu drobnoustrojów chorobotwórczych, grupujemy, ze względu na tożsamość czynnika etyologicznego, w jednym dziale zapalenia opon mózgowych, pozornie różniących się między sobą

usadowieniem, przyrodą wypociny, a czasem i objawami klinicznymi t. j. postępujemy tak, jak to czynimy przy klasyfikacyi zapaleń zakaźnych innych błon surowiczych.

Największą liczbę zapaleń opon mózgowych wywołuje drobnoustrój Weichselbauma (*meningococcus intracellularis meningitidis*), którego należy morfologicznie i biologicznie odróżniać od *diplococcus lanceolatus capsulatus* (Talamon-Fränkel). Drobnostrój ten wywołuje dwie odmiany kliniczne zapalenia opon mózgowych: a) odmiana ostra lub ostrawa ze zwykłemi cechami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego, a mianowicie z objawami zesztywnienia karku i pacierza, wymiotów, kurczów tężcowych w mięśniach, wysokiej ciepłoty i t. d. Wypocina w takich razach jest nader obfita włóknikowo-ropna, oblewająca rdzeń i mózgowie. Drobnoustrojów ilość nader obfita; posiadają one własność zakaźną dla zwierząt wrażliwych na ten zarazek (mysz, koza). Czas trwania choroby waha się od 5 do 12 dni i jest ona prawie zawsze zabójczą, niekiedy zaś, chociaż bardzo rzadko, łagodnieje i przechodzi w odmianę następną. b) Druga odmiana odznacza się przebiegiem ostrawym, nie raz przewlekającym się do kilku miesięcy; najczęściej zdarza się ona w wieku wczesnym, u osesków. I tu objawy tężcowate przemagają nad innymi, lecz o wiele są łagodniejsze; ciepłota nie wysoka, czucie ogólne prawidłowe. Wypocina mniej obfita i mniej ropna, ogranicza się nieraz tylko do okolicy podstawowej i potylicznej. Nakłócie lędźwiowe wykazuje często ciecz surowiczą. Drobnoustroje są mniej liczne i często nie posiadają chorobotwórczego działania na zwierzęta wrażliwe. Odmiana ta może się wyleczyć doszczętnie, przejść w stan wodogłowia następowego, lub też wreszcie sprowadzić śmierć przez zaburzenia następowe, nasilenia ostre i rozpowszechnienie się zapalenia na części dotychczas zdrowe, t. j. przybrać cechy odmiany pierwszej.

Najpowszechniejszym lasecznikiem, wywołującym zapalenie opon mózgowych u dzieci, jest *diplococcus lanceolatus capsulatus*. Zaburzenia, które on wywołuje, mają zazwyczaj przebieg ostry, a rokowanie niepomyślne; objawy kliniczne które go cechują odznaczają się niejednostajnością, o wiele miej cechujące niż te, które sprowadza *meningococcus* Weichselbauma. Wypocina jest zwykle rozlana, prawie zawsze włóknikowo-ropna, chociaż niewykluczone są i postacie o wypocinie surowiczej, umiejscowionej na przestrzeni ograniczonej. Nie należy też bardzo dowierzać surowiczemu wejrzeniu cieczy, wydobytej nakłóciem lędźwiowem, gdyż jednocześnie pod błoną pajęczą może ona być włóknikowo-ropną. Zapaleniu opon mózgowych, wywoływanemu drobnoustrojem *diplococcus lanceolatus capsulatus*, towarzyszy nieraz, lub występuje po nim zapalenie płuc, środkowego ucha i t. d.

Łańcuszkowiec ropotwórczy rzadko wywołuje zapalenie opon mózgowych; najczęściej zdarza się ono, jako sprawa następowa przy posocznicy lub wśród odbywającego się w obszarze czaszki ropienia. To samo rzec można o stosunku gronkowca do zapalenia opon mózgowych. *Bacterium coli*, prątek Ebertha, oraz inne drobnoustroje mniej często, rzadko nawiedzają ustrój dziecka we wczesnym okresie jego życia; zakażenie niemi wywołane, nie odznacza się klinicznie stałymi objawami, a rozpoznanie staje się możebne tylko dzięki badaniu bakteryologicznemu cieczy, otrzymanej za pomocą nakłócia lędźwiowego. Czynniki chorobotwórcze dostają się do przestworów podpajęczych drogą krążenia krwi (*infection hématogène)*; prócz tego zakażenie opon powstać może drogą szerzenia się tej sprawy z ognisk komunikujących się z wnętrzem czaszki *(infection d'origine otique, nasale etc.)*.

Wyżej opisanej gromadzie zapaleń opon mózgowych przyrody bakteryologicznej zwykle się przeciwstawi o wiele mniej określoną *gromadę zapaleń opon mózgowych pochodzenia toksyczno-zakaźnego i ściśle toksycznego*, znanych pod nazwą *hydrocephalus acutus, ependymitis acuta, meningitis ventricularis, meningitis serosa non bacillosa*. Niektórym z wymienionych postaci czasem brakuje cech rzeczywistego zapalenia: w cieczy mózgowo-rdzeniowej w takich razach nie znajdujemy prawdziwej wypociny, a badanie anatomiczne ścian komór mózgowych nie wykrywa w nich zmian zapalenia, toczącego się, lub niegdyś przebytego. Postacie takie towarzyszą nieraz przeróżnym chorobom zakaźnym, jak zapalenie płuc, dur, osutki, zakaźne choroby przewodu pokarmowego i t. d. Właściwiej byłoby nazwać tego rodzaju zaburzenia wodogłowiem ostrem, wodogłowiem mózgowo-rdzeniowem, a nie zapaleniem opon mózgowych; lecz nie należy zapoznawać, że badanie chemiczne i drobnowidowe tej przesączyny surowiczej wykazuje czasami jej własności zapalne. Jaki jest mechanizm powstawania tych zaburzeń, dziś wyjaśnić trudno: należy tu uwzględnić dwa czynniki: a) działanie drażniące, naczynioruchowe i limfopędne jadów prątkowych i b) wygórowaną u dzieci wrażliwość na jady mózgowe naczyń włosowatych. Przypuścić należy, że tak zw. przez francuzów „meningisme“ polega li tylko na działaniu na ośrodki mózgowe jadów pochodzenia prątkowego lub z samozatrucia i że nie jednostajna ilość cieczy mózgowo-rdzeniowej w przebiegu tych spraw jest tylko objawem końcowym podrzędnego znaczenia.

Netter (Paryż) sprawozdawca: Obok zapalenia opon mózgowych pochodzenia gruźliczego istnieje poważna liczba zapaleń tego narządu, dozwalających na rokowanie pomyślniejsze i leczenie racyonalniejsze. Przyroda tych zapaleń jest rozmaita: tu należą zapalenia opon następowe, towarzyszące zapaleniu ucha środkowego, wszelkiego rodzaju ropieniom, chorobom zakaźnym, oraz zapalenia opon mózgowych pierwotne, nagminne i sporadyczne. Każda z tych odmian nastręcza wiele trudności dla klinicysty i nozografa. Jeśli powstanie zapaelnia opon w przebiegu zapalenia ucha środkowego jest łatwo zrozumiałe, to nie należy spuszczać z oka, że to cierpienie uszne może wywołać także i zakrzepy w zatokach, ropnie w mózgu, zapalenie żył śródczaszkowych, a powikłaniom tym towarzyszą objawy zupełnie podobne do tych, które wywołują zapalenie opon. Zresztą objawy te powstać mogą w przebiegu zapalenia ucha środkowego bez najmniejszych zmian jednoczesnych w narządach śródczaszkowych. Długo się opierano przypuszczeniu, ażeby zapalenie opon mózgowych istnieć mogło w przebiegu takich chorób zakaźnych ostrych, jak np. zapalenie płuc: dziś należy już przyjąć, że zapalenie takie ma miejsce, lecz nie musi być i może się ograniczyć tylko do nawału krwi i wytworzenia wypociny surowiczej. Takie zapalenia opon oczywiście mogą być wyleczalne.

Zapalenie opon mózgowych pierwotne nasuwa pytanie: czy może ono powstać poza okresem epidemii? czy istnieje jaka różnica zasadnicza między zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych nagminnem a przypadkowem? Bakteryologia i epidemiologia pouczają, że nie istnieje linia graniczna między temi chorobami. Oprócz znanych objawów klasycznych zapalenia opon mózgowych jak: porażenie mięśni ocznych, zmiany na dnie oka, zaburzenia w tętnie i torze oddechowym, sztywność w karku i t. d., posiadamy jeszcze dwa znaki wielkiej wagi: doniosłości znaku Kerniga, polegającego na niemożności wyprostowania nogi w kolanie, gdy się chorego posadzi, nikt zaprzeczać nie będzie. Objawu tego nigdy nie brakuje w zapaleniach opon mózgowych pochodzenia niegruźliczego; lecz spotkać go można i w zapaleniu opon gruźliczem, zatem na tej jednej podstawie przyrody zapalenia opon oznaczyć z całą pewnością niepodobna. Objaw Kerniga był czasem spostrzegany i u osób, nie ulegających zapaleniu opon mózgowych; lecz godziłoby się zapytać, czy to wykluczenie zapalenia opon było zupełnie pewne. Nakłócie lędźwiowe Quinckego może rzucić światło na rozpoznanie zapalenia opon mózgowych: ciecz mętna, ropiasta i strzępiasta wskazuje na zapalenie. Nie należy jednak poprzestawać na zbadaniu samych własności fizycznych cieczy mózgowo-rdzeniowej: ważną rzeczą przekonać się i o ilości w niej białka, zbadać pod drobnowidem, założyć hodowle i t. d. Kąpiele gorące stanowią znakomity czynnik leczniczy. W zapaleniu opon ropnem częste nakłócia lędźwiowe mogą oddać istotne usługi lecznicze.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 27 września.

Wśród uroczystej powagi i głębokiego smutku odbył się w sobotę pogrzeb śp. Aleksandra Zarewicza. Wszystko, co człowiekowi na odchodnem świat dać może: żal, modlitwa, wieńce i t. d. znalazło się nad otwartym grobem. Za trumną, obok rodziny, szli koledzy uniwersyteccy, szpitalni, wogóle towarzysze zawodu. Niezliczona publiczność, istna rzeka znajomych, przyjaciół i wdzięcznych pacyentów towarzyszyła żałobnemu pochodowi do miejsca wiecznego spoczynku. Wymownemi słowy żegnali zmarłego: u wrót domostwa prof. Reiss w imieniu Uniwersytetu; przy gmachu szpitala powszechnego dyrektor tego zakładu, prof. Ponikło; nad grobem w imieniu Towarz. lekar. krakowskiego i Redakcyi »Przeglądu Lekarskiego« prof. Wachholz; wreszcie w imieniu sekundaryuszów szpitala św. Łazarza dr. Doboszyński.

Śp. Aleksander Zarewicz był przez ćwierć wieku członkiem Komisyi naszego pisma; nietylko wszystkie swe prace ogłosił w »Przegl. Lekarskim«, ale gruntowną wiedzą zawodową i wytrawną radą, przyczyniał się z całą gorliwością do jego rozwoju. Śmierć Zarewicza robi niezastąpioną szczerbę w składzie Komisyi redakcyjnej, podwaja nasz żal szczery za spółpracownikiem tej miary, i obciąża niewypłacalnym długiem niespożytej wdzięczności.

* Redakcya »Časopisu lékařů českých« nadesłała nam protokół z ostatniego posiedzenia delegatów słowiańskich, odbytego w Paryżu

d. 9 sierpnia. Protokół ten nie był objęty w »Listach z Paryża«, drukowanych w sierpniowych N. N. »Przeglądu Lekarskiego«. Według nadesłanego protokółu zgromadzeni w d. 9 sierpnia delegaci słowiańscy wybrali Komitet międzysłowiański, w skład którego weszli: przewodniczący: prof. Ott (Petersburg); zastępcy przewodniczącego: prof. Wicherkiewicz (Kraków), prof. Hlava (Praga); skarbnik prof. Subbotic (Belgrad); sekretarz generalny prof. Pešina. Sekretarze według narodowości: prof. Botkin (Rosya), dr. Kwaśnicki (Polska), dr. Čačkowicz (Kroacya), dr. Russew (Bułgarya), dr. Kobryński (Ruś), dr. Šlaimer (Slavonia), dr. Sieminowicz (słowianie w Ameryce), dr. Danić (Serbia).

Na temże posiedzeniu powzięto jeszcze następujące uchwały: 1) Komitet nosić będzie nazwę: »Komitet lekarzy słowiańskich«; działalność jego, w pewnym zakresie łączyć się będzie ze Zjazdami narodowymi i międzynarodowymi, w głównej zaś treści swojej będzie samoistną. 2) Przewodnictwo w Komitecie będzie przemienne, tj. każda narodowość słowiańska kolejno będzie mieć przewodniczącego ze swego grona. Przewodniczący powinien być wybierany z łona tej narodowości, która urządza u siebie Zjazd następny. 3) Przewodniczący Komitetu obecnie wybranego bierze na siebie trud wypracowania statutu. 4) Prof. Pešina zobowiązuje się obmyśleć plan organizacyi »Związku dziennikarzy pism lekar. słowiańskich«. Dr. Gudrum zajmie się sprawą założenia czasopisma »Revue médicale slave«. Doc. Vesely zbada sprawę zorganizowania lekarskich Zjazdów narodowych w tych krajach, gdzie ich jeszcze nie było. Dr. Semerad poda wyniki swej pracy nad sprawą terminologii. 5) Przysporzenie funduszów niezbędnych dla przeprowadzenia wszystkich tych uchwał pozostawia się usiłowaniom poszczególnych Komitetów narodowych.

Następne zebranie ma się odbyć w Pradze, podczas Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników, który odbędzie się w r. przyszłym.

* Prof. chirurgii w Uniw. Wiedeńskim, dr. Albert, zmarł nagle w dobrach swoich Senftenberg, licząc lat 59.

* Morska policya sanitarna w Niemczech zarządziła wszelkie środki ostrożności względem okrętów, przybywających z Anglii. Zarządzenie to zostało spowodowane stanem rzeczy w Glasgowie, gdzie mór nie ustaje.

* Władza w Potsdamie zaleciła dyrekcyom szkolnym, ażeby nauczyciele przy wykładzie nauk naturalnych starali się zwracać uwagę uczniów na potrzebę higienicznego pielęgnowania zębów i jamy ustnej.

* Nagroda Graefego za najlepszą pracę z dziedziny okulistyki przyznaną została prof. Hessowi (Würzburg) za rozprawę z zakresu nauki o przystosowaniu oka (akomodacyi) i prof. Bernheimerowi (Insbruk) za pracę o jądrze n. okoruchowego.

* Pani A. Leśniowska otrzymała pozwolenie na otwarcie apteki w Petersburgu. Jest to pierwsza kobieta, która uzyskała to prawo. W aptece pani L. zatrudnione będą same kobiety.

* Namiestnictwo wiedeńskie wezwało magistrat do rozciągnięcia dozoru sanitarnego nad piekarniami, w których ma panować brud i wszelkiego rodzaju zaniedbanie; namiestnictwo wymienia wszelkie usterki przeciw higienie, a dotyczą one samych piekarzy, oraz mąki i jej przeróbek. Również zdrożne stosunki według namiestnictwa mają panować w rzeźniach i jatkach wiedeńskich.

* Miejska Komisya municypalna w Peszcie ułożyła statut, który ma obowiązywać osoby odwiedzające w szpitalach chorych na cierpienia zakaźne. Statut postanawia, ażeby odwiedziny te były bardzo ograniczone; osoby odwiedzające chorych na błonicę i płonicę, wychodząc z zakładu, mają wziąść kąpiel, a cała ich odzież i bielizna winna być poddaną odkażeniu. Dla innych chorób zakaźnych statut zastrzega tylko odkażenie gruntowne. Ministeryum któremu ten statut dano do zatwierdzenia, odesłało go do zrobienia poprawek, znajdując, że wymagania wyżej wymienione, są zanadto skomplikowane i zbyt kosztowne.

* Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Akwisgranie został otwarty d. 17 b. m. Przewodniczący prof. Leube w mowie powitalnej dał rzut oka na rozwój medycyny i nauk przyrodniczych w w. XVI, XVII i XVIII; był to wstęp do znakomitych wykładów następujących: prof. Want'Hoff mówił o rozwoju ścisłych nauk przyrodniczych; prof. Hertwig — o rozwoju biologii; prof. Naunyn — o rozwoju medycyny wewnętrznej; prof. Chiari — o rozwoju patologii. Te cztery wykłady stanowiły wspaniały przegląd działalności naukowej w XIX stuleciu. Na miejsce przyszłego Zjazdu wybrano Hamburg.

* Na tegorocznym Zjeździe lekarskim w Kopenhadze, w którym wzięło udział wielu lekarzy skandynawskich, zaprojektowano wydawanie nadal sprawozdań w języku niemieckim, gdyż zrobiono doświadczenie, że prace lekarskie, ogłaszane w językach francuzkim i angielskim przechodzą prawie niepostrzeżenie, czego nie można powiedzieć o rozprawach drukowanych po niemiecku.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Poore mian. został profesorem medycyny wewnętrznej w Londynie. Dr. Bentkowski mianowany został lekarzem gminnym w Dębicy. Docenci: Aschoff i Benecke zostali mianowani profesorami w Getyndze.

Nekrologia. Zmarli: Abraham Kuhn, prof. chorób usznych w Strasburgu, licząc lat 63. Henryk Czaczkowski urodz. w r. 1846, zmarł w Rybińsku.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *W Medycynie* Nr. 37: Szmurły I.: O leczeniu cuchnącego nieżytu nosa surowicą przeciwbłoniczą, oraz słów kilka o leczeniu tego cierpienia w ogóle. Nr. 38. Dr. Szmurły I.: O leczeniu cuchnącego nieżytu nosa (ozaena) surowicą przeciwbłoniczą, oraz słów kilka o leczeniu tego cierpienia w ogóle (dok.). *W Gazecie Lekarskiej* Nr. 38: Zaleskiego Jana: O heminie i jej eterach. Flataua E. i Sawickiego B.: Przyczynek do chirurgii doświadczalnej w dziedzinie nerwów obwodowych. Mutermilcha I.: O przytwierdzaniu płata śluzowego przy plastycznej operacyi brzegu powiekowego. Dr. Simona A: Leczenie gruzlicy wodą. *W Nowinach Lekarskich* (Zeszyt 15 i 16): Noiszewskiego K.: Czucia odprzedmiotowe, ból i parodoksalny algezyometr. Nartowskiego M.: Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego. Sędziaka J.: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych ostrych (c. d.)

Redakcya otrzymała:

— Dr Sołowij i Dr Krzyszkowski: Beitrag zur Chorionepitheliom- und Blasenmolenfrage. Ein neuer Fall von einer bösartigen (destruirenden) Blasenmole. (Odbitka z »Monatschr. f. Geburtshilfe und Gynaek". Bd. XI, 1900.

— Sprawozdanie XVIII z czynności Komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób, pracujących na polu naukowem im. Dr Józefa Mianowskiego za rok 1899. Warszawa.

— Dr Bednarski Ad.: Kilka wypadków wykrycia ciał obcych stalowych lub żelaznych w oku za pomocą sideroskopu Asmusa z następowem wydobyciem tychże elektromagnesem Hirschberga. Kraków 1900 roku.

— Tenże: Ein Fall von Netzhautvorfall durch eine centrale Hornhautfistel mit Phthise des Augapfels traumatischen Ursprungs. Enucleatio, anatomische u. mikrosk. Untersuchung. (Odbitka z „Archiv f. Augenheilkunde« XLI Bd. Heft 3).

— Tenże: Ueber einen Fall von Atrophia gyrata chorioideae et retinae mit Sclerose der Aderhaut (Odbitka z „Archiv für Augenheilkunde" XL Band, Heft 4).

Dr. Eitelberg (Wiedeń): Practische Ohrenheilkunde. Wiedeń 1900.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 października, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. prof. Pieniążek przedstawi kilku chorych z oddziału laryngologicznego szpitala św. Łazarza; 2) kol. dr. Gliński okaże i omówi kilka rzadszych preparatów anatomicznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 6 Października 1900. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy dworu Prof. Dr. L. Rydygiera we Lwowie.

Przyczynek do techniki operacyi nowotworów pięty.

Podał
Dr. M. W. Herman
asystent kliniki.

Różne powody zmuszają nieraz chirurga do odstąpienia od myśli t. z. operowania doszczętnego. Raz miejscowe stosunki, towarzyszące cierpieniu, w drugim wypadku wzgląd na ogólny stan operowanego, kiedyindziej wreszcie opór, uzasadniony lub nie, chorego, sprawiają, że wyrzekając się myśli doszczętnego wyleczenia, zadawalniamy się zabiegiem, przynoszącym ulgę choremu. Tak postąpić potrzeba było w przypadku, który poniżej mam zamiar opisać, a do opisu tego tem chętniej przystępuję, że nowotwory na kończynach nie należą bynajmniej do zjawisk najczęstszych i że szczególne trudności, które u tej chorej obejść trzeba było powiodło mi się, jak mniemam, dość szczęśliwie usunąć.

Zofia Miś lat 65 przyjęta do kliniki 29 maja 1900. Dziedzicznie nie obciążona. Z chorób przebytych pamięta tylko o durze, który przebyła przed 30 laty. Obecne cierpienie rozpocząć się miało przed dwoma laty w ten sposób, że »pękła« skóra na pięcie. Ranka wkrótce pokryła się strupem, z pod którego ciągle sączyła się wydzielina surowicza. W jesieni zeszłego roku z ranki tej począł wyrastać guz, powoli, ale ciągle się powiększający i krwawiący. W celach leczniczych chora podwiązała szypułę guza włosem — ale bez dodatniego wyniku. Chodzi z trudnością — stąpa na palce stopy.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa dość dobra, odżywienie w wysokim stopniu podupadłe. Nigdzie ani śladu podściółki tłuszczowej. Fałd skóry uniesiony wyrównuje się bardzo powoli. Granice płuc obniżone, mało ruchome. Odgłos wypukowy jawny z odcieniem bębenkowym. Wdech i wydech fizyologiczne, ale pokryte bardzo licznemi rzężeniami, furczeniami i świstami. Stłumienie serca na przestrzeni prawidłowej. Tony głuche. Tętno w wysokim stopniu niemiarowe (arytmiczne), 56 uderzeń n. m. Stwardnienie tętnic miernego stopnia. Przy obmacywaniu brzucha ból przy ucisku na dołek podsercowy. Wątroba obniżona. Śledziona niepowiększona. Na kończynach dolnych żyły miernie rozszerzone, śladzik obrzęku.

Na szczycie pięty prawej, guz grzybowaty, wielkości i kształtu średniej gruszki, o powierzchni ziarnistej, owrzodziałej, pokrytej brudną, bardzo cuchnącą wydzieliną. Szypuła guza podwiązana włosem, jak chora podaje, wziętym z własnej głowy. Guz wraz ze skórą przesuwa się ponad kością piętową. Przekrój szypuły nieco większy, niż korona. Gruczoły w obu pachwinach macalne, nie bolesne i nie twarde. W moczu zmian niema. Badanie drobnowidowe guza wykazało utkanie mięsaka o komórkach drobnych wrzecionowatych.

Wobec zmian znalezionych, rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Sarcoma calcanei dextri*, *marasmus senilis*, *emphysema pulmonum*, *bronchitis diffusa*, *arteriosclerosis*, *myocarditis*.

Jak z powyższego streszczenia historyi choroby wynika, mieliśmy do czynienia z kobietą nad wiek swój postarzałą, która z powodu mięsaka na pięcie pozbawioną była swobody ruchu.

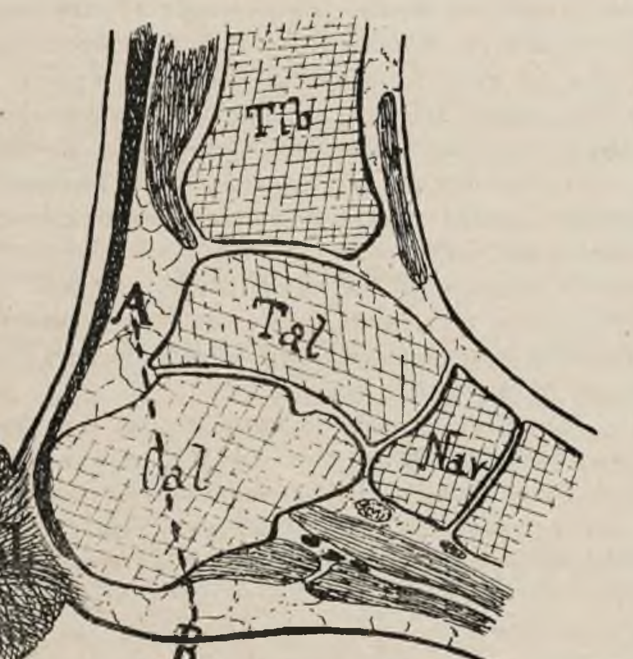
Niewątpliwie najskrajniejszem lekarstwem, byłoby odjęcie podudzia, o czem tem śmielej można byłoby nawet w tym przypadku myśleć, że operacyę tę już kilkakrotnie wykonaliśmy w znieczuleniu miejscowem płynem Schleicha z nieznacznym tylko bólem. Spotkaliśmy się jednak ze stanowczym oporem chorej. I nie staraliśmy się jej przekonać. Amputacye w dzisiejszej chirurgii to nasz wstyd i ból, ograniczamy je tylko do przypadków bezpośrednio grożących życiu, lub gdzie nie mamy nic innego do wyboru. Zresztą, gdyby odjęcie kończyny lub nawet jej wyłuszczenie w stawie, w przypadkach nowotworów złośliwych, dawało pewną i całkowitą rękojmię zupełnego, naprawdę doszczętnego wyleczenia, możnaby chorych zmuszać moralnie do zgody na taki, a nie inny zabieg. Niestety, praktyka uczy czegoś wprost przeciwnego. I widzimy, jak na całej linii chirurdzy cofają się w tych razach i zadowalniają się operacyami częściowemi, osiągając wyniki pewno nie gorsze, niż po doszczętnych wyłuszczeniach kończyn.

Powróćmy jednak do naszej chorej. Na wypiłowanie stępu sposobem W ł a d y m i r o w - M i k u l i c z a możeby się była chora zgodziła, ale myśmy tej operacyi nie chcieli. Jakżeby ustrój taki stary i charłaczy, pewno ze zmianami osteoporotycznemi w kościach zdołał wytworzyć tyle kostniny, aby zlepić na stałe okrwawione powierzchnie kostne? Potem chloroform, długie leżenie w łóżku, to, u osobnika z takiemi zmnianami w tętnicach i płucach, pewne zapalenie opadowe płuc. Ryzyko wielkie, tem większe, że tak, czy owak, nie zapobieżemy przerzutom względnie nawrotom nowotworu.

Ostaliśmy się tedy ostatecznie przy tej myśli, aby nowotwór wyciąć (przypominam że wyrastał ze skóry i z kością piętową nie pozostawał wcale w związku) i jak zwyczajnie, wyciąć daleko w zdrowej skórze, a ubytek w powłokach pokryć. I znowu nowe pytanie: M a a s, R e v e r d i n T h i e r s c h, W o l f f, czy jakiś inny sposób? Żadna z wyliczonych metod nie nadawała się nam. Przy postępowaniu wedle sposobu M a a s a trzebaby było brać płat ze stopy lub podudzia drugiej kończyny, po założeniu szwów sytuacyjnych kończyny trzebaby było zagipsować, a stąd chora leżąc pozostawałaby ciągle pod groźbą opadowego zapalenia płuc. Pozostałe zaś sposoby małą dawały nadzieję powodzenia. Płatki przeszczepiane nawet na osobnikach młodych i zdrowych nie zawsze się przyjmują, a cóż myśleć o takim charłaczym osobniku? Trzeba zatem było sięgnąć po jakiś inny sposób.

Przypomnieliśmy sobie, że już dawniej, bo przeszło od 20 lat, ten i ów chirurg skracał kości, aby módz po nad niemi zeszyć części miękkie. Wymieniam Jasińskiego Löbkera, Martela, Keetleya, Rydygiera, a znalazłoby się może jeszcze kilku innych, którzy wypiłowali kości podudzia, przedramienia, stopy i t. p. zawsze w tym celu, aby następnie tem łatwiej pokryć braki w częściach miękkich, lub zeszyć mięśnie, ścięgna, nerwy etc. Wedle tego wzoru, przedłożywszy swój plan i uzyskawszy zezwolenie Szefa przystąpiliśmy do operacyi naszej chorej.

Cięciem eliptycznem, osią długą prostopadle ustawionem, okroiliśmy daleko od brzegów szypuły skórę i wyłuszczyliśmy nowotwór. Tłuszcz pod skórą niezmieniony, nowotworem nie zajęty. Ze wszystkich stron na tępo odsłoniliśmy guzowatość kości piętowej, poczem oddzieliliśmy ścięgno Achillesa, wraz z cieniutką blaszką kostną, a szerokiem dłutem odbiliśmy całą *tuberositas calcanei* wzdłuż linii A-B, naznaczonej na rycinie. Kilkoma szwami ustaliliśmy ścięgno Achillesa, przyszywając je do części miękkich w głębi rany. Ponad tak zdłutowaną kością bez trudu i bez napięcia zdołaliśmy zeszyć skórę pięty.



Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Na drugi dzień po operacyi chora siedziała już we fotelu a po zagojeniu się rany w kilkanaście dni odbyła pieszo, bez zmęczenia i bólu drogę kilkukilometrową.

Jest to zatem operacya nieduża, krótko trwająca, dająca się wykonać w znieczuleniu miejscowem, a w wyniku, przynajmniej czasowym, pewna. Upośledzenie chodu bardzo nieznaczne, czegośmy już z góry oczekiwali, kiedy nawet po całkowitem wyłuszczeniu kości piętowej wydolność kończyny mało co cierpi, jak to wykazali Laarey, Monteggia Polaillon i i.

Inna rzecz, że sposobność i wskazanie do wykonania tej operacyi rzadko się nadarzą. W piśmiennictwie mało tylko znachodzimy spostrzeżeń guzów, usadowionych na pięcie. (Follin, Wericher, Blum). Może jednak spotka ktoś podobny do naszego przypadek, a nie mając nic lepszego, zechce użyć tego sposobu, który tem ogłoszeniem zalecić byśmy chcieli.

II. O morderstwie z lubieżności.

Podał
Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie).

III. Sprawcy tych morderstw.

Lagnaenomania zdarza się zazwyczaj u mężczyzn, rzadko natomiast u kobiet, u których musimy ją uważać za zjawisko więcej obce i uderzające, niż u mężczyzn, tak samo, jak na odwrót więcej obcem jest naturze męzkiej zjawisko *machlaenomanii* (masochizmu Krafft-Ebinga czyli passiwizmu Stefanowskiego). Jeżeli *lagnaenomania* jako taka jest u kobiet bardzo rzadką, to wprost nie ma dotąd ani jednego spostrzeżenia, któreby wskazywało kobietę za sprawcę morderstwa z lubieżności, a krwawe czyny Kleopatry, Valeryi, Messaliny, Katarzyny Medici, Elżbiety Báthory itd. jakkolwiek dowodzą istnienia u nich wampiryzmu (*lagnaenomania* u kobiet), nie dają się przecież wprost podciągnąć pod pojęcie zbrodni, o których mowa.

Frank twierdzi słusznie, że przypadki, w których zbrodnia płciowa łączy się równocześnie ze zbrodnią przeciwko życiu drugiej osoby, są dosyć częste, że natomiast o wiele rzadziej udaje się sprawcę ich do odpowiedzialności karnej pociągnąć. Przyczyny tego należy szukać w tem, że zbrodnie te popełniane zwykle w odludnych miejscach w ukryciu, otulone są zawsze mgłą tajemniczości, której przeniknąć niepodobna. A jeźli już sprawca zostanie uchwycony, to jeszcze i tak nie zdradzi on istotnego motywu, jaki go skłaniał do czynu. Tak n. p w 45 z zestawionych przypadków nie zdołano wykryć istotnego sprawcy. Z tych przypadków, w których sprawca jest znany, przekonujemy się, że zbrodnia ta jest nietylko udziałem mężczyzn, będących w sile wieku, lecz także i nieletnich oraz starców. W zestawieniu naszem spotyka się sprawców wyżej 60 lat życia a obok nich nieletnich, liczących 13, 14 i 16 lat życia. Niektórzy z nich żyli w chwili popełnienia zbrodni w związkach małżeńskich, jednak życie płciowe w zakresie małżeństwa nie było dla nich wystarczające i stąd nawiązywali stosunki płciowe z innemi kobietami, najczęściej z nieletniemi lub oddającemi się nierządowi. Niemal wszyscy sprawcy cierpią na nadmierną pobudliwość płciową *(satyriasis)*, stałą lub przemijającą, a w tym ostatnim razie rodzącą się nieraz nagle, napadowo, z popędem do dzikiego okrucieństwa. Ten stan nadmiernej pobudliwości płciowej zdaje się wykluczać przeciwdziałanie wyobrażeń etycznych i estetycznych w chwili nadarzającej się sposobności do zaspokojenia popędu płciowego, nie mogą go też utrzymać na wodzy ani wstyd, ani obawa przed następstwami tj. przed karą. Sprawca czynu jest przez wygórowany popęd płciowy zupełnie opanowanym, tak dalece, że aby mu sprostać, nie zna on doboru, rzuca się na pierwszą osobę, jaką wówczas napotka bez względu na to, czy to będzie dziecię, czy podeszła wiekiem kobieta, czy piękna i zdrowa, czy też brzydka i ułomna; zarazem nie uczuwa on po akcie zadowolenia i znużenia, jakie mają miejsce u mężczyzn prawidłowych.

Jeżeli nadmierna pobudliwość płciowa zdaje się istnieć u znacznej części sprawców tej potwornej zbrodni, to jednak nie ona wyłącznie tylko do niej skłania, a zarazem nie jest ona wyłącznem tylko następstwem zaburzeń chorobowych systemu nerwowego, np. ogniskowych jego zmian (guzy móżdżku, mostu Varola), padaczki, szałowych podnieceń i t. d. Na powstanie tej zbrodni wpływają także, jak to słusznie zauważa Lepmann, stosunki socyalne, o ile one prowadzą albo do nadużyć w zakresie praktyk płciowych, lub do wstrzemięźliwości, wreszcie do ogólnej depprawacyi i nieposzanowania ustaw. Ogólna deprawacya tępi w jednostkach wyobrażenia etyczne, które zdolne są w prawidłowych warunkach walczyć skutecznie z pochopnością do czynów przewrotnych; nadużycia płciowe przytępiają z czasem prawidłową pobudli-

wość płciową i zmuszają dotyczące osoby do szukania nowych, a niezwykłych podniet; wstrzemięźliwość zaś dowolna lub przymusowa, n. p. przez ograniczenie z konieczności tolerowanych domów nierządu, zwiększa, jak doświadczenie uczy, ilość zbrodni zgwałcenia, zhańbienia, względnie porodów nieślubnych. W myśl powyższych uwag może się człowiek umysłowo prawidłowy zbrodni tych dopuścić, za które winien być do odpowiedzialności pociągniętym. Gdy atoli z drugiej strony uczy kazuistyka, że sprawca tych zbrodni bywa nieraz dotknięty zaburzeniem chorobowem ośrodkowego narządu nerwowego, przeto zachodzi potrzeba przekonania się w każdym przypadku o stanie umysłowym sprawcy, tem bardziej, że niezwykłe okrucieństwo i brutalność, z jakiemi czyny te bywają podjęte, zdają się same przez się nadawać czynom piętno patologiczne. Ścisłość w dochodzeniu stanu umysłowego sprawcy jest tem więcej wskazaną, że pomyłka i nieoględność znawców sprowadzają na niego karę śmierci lub co najmniej karę długoletniej utraty wolności i pozbawienie praw, nakazują słusznie napiętnować tak przedwczesne lub nieodpowiadające prawdzie orzeczenia hańbą dla nauki lekarskiej [75]). Rozpatrzmy pokrótce, jakie są w tym względzie zapatrywania co do stanu umysłowego tych zbrodniarzy i jakiem w tym względzie rozporządzamy doświadczeniem.

Większość nowoczesnych psychiatrów jest w tym względzie zgodnego zapatrywania, że sprawcy przestępstw płciowych bywają nierzadko dotknięci psychozami lub conajmniej dziedzicznem neuro-, względnie psychopatycznem obciążeniem. Niektórzy z nich, n. p. Viazzi [76]), posuwają swe zapatrywanie w tym kierunku tak daleko, że największą część tych przestępstw przypisują umysłowo chorym; morderstwa z lubieżności, zdaniem jego, są zwykle dziełem epileptyków. Zapatrywanie większości psychiatrów jest całkiem słuszne, bo opiera się na danych, jakie uzyskano przez badanie i obserwacyę tej kategoryi przestępców. Odnośnie do sprawców morderstw z lubieżności i wogóle do langnenomaniaków, to, jak się wyraża Ball: „presque toujours les sujets de cette espèce sont des héréditaires. Ils sont quelque fois des imbéciles ou des demi-imbéciles; et souvent on trouve à l'autopsie des lésions anatomiques de l'encéphale, ce qui achève de démontrer que ces prétendus criminels sont de véritables malades, de vrais aliénés“. Zestawiona przezemnie kazuistyka za zdaniem tem po części przemawia, albowiem na 83 morderców, z których 64 było bądź niewyśledzonych, bądź też pod względem ich stanu umysłowego niebadanych, stwierdzono u 19 obecność poszlak, dozwalających na powątpiewanie o ich zupełnej równowadze umysłowej. W liczbie tej znajdują się trzej, u których sekcyą stwierdzono zmiany w oponach i korze płatów czołowych mózgu *(dementia paralytica?)*, u dwóch stwierdzono padaczkę z przytępieniem umysłu, u dwóch przewłoczne zatrucie alkoholem, u 11 wybitną dziedziczność i tak fizyczne, jak i psychiczne znamiona zwyrodnienia (raz szaleństwo okresowe, raz myśli przymusowe), w jednym przypadku wchodził w grę uraz, odniesiony w głowę.

Sprawa oceny stanu umysłowego tych przestępców nie jest łatwą i nie daje się zasadniczo rozstrzygnąć na ich korzyść lub niekorzyść nawet i wtedy, gdy wedle Heinrotha [77]) czyny ich, wynikające z wyuzdanego życia, pobudzenia fantazyi, lub wogóle przytępienia moralnego, stanowią tylko zbrodnie. Rzadko w istocie daje się u sprawcy morderstwa z lubieżności wykazać wybitna psychoza, uprawniająca do oświadczenia się przeciw jego poczytności (Emmert), często atoli okaże się u niego obciążenie i zwyrodnienie dziedziczne, które choć samo, jako takie, poczytności nie wyklucza, przecież czyni ją do pewnego stopnia wątpliwą. W tych przypadkach powinnoby się stósować wymiar kary w postaci złagodzonej. Zdanie Delbrücka [78]) „der Lustmörder ist in einer geeigneten Anstalt dauernd zu verwahren“, najlepiejby, zdaniem mojem, sprawę w tych przypadkach rozwiązywało.

Morderstwo z lubieżności popełnia sprawca albo przed podjęciem aktu płciowego, albo zamiast niego, albo wśród niego, albo wreszcie po nim. Wedle zestawionej przezemnie kazuistyki przypada na pierwszą kategoryę 8 przypadków, na drugą 26, z tych 6 niepewnych, na trzecią 16, na czwartą 31, wreszcie nie dało się oznaczyć chwili podjęcia czynu. Już z tego zestawienia wynika, że najrzadziej podejmuje sprawca tę zbrodnię przed przystąpieniem do aktu płciowego, w tym bowiem razie byłby zmuszonym spółkować albo z konającym lub z świeżemi zwłokami (*nekrophilia*). Morderstwo z lubieżności dokonane przed podjęciem aktu płciowego może wynikać albo z chęci podniecenia zdolności płciowej, osłabionej n. p. wskutek poprzednich wyuzdań, albo też z afektu gniewu, jaki sprawcę ogarnia wskutek doznawanego przy usiłowaniu dopełnienia aktu oporu czynnego lub biernego ze strony ofiary. Bierny opór wynika zazwyczaj z niestosunku, jaki zachodzi między częściami płciowemi sprawcy i ofiary. To też często spotykamy zwłaszcza u nieletnich ofiar rany cięte lub darte na sromie lub rzyci. Niekiedy znowu zadaje sprawca swej ofierze rany w dowolnych częściach ciała np w brzuch, aby w ranie tej módz dokonać spółkowania jak to np. miało miejsce w przypadku Lombrozy tyczącym się Artuzia lub w drugim przypadku Krafft-Ebinga, w którym sprawca przeciął 8 letniemu chłopcu podłużnie srom, na sposób szpary sromowej u kobiet, lub jednej z ofiar (Buisson) Vachera. Poza tymi trzema przypadkami zachodziło w 9-ciu przedarcie sromu ofiary, raz zaś była przedartą rzyć.

Jeżeli morderstwo z lubieżności jest wykonane zamiast aktu płciowego, to stanowi ono rodzaj równoważnika i zdaje się być wówczas najwięcej patologicznem zjawiskiem, wynikiem psychozy sprawcy lub swoistej aberracyi popędu płciowego *ab origine*. Nie rzadko łączy się ono wówczas z popędem do pożerania ciała ofiary *(antropophagia)*, jak to miało miejsce w przypadku Esquirola, w którym sprawca pił krew ofiary i pożarł jej serce, w przypadku Maschki, tyczącym się Thirscha, który ugotowane srom i sutki swej ofiary spożył z kluskami, w przypadku Lombrozy, w którym Verzeni pogryzł uda swej ofiary i ssał spływającą krew, wreszcie w przypadku Tardieugo, w którym sprawca odgryzł ofierze brodawki sutkowe. Przypadki morderstwa popełnionego w miejsce aktu płciowego, trudno praktycznie oddzielić od przypadków pierwszej kategoryi, w których sprawca rani swą ofiarę przed podjęciem aktu płciowego, aby podniecić swą osłabioną zdolność płciową, albowiem może się zdarzyć, że zranienie to będzie tak doniosłe, że pociąga za sobą szybką śmierć ofiary, wobec której sprawcę opuszcza pobudzenie płciowe, jak to np. miało nastąpić w drugim przypadku podanym wedle Krafft-Ebinga. *Libido sexualis* może się także uspokoić u sprawcy na widok pewnych zmian np. chorobowych, dojrzanych na ciele ofiary już po zadaniu jej obrażeń, z których ona umiera, a jeszcze przed podjęciem aktu.

Morderstwo z lubieżności, popełnione przez sprawcę wśród aktu płciowego ma na celu wzmożenie pobudzenia płciowego względnie w przypadkach opaźniającego się wytrysku nasienia — jego przyspieszenie. Tego rodzaju przypadki dotyczą zazwyczaj sprawców dotkniętych przewłocznym alkoholizmem. Wszakżeż już Szekspir znał swoiste w tym względzie działanie alkoholu na popęd płciowy, skoro w ten sposób wpływ alkoholu określa: [79]) Co się tyczy miłości, jest picie

[75]) W zestawionych przezemnie przypadkach po odtrąceniu 45, w których sprawcy nie wykryto, nastąpiło w 23 zasądzenie sprawcy, podane przez autora opisu przypadku. Z tych 23 przypadków wykonano w 10 wyrok śmierci, w 6 opiewało skazanie na dożywotnie, w 4 na czasowe (od 7—20 lat) więzienie. W 2 czytamy o zasądzeniu bez bliższego określenia

[76]) Sui reati sessuali. Torino 1896.

[77]) l. c. str. 270: „Wenn ein Mensch durch schwelgerisches Leben, Aufregung der Phantasie, überhaupt durch moralische Verwöhnung dergestalt dem Geschlechtstriebe unterliegt, dass derselbe zur heftigen Leidenschaft wird, ja als wahrhaft viehische Brunst von den scheusslichsten Handlungen begleitet erscheint, so sind die in diesem Zustande begangenen. gesetzwidrigen Handlungen, Verbrechen“.

[78]) Gerichtliche Psychopat. Lipsk 1897, str. 190.

[79]) Makbet akt II. scena 3. Przekład I. Paszkowskiego.

po części jej ojcem, a po części nie jest, bo pobudza żądzę, a wstrzymuje wykonanie; dla tego wielkie picie można nazwać przeniewiercą względem miłości, bo ją rodzi i uśmierca, podżega i ostudza, pociąga i odpycha, daje jej egzystencyę, ale bez konsystencyi, kołysze ją do snu i kłamiąc jej rzeczywistością upośledza ją w rzeczywistości.“ Dosadnym przykładem takiego morderstwa, popełnionego wśród spółkowania, celem przyspieszenia wytrysku nasienia u człowieka dotkniętego alkoholizmem jest przypadek owego „dusiciela kobiet,“ opisany przezemnie. Morderstwo w czasie spółkowania może być także wynikiem gniewnego uniesienia się sprawcy doznającego wśród aktu ze strony ofiary jakiegobądź oporu.

Wreszcie przypadki morderstwa z lubieżności, dokonane po odbytem spółkowaniu, dowodzą, iż żądza płciowa sprawcy była nadmierną i nie dała się zaspokoić naturalnym aktem płciowym, co dopiero dokonanym. Może się zdarzyć, że sprawca czynu, po dokonanym akcie, jest na razie nie zdolnym do powtórzenia aktu, a mimo to żądza jego nadal się utrzymuje. W tym razie podjęte morderstwo jest niejako równoważnikiem powtórnego aktu płciowego, którego z przyczyn fizycznych sprawca wykonać nie zdołał.

Dwie jeszcze okoliczności odnośnie do sprawcy zasługują na uwagę. Pierwsza tyczy się wspólnictwa w czynie. Z natury rzeczy wynika, że zbrodnie te, jako nie uplanowane z góry, są dziełem ręki jednego człowieka, lecz zdarzają się przecież przypadki notorycznego morderstwa z lubieżności, w których czynny lub bierny udział przyjmuje kilku sprawców. Tak np. w przypadku Metzgera dopuściło się tej zbrodni na 4-ro letniej dziewczynce trzech chłopców. W dwóch przypadkach Nina Rodrigueza miał sprawca jednego, względnie dwóch wspólników, podobnież w jednym z przypadków Leppmana dwaj nałogowi zbrodniarze dopuszczają się tej zbrodni na starej żebraczce. Druga okoliczność to ta, że sprawca morderstwa z lubieżności dopuszcza się nierzadko innych przestępstw względem swej ofiary, np. zabiera przedmioty, będące w jej posiadaniu. W tych przypadkach może zbrodnia przedstawiać się na pierwszy rzut oka nie jako przestępstwo płciowej przyrody, lecz jako morderstwo rozmyślne połączone z rabunkiem. Takie powikłanie przywłaszczenia sobie przedmiotów z morderstwem miało miejsce w przypadku Feuerbacha, Schumachera, Lombrosy (Philippe), Moreau i Lacassagne'a (Vacher); trzeci przypadek Leppmanna tem się od poprzednich różni, że w nim chęć rabunku była pierwotną myślą sprawcy, a dopiero wśród jej urzeczywistnienia zrodziła się lubieżność, która skłoniła sprawcę do pozbawienia życia ofiary.

IV. Ofiary morderstwa.

Ofiarami w przypadkach morderstwa z lubieżności bywają tak kobiety jak i mężczyźni (homoseksualne morderstwa); co do wieku tak dorośli jak i dzieci; z kobiet padają ofiarą najczęściej te, które się oddają nierządowi. W zestawionej kazuistyce przypada 20 przypadków na morderstwa homoseksualne tj. dokonane na mężczyznach, reszta tj. 110 przypadków na morderstwa heteroseksualne, tj. dokonane na kobietach; 41 przypadków dotyczy osób nieletnich do lat 14, tj. 7 chłopców, a 34 dziewcząt; w 19 przypadkach ofiarą były podeszłe wiekiem kobiety od 50 do 75 lat życia: w jednym tylko przypadku (Vacher) mężczyzna lat 71; w 24 przypadkach były ofiarą prostytutki, zatem stanowiły one jednę czwartą ofiar kobiecych wogóle.

O ile sprawca morderstwa z lubieżności często, jak wywykazuje kazuistyka, pozostaje nieznanym i niewyśledzonym, o tyle ofiarę wykrywa się niemal zawsze. Zwłoki jej znachodzi się bądź w stanie dobrze zachowanym i całym, bądź też z powodu upływu dłuższego czasu od chwili śmierci w stanie mniej lub więcej znacznego rozkładu, względnie w stanie poćwiartowania dokonanego ręką sprawcy. W pierwszym razie zadanie znawcy nie przedstawia trudności, w drugim razie, gdy zwłoki są rozkawałkowane, powinien znawca przy swem badaniu postępować wedle wskazówek, podanych przez Ravoux, Michela lub Sieradzkiego[80]). W przypadkach pierwszej kategoryi już samo ułożenie zwłok kobiecych z rozstawionemi udami, obnażonym sromem itd. jakie się tak często zdarza spotykać, nasuwa myśl i przypuszczenie zbrodni z lubieżności. W każdym przypadku, w którym nasuwa się przypuszczenie takiej zbrodni, należy poszukiwać śladów nasienia, jakkolwiek brak, względnie obecność tych śladów same przez się ani nie wykluczają ani nie dowodzą w istocie zaszłego morderstwa z lubieżności. Co się tyczy bowiem braku śladów nasiennych, to może on być następstwem tego, iż sprawca wogóle nie podjął spółkowania (np. gdy morderstwo było równoważnikiem aktu płciowego) lub iż ślady te zaginęły, względnie zostały spłókane n. p. ściekającą krwią z ran i t. d. Obecność zaś nasienia w pochwie i t. d. ofiary, która była prostytutką lub kobietą, oddającą się stosunkom płciowym (mężatki) nie dowodzi bynajmniej, jak to słusznie zauważają Haberda i Strassmann, spółkowania dokonanego w chwili popełnionej na ofierze zbrodni morderstwa, albowiem nasienie to, względnie jego ślady mogą pochodzić od aktu płciowego podjętego na pewien czas przed zbrodnią, niezależnie od niej i przez innego mężczyznę. Natomiast ślady nasienne w zwłokach świeżo deflorowanej dziewicy, kobiety skromnych obyczajów, podeszłej wiekiem itd., zatem kobiety, u której poprzednie obcowanie płciowe daje się wykluczyć, przemawiają za tem, iż sprawca zbrodni z ofiarą spółkował, że zatem zbrodnia może być wynikiem jego lubieżności.

Doświadczenie odnośne uczy, że sposób pozbawienia życia oraz jakość i siedziba obrażeń na ciele ofiar zbrodni z lubieżności są niemal jedne i te same i to nie tylko w przypadkach, których sprawcą był jeden i ten sam człowiek, lecz nawet i w przypadkach, będących dziełem kilku sprawców obcych sobie miejscem i czasem. Ta wspólność i tożsamość używanych sposobów zadania gwałtownej śmierci i uszkodzeń np. częstych okaleczeń sromu pozwala z jednej strony przypuszczać motyw płciowy jako przyczynę zbrodni, z drugiej zaś strony nie dowodzi zwłaszcza u jednego i tego samego sprawcy pewnego przygotowania, namysłu, zręczności lub techniki zawodowej (n. p. czyny Kuby rozpruwacza lub Vachera, które Lacassagne nazywa „crimes à répétition), lecz wykazuje tylko, iż motyw, skłaniający do tych czynów, był i jest tym samym. Leppmann wyraża się trafnie, że oględziny ofiary pozwalają nierzadko wnosić o jakości tego motywu. „Es handelt sich in den Fällen um das Streben in das Körperinnere an die Stätte, wo der Mensch entsteht, zu den inneren Geschlechtstheilen vorzudringen. In zweiter Reihe übt das fliessende Blut und das warme zuckende Fleisch eine wollusterregende Wirkung aus“. W zestawionej przezemnie kazuistyce zachodziło wypatroszenie brzucha *(eventratio)* 56 razy, w połowie niemal wszystkich zestawionych przypadków był z rodzaju tego obrażenia widoczny motyw lubieżny, o którym na pierwszem miejscu wspomina Leppmann. W przypadku zaś Feuerbacha przyznaje się Bichel wprost do tego motywu, skoro powiada, że ogarnęła go rządza zobaczenia, jak wnętrze ciała jego ofiar się przedstawia! Motyw wspomniany przez Leppmanna na drugiem miejscu t. j. chęć widoku płynącej krwi skłania sprawców do zadawania ran wogóle, a doświadczenie uczy, że sprawca zadaje w tym celu najczęściej rany cięte w szyję ofiary tak, jak gdyby z góry wiedział, że te rany użyczą mu najsilniejszego, pożądanego wrażenia wskutek przecięcia licznych, a wielkich naczyń krwionośnych. W zestawionej kazuistyce spotykamy w 39 przypadkach obrażenie szyi ofiary w ogóle, z których w 34 napotkano rany cięte, w 5 tylko rany kłute; 17 z tych przypadków tyczy się Vachera, a między nimi mieszczą się

[80]) Ravoux: Du Dépeçage crim. Thèse. Lyon 1888. Michel: Über crim. Leichenzerstückelung *Vierteljschr. f. ger. Med.* 1895. B. XI. Sieradzki: Uwagi o sekcyi zwłok rozkawałkowanych *Przegląd lek.* 1896. Nr. 46—49.

3, w których rana cięta była tak dosadną, że pociągała za sobą zupełne obezgłowienie *(decapitatio)*. Niejednokrotnie łączyły się te rany szyi z ranami innych części ciała, względnie z rozcięciem klatki piersiowej, brzucha, wycięciem sromu, sutków, wyrwaniem wnętrzności itd. W 46 przypadkach było gwałtowne uduszenie przyczyną śmierci, a mianowicie 31 razy zachodziło zadławienie ręką, 2 razy zaś nogą (przyp. Metzgera i Caspra), 6 razy uduszenie przez zatkanie ust, wtłoczenie ciała obcego do górnego odcinka dróg oddechowych (przyp. Strassmanna) i przez ucisk na klatkę piersiową, 4 razy wreszcie zadzierzgnięcie szyi ofiary zapomocą chustki, sznura lub paska. W tych 46 przypadkach uduszenia zachodziły 15 razy rozliczne obrażenia w formie ewentracyi, ran kłutych szyi itd., które były częścią zadane już po śmierci, częścią zaś nie pozostawały z śmiercią w związku przyczynowym, natomiast były wskazówką do wyjaśnienia motywu zbrodni. W 6 przypadkach były obrażenia głowy (strzaskania pałką, kamieniem i t. d.). przyczyną śmierci ofiary. Tak więc we wszystkich tu zestawionych przypadkach zachodziły tylko trojakie przyczyny śmierci t. j. skrwawienie, uduszenie, obrażenie czaszki i mózgu.

Morderstwa z lubieżności, jako zjawisko społeczne, rzucają ponure światło na istotę ludzką, dowodząc albo znacznego upadku poczucia etycznego, albo też psychicznego zwyrodnienia. Zjawiska tego, coraz to częstszego, nie można lekceważyć i ociągać się z jego zbadaniem dlatego, że przytem zachodzi potrzeba wniknięcia w życie płciowe człowieka, o którem jako o delikatnej i wrzekomo skromność naszą obrażającej sprawie niechętnie chcemy rozprawiać. Słuszne też jest zdanie Franka, że przypadki tej zbrodni są względnie częste, rzadziej już bywa sprawca ich znany, najrzadziej stają się one przedmiotem naukowych badań. Dlatego trzeba tylko przyklasnąć uchwale, powziętej przez międzynarodowe towarzystwo kryminalistyczne na wniosek Leppmanna, by w drodze zbiorowej pracy, w drodze okólników do różnych miarodajnych władz i osób zapoznać się z szczegółami trafiających się przypadków, albowiem tylko w ten sposób można będzie zgłębić istotę tego ponurego zjawiska, tem samem można będzie z niem skutecznie stanąć do walki, tłumiąc je umieszczeniem sprawców w zakładach obłąkanych lub wymierzaną im sprawiedliwie karą. Tak dokładne wyjaśnienie tego zjawiska przynieść może tylko korzyść ludzkości, bo zapobiegnie możliwym tryumfom karygodnej przewrotności lub na smutnych pomyłkach opartym zasądzeniom ludzi niewinnych, bo umysłowo chorych.

III. Oceny i sprawozdania.

Streszczenia zbiorowe.

O szczepieniu ochronnem przeciwospowem.

Jakkolwiekby się zdawać mogło, że sprawa ochronnego szczepienia przeciwospowego nie powinna być nadal tematem rozpraw, to jednak czytając sprawozdanie z piśmiennictwa, dotyczącego tego przedmiotu, a które się pojawiło u schyłku XIX-tego stulecia (Dr. L. Voigt: *Bericht über die im Jahre 1899 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung)*, przyznać należy, że przedmiot ten wiele daje do myślenia nam lekarzom austryackim. Dwukrotne szczepienie dotychczas jest zagwarantowane ustawą w państwie niemieckiem, na Węgrzech, we Włoszech, Japonii, a w roku ostatnim wprowadzone zostało w Portugalii. Jednorazowe szczepienie jest obowiązkowe w Danii i Skandynawii i w niektórych koloniach angielskich. Anglia, która posiadała skuteczną ustawę dla przeprowadzenia szczepienia ochronnego, zmieniła ją w roku 1898 o tyle, że każde dziecko musi uledz szczepieniu przed ukończeniem szóstego miesiąca życia, jeżeli ono jest zdrowe, nie przebyło ospy, albo jeżeli rodzice złożą w urzędzie oświadczenie, że sumienie nie pozwala im przystać na zaszczepienie ich dzieci. Epidemia ospy w Durham, Hull i Middlesborough w roku 1899 sprawiła jednak, że szkoda, wyrządzona społeczeństwu angielskiemu tą nową ustawą, została złagodzoną, gdyż publiczność znowu poddała się powtórnemu szczepieniu i coraz rzadziej dawały się słyszeć odwoływania się do skrupułów sumienia. Sprawa przenośnika jadu ospy i krowianki dotychczas wyjaśnioną nie jest. Najznakomitsza w tym kierunku praca Hückla nie zalicza ciałek Guarniera do pierwotniaków (protozoa), lecz uważa je za wytwory przemiany części rdzennej pierwoszczy komórek przyskórka. Huguenin przeciwnie skłania się do zapatrywań Guarnieri-Pfeiffera. — W celach leczniczych zaleca Kolbasenko wcieranie maści składu: *Ichthyoli 10,0 + Ol. oliv 60 + Lanolini 20*, poczem wysypka już po 24 godzinach się zmniejsza i łuszczenie się bywa wcześniejsze. Hörschelmann używa 20% *Ichthyolcollodium*. Huchard podaje wielkie dawki eteru i makowca, codziennie kąpiel z dodatkiem 10 grm. sublimatu, na głowę i twarz maskę, zwilżoną roztworem sublimatu $0,25‰$. Blizny na twarzy usuwa maścią rtęciową. Mimo stósowania tych znacznych dawek nie występowały objawy zatrucia rtęcią, a wyniki leczenia nie były zbyt korzystne. Kotowczikow szczepił w trzech przypadkach u ospowych krowiankę i chwali wyniki przez siebie otrzymane. Béclère, Chambon, Ménard i Jusset badali na zwierzętach wpływ surowicy, otrzymanej z osób, które przebyły ospę, lub były szczepione. Pierwsza praca w tym kierunku wykazała, że surowica zwierząt, szczepionych przed niedawnym czasem krowianką, posiada własności uodparniające przeciw jadowi ospy lub przeciw działaniu krowianki. Działanie tej surowicy występuje dosyć szybko i zależy od ilości wstrzykniętej surowicy. Szczepienie surowicą różni się tem od szczepienia skórnego lub podskórnego, że pierwsze chroni natychmiast od zakażenia, a to drugie dopiero po jedenastu dniach, następnie i tem, że surowica mniej wpływa na wytwarzające się krosty, lecz bardziej na działanie zawartej w krostach limfy; podczas gdy odporność, powstająca po szczepieniu skórnem krowianką, objawia się bardziej mało znacznemi krostami, aniżeli bezskutecznością limfy. Gdy Béclère główny nacisk w badaniach swych kładł na część doświadczalną, Billing badał u 14 szczepionych codziennie krew od pierwszego dnia szczepienia aż do wytworzenia się krost. Zawartość hemoglobiny, wielkość, liczba i kształt ciałek czerwonych nie uległy zmianie po szczepieniu; wytwarzała się tylko miernego stopnia leukocytoza, która ósmego dnia dosięgała szczytu, a potem się zmniejszała.

Co się tyczy techniki szczepienia, zasługuje na uwagę opatrunek zapomocą „tegminu“, chroniący miejsca szczepienia od zanieczyszczenia. Postanowieniem Rady Związku niemieckiego z 28 VI. 1898 polecono gruntowne oczyszczenie pola szczepienia u cieląt zapomocą szczotek, maczanych w płynach odkażających, mydła i wody ciepłej i to zarówno przed szczepieniem, jak i przed zbieraniem szczepionki. Limfą tą należy wykonywać szczepienie próbne. Postanowienie to wymaga również gruntownej desinfekcyi rąk operatora i jego narzędzi; zaleca wykonanie 4 cięć o 1 ctm. długości. Podczas gdy Pöppelmann, Haase i Fürst wymagają założenia opatrunku ochronnego; Campbell Collins i Redmound zaprzeczają jego potrzebie. Zaznaczyć wreszcie należy, że w roku 1899 odbył się w Berlinie międzynarodowy Zjazd przeciwników szczepienia, który uczestników wcale nie zadowolnił. Uczestniczyło w nim między innymi 38 lekarzy. Wynikiem obrad było wniesione do parlamentu żądanie zniesienia przymusu szczepienia. Państwo niemieckie żąda, ażeby dzieci przed szczepieniem były badane i w razie obecności ciężkich ostrych lub przewlekłych chorób, niszczących ustrój, należy szczepienia zaniechać. Wyjątek stanowi tylko grasująca ospa. St. Yves i Ménard, prócz chorób powyższych, uważają również wyprysk suchy i sączący jako przeciwwskazanie, a jedynie w razie grożącego zakażenia ospą należy szczepić ostrożnie na skórze zdrowej, przytem użyć małej ilości limfy i miejsce szczepienia obmyć natychmiast wodą

borową. Prócz tego przytaczają inni autorzy rozmaite powikłania w następstwie szczepienia, a mianowicie znaczne szerzenie się istniejącej już przed szczepieniem łuszczycy, choroby ócz i powiek, choroby pochwy i sromu, powstałe przez przeniesienie jadu z miejsca zaszczepienia. Brucke obliczył, że w Niemczech na $2^1/_2$ milionów szczepionych i powtórnie szczepionych zmarło w roku 1896 — troje dzieci wskutek szczepienia. *Dr. Jan Landau.*

IV. Wyciągi.

Goldman (Wiedeń). **W sprawie leczenia cierpień płucnych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 36, 1900). Jednym z nowszych środków łączących korzystne działanie kreozotu, bez jego ubocznych szkodliwych wpływów jest obecnie stosowany w gruźlicy syrup sulfosotowy. Przedstawia się jako ciemno-brunatny płyn bez zapachu, o przyjemnym gorzkawo-słodkim smaku nie wywołując objawów zatrucia nawet przez dłuższy czas używany. Nie małą także zaletą tego przetworu jest i to, że może być podawany albo bez domieszki albo też w wodzie, mleku, kakao i t. d. zwykła dawka dzienna dla dorosłych wynosi 3 łyżeczki sulfosotu; dla dzieci 1 do 2 łyżeczek. Korzystne działanie tego środka w gruźlicy objawia się uśmierzeniem w krótkim stosunkowo czasie kaszlu, ułatwieniem odkrztuszenia i zmiejszeniem się potów nocnych. Nadto, podnosząc łaknienie, przyczynia się do wzrostu wagi ciała, czego dowodem liczne przypadki, przytoczone przez autora. Nie mniej pomyślnie wpływa sulfosot na różne postacie nieżytów oskrzelowych i dychawicy.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. J. Lévai. **O wyjaławianiu rąk zapomocą nieprzeniknliwego, charakterystycznego, jałowego pokostu.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 29, 1900). W miejsce rękawiczek używa i poleca L. (podobnie jak Kossmann) masę elastyczną do powlekania rąk. Masa ta jest roztworem kopalu, terpentyny, eteru, kolodyonu i acetonu. Zapomocą pędzla pomazuje się nią ręce. Tworzy się wówczas powłoka, która czasami po godzinie jeszcze nie pęka, czasami już po $^1/_2$ godzinnej pracy tworzą się na niej rysy i szczeliny. Pot gromadzi się pod nią, unosząc powłoczkę w krztałcie pęcherzyków. Badań bakteryologicznych nie robiono. *Herman.*

Prof. Schmidt-Rimpler (Gottinga). **Uszkodzenie oka wapnem.** (*Berlin klin. Wochft.* Nr. 36, 1900). Po natychmiastowem rozwarciu kurczowo zwykle zaciśniętych powiek, należy w pierwszym rzędzie usunąć widoczne cząstki wapna w ogóle, a z rogówki w szczególności, co można osiągnąć przez mechaniczne wycieranie oka płateczkiem czystego płótna lub waty, umaczanej w oliwie. W braku oliwy, wystarczy wytarcie oka samą watą lub płótnem; rozchodzi się bowiem o jak najszybsze usunięcie *materiae peccantis;* lekkie uszkodzenie powierzchownego nabłonka jest mniejszej wagi. Odwinąwszy następnie powiekę górną, należy w załamku górnym śledzić za cząstkami wapna, poczem wypłókawszy dokładnie całe oko oliwą (ol. migdałowym), a w braku jej czystą wodą, dać okład z zimnej wody lub kwasu borowego. Zakraplanie holokainy uśmierza ból, późniejsze zaś okłady ciepłe przyczyniają się do odnowy zdartego nabłonka. *Dr Henryk Pisek.*

Dönitz (Berlin) **Leczenie trądu.** (*Berlin klin. Wochenft.* Nr. 36, 1900). W dwóch opisanych przypadkach trądu guzowego osiągnął autor znakomite wyniki wstrzykiwaniami oliwy-chaulmoogra 0,1—0,2 jednorazowo w 10—14 dniowych przerwach. Dodać należy, że oliwa-chaulmoogra, pochodząca z nasion rosnącego w Indyach drzewa *Gynocardia odorata*, już dawniej przeciw trądowi używana, obecnie znów we Francyi wchodzi w użycie.

Dr Henryk Pisek.

Dr. E. Krahn. **Przyczynek do etyologii raka wodnego** (noma) (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. VI Z. IV i V). Różni autorowie rozmaicie sądzą o raku wodnym. Podczas gdy większość dopatruje przyczyny cierpienia w wtargnięciu prątków różnie określanych, mniejszość sądzi, że ostatecznym czynnikiem etyologicznym są różne krętowłoski (spirillae) i mętniki (vibrio), a niektórzy autorowie znachodzili wyłącznie jakieś łańcuszkowce (*Ranke*) lub pewien gatunek *streptothria* (Perthes). Wedle tego ostatniego autora rak wodny należy do cierpień grzybiczych (mykotycznych), rozwija się u ludzi (dzieci) już poprzednio wyniszczonych i zostaje wywołany przez pewien drobnoustrój, zajmujący miejsce pośrednie między prątkami a wyżej uorganizowanymi grzybkami nitkowatymi. *Streptothrix* ten, rozrastając się, tworzy „mycelium“, bardzo gęsto utkane na granicy postępującej zgorzeli. Wypustki, wyrastające na obwodzie „mycelium“, mają kształt skrętek, wrastają w tkankę zdrową i osnuwszy komórkę, sprowadzają jej śmierć. Obraz mikroskopowy, opisany przez Porthesa, zgadza się niemal zupełnie, prawie w każdym szczególe, z obrazem, uzyskanym przez autora z jednego przypadku raka wodnego policzka. Jednakowoż K. pojmuje go inaczej. Sądzi bowiem, że rak wodny powstaje skutkiem zakażenia mięszanego, w którem prątki jamy ustnej a zwłaszcza *spirillum sputigenum* i *spirochaete dentium* w znacznej ilości dostają się w tkanki zdrowe. W jakim stosunku wspomniane prątki pozostają do etyologii raka wodnego, narazie nie wiemy, ale autor nie wątpi o ich współudziale.

Herman.

Holzknecht (Wiedeń). **W sprawie rozpoznawania zwężeń przełyku** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 36, 1900). Autor proponuje do badania zwężeń przełyku nową metodę z zastosowaniem radyoskopii i podawaniem choremu azotanu bizmutowego. Wprawdzie już Boas i Lewy-Dorn zalecali w tym celu połykanie kapsułek wypełnionych nierozpuszczalnym bizmutem metalicznym, które utkwiwszy w przełyku wskazywały miejsce jego zwężenia, — wadą atoli tej metody było, że w przypadkach, w których podejrzywamy zwężenie, rzeczone kapsułki mogą pociągnąć za sobą zupełną niedrożność jelit. Metoda zaś autora, którą w trojaki sposób zastosować można, wykazuje umiejscowienie zwężenia, jego stopień i długość; w szczególności, połknięty proszek azotanu bizmutowego osadza się w miejscu zwężonem, które, przy prześwietlaniu chorego, uwydatnia się, jako czarne miejsce na białej smudze, przedstawiającej przełyk. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. G. Lotheissen. **Przyczynek do leczenia operacyjnego przykurczenia Dupuytrena.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 30, 1900). Chcąc zapobiedz, aby przy operacyi przykurczenia, Dupuytrena blizna nie leżała ponad ścięgnem, a ewentulny ubytek w skórze po wyprostowaniu palca nie dał powodu do powtórnego przykurczenia się blizny, L. prowadzi cięcie wzdłuż brzegu łokciowego dłoni. Cięcie to sięga z jednej strony aż do stawu między pierwszą a drugą falangą na palcu, z drugiej zaś aż do wysokości *lig. carpi vol. transversum.* Poczem odpreparowuje ostrożnie skórę od powięzi dłoniowej, a tę ostatnią także od podstawy i ekstyrpuje ją. Ważnem dla dobrego wyniku jest dokładne opanowanie krwawienia po zdjęciu opaski Esmarcha. *Herman.*

Reichelt (Wiedeń). **Hontyna środek ściągający i lecznicze jego zastosowanie u dzieci.** *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36, 1900). Nowy ten lek przedstawia się jako jasno-brunatny proszek bez smaku i zapachu, nierozpuszczający się w zimnej i ciepłej wodzie, mało zaś rozpuszczalny w wyskoku i płynach alkalicznych. Zaleta, że środek ten prawie niezmieniony przechodzi przez żołądek, a wywiera swoje ściągające działanie dopiero w jelitach, stawia go wyżej, aniżeli tanalbinę. W przypadkach nieżytu kiszkowego najrozmaitszego pochodzenia, otrzymał autor przy stosowaniu hontyny znakomite wyniki; ilość wypróżnień w nader krótkim czasie się zmniejszała, kolka jelitowa ustępowała, wskutek czego dzieci się uspakajały. Nawet w przypadkach krzywicy powikłanej z nieżytem jelitowym, gdzie równocześnie podawano tran, hontyna wywierała pomyślny skutek; w cholerze dziecięcej nie próbowano, albowiem taki przypadek się nie nadarzył. Sposób podawania hontyny jest obojętny, w proszku lub w mieszance; zwykła dawka dla kilkotygodniowych noworodków wynosiła 0·25 4 do 5 razy dziennie; u starszych 0·5 i wyżej bez wywołania jakichkolwiek szkodliwych objawów ubocznych. *Dr. Henryk Pisik.*

Prof. Hoffa. **Leczenie stopy płaskiej.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 15, 1900). H. zaleca nową metodę leczenia tego cierpienia. Polega ona na skróceniu ścięgna m. goleniowego tylnego. Z cięcia tuż poza kostką wewnętrzną wyszukuje odpowiednie ścięgno, przecina je poprzecznie, ustawia stopę w położeniu nadmiernej supinacyi, skutkiem czego przecięte końce ścięgna przesuwają się obok siebie. W położeniu tem zeszywa końce ścięgna ze sobą jedwabiem. Ścięgno skraca się najmniej o 3 ctm. W końcu zakłada opatrunek gipsowy. W jednym przypadku miał wynik dobry.

Herman.

Katzenstein (Berlin). **Badania doświadczalne nad wyjaławianiem cewników, oraz uwagi nad cewnikowaniem odkażonem moczowodów.** (*Berl. klin. Wochenschrift.* Nr. 37, 1900). Trudno jest oddać w ścisłem streszczeniu cały tok skrupulatnych badań, wykonanych przez autora w tym kierunku; punkt ciężkości całej rozprawki da się ująć w następujące zdania: 1) odkażenie cewników sublimatem jest niedostateczne; 2) przyrząd Kutnera, lub inne, według modły Farkasa zrobione przyrządy, służące do odkażania, nie dadzą się w praktyce zastosować z powodu zapotrzebowania

znacznej ilości cewników; 3) odkażenie cewników parą formaldehydu jak to dotychczas używano, zabiera dużo czasu, a nadto jest niedostatecznem dla cewników o wązkiem świetle; 4) wymyślony przez autora przyrząd umożliwia wyjałowienie zwykłych cewników w 10, a moczowodowych w 20 minutach, przyczem cewniki się nie psują i żaden na nich osad nie powstaje po formaldehydzie.

Dr Henryk Pisek.

W. Mintz. **Ostry, żółty zanik wątroby, jako powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Mittheil. a. d. Grenzgeb.* T. VI Z. IV i V). Jedenastego dnia choroby otworzono duży ropień w okolicy jelita ślepego i odcięto wyrostek robaczkowy, dotknięty zgorzelą u podstawy swej. Trzeciego dnia po operacyi począł chory wymiotować treścią fusowatą, a równocześnie zauważono żółtaczkę, która wciągu dni następnych ciągle się wzmagała. Siódmego dnia po operacyi chory umarł w śpiączce. Sekcya wykazała (między innymi) ostry żółty zanik wątroby, przewlekły nieżyt żołądka i jelit, nadżerki w dwunastnicy i wzdłuż krzywizny małej żołądka; tętnice, odpowiadające nadżerkom zarośnięte, a żyły silnie krwią wypełnione. Autor sądzi, że zanik wątroby rozpoczął się równocześnie z tworzeniem się ropnia epityflitycznego i wywołany został doprowadzeniem do wątroby na drodze krążenia bramnego, drobnoustrojów (*bact. coli com.*) w takiej ilości lub takiej, jadowitości, że te spowodowały obumarcie miąższu wątroby. A krwotoki żołądkowe miały swe źródło w nadżerkach, które rozwinęły się na podłożu już podprzednio mniej opornem, skutkiem zakażenia gnilnego. *Herman.*

Mond (Hamburg). **Ciąża a guz jajnika.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 36, 1900). Przy sposobności wyczerpująco opisanego przypadku chorobowego, tyczącego się 27 letniej ciężarnej (ostatni miesiąc), obarczonej nadto guzem jajnikowym nadmiernej wielkości i po uwzględnieniu dotyczącego piśmiennictwa, kieruje się autor następującemi wskazówkami w przypadkach ciąży powikłanej z guzami jajnika: 1) gdy się rozpozna wśród ciąży guz jajnika, owariotomia jest jedynym usprawiedliwionym zabiegiem leczniczym. Z powiększeniem się guza tworzą się zrosty, przez co wyłuszczenie staje się trudniejszem; wykonana więc lapatoromia daje, 2) jak z statystyki widać, najlepsze wyniki a) dla matek operowanych między 2—4 miesiącem ciąży, b) dla ciąży, jeśli się operuje między 3—4; 3) Niebezpieczne następstwa powikłań (skręcenie szypuły, zropienia i t. d. wymagają natychmiast operacyi. 4) Nakłócie torbiela i sztuczne przerwanie ciąży nie mogą być uważane jako zabiegi lecznicze; w wątpliwych przypadkach można wykonać nakłócie lub nacięcie. 5) owaryotomia jest także wskazaną w późniejszych miesiącach ciąży, w przypadkach zaś guzów zbitych, powikłanych z ciążą, cięcie cesarskie z ewentualnem usunięciem przeszkody.

Dr. Henryk Pisek.

Bourges: **Zestawienie zarządzeń, mających zapobiedz szerzeniu się kiły.** (*La Presse médicale*, Nr. 73, 1900). Autor wychodzi z założenia, że przeciw szerzeniu się kiły należy zastósować te wszystkie zarządzenia, które już są w użyciu przeciw innym chorobom zakaźnym. Do tych zalicza: 1) odszukanie źródła, czyli osoby, która zaraziła. W Danii lekarze obowiązani są donosić władzy sanitarnej o każdym przypadku kiły; prawdopodobnie zarządzenie takie nie dałoby się przeprowadzić w innych krajach. Donoszenie o źródle zarazy, wymagane w wojsku niektórych państw, nie dało wyraźnych wyników dodatnich. Nadzór nad wszeteczeństwem, które w istocie jest głównym rozsadnikiem chorób wenerycznych, ma najwyższą doniosłość, lecz z korzyścią może być zastósowany tylko w krajach, dobrze pod względem zdrowotnym zorganizowanych; 2) odosobnienie osób zarażonych kiłą polega na ich umieszczeniu i leczeniu w szpitalu. Sposób ten jest już zastósowany w wielu krajach względem wszetecznic; nie mniej podlegają mu żołnierze. W Danii, Norwegii i Rumunii władze mogą w pewnych okolicznościach zmusić chorych na kiłę do leczenia się w szpitalu i do pozostania w nim do zupełnego wyleczenia się. 3) Leczenie kiły ze względu na grozę następstw dalszego szerzenia się, powinno być bezpłatne czy to w szpitalach, czy też w zakładach prywatnych, z warunkiem, że i tu zastósowane będą względem chorych na kiłę te same prawa, które obowiązują w szpitalach.

Lekarze kierujący w szpitalach i poliklinikach, poświęconych leczeniu chorych wenerycznych, winni posiadać gruntowne wykształcenie teoretyczne i praktyczne z zakresu syfilidografii. Należy zobowiązać Kasy chorych, ażeby chorym na kiłę wypłacały podczas choroby podzienne, jak to czynią cierpiącym na inne choroby. *A. K.*

Dr. Nawrotski i Dr. Arndt: **O Hedonalu.** (*Heilkunde*, sierpień, 1900). Autorowie podawali hedonal w licznych chorobach, sprowadzających bezsenność. Wynik był niejednaki. W 4 przypadkach chorób umysłowych wystąpił 6—8 godzinny sen po podaniu 1.0—3,0 tego środka; u 2 padaczkowych skutek był widoczny już po 1,5, a w 7 przypadkach zapalenia mózgu nastąpił 4—8 godzinny sen po podaniu 3,0 hedonalu. Najlepsze wyniki osiągnięto w bezsenności u pijaków, albowiem w 17 przypadkach dawki 1,0—2,0 szybko sprowadziły sen. Zdaniem autorów wystarczy dawka 2,0—3,0 hedonalu celem wywołania należytego skutku, podczas gdy mniejsze dawki często zawodzą. Zaletą hedonalu jest, że wywołany nim sen jest zupełnie naturalny i nie pozostawia chorym żadnych dolegliwości po obudzeniu się. Hedonal podawać możemy bez obawy przez 10—12—16 dni po sobie. *Dr. Adam Dobrowolski.*

M. Villar (Bordeaux). **O rozpoznawaniu i leczeniu guzów trzustki.** (*Wiener med. Blätter*, 1900, Nr. 35). Autor przytacza dwa przypadki guzów trzustki, które rozpoznano dopiero przy sekcyi i twierdzi, że rzadko tylko jesteśmy w stanie rozpoznać guzy trzustki, nadmieniając przytem, że w obu wspomnianych przypadkach, pomimo laparotomii, nie rozpoznano choroby trzustki. V. przypuszcza, że niektóre ropnie podprzeponowe zawdzięczają swoje powstanie chorobom trzustki.

Istnieją jednak objawy, które według V. czynią rozpoznanie guzów trzustki nie tak znowu trudnem; do objawów tych zalicza ból od żołądka aż do stosu pacierzowego, linię stłumienia w linii środkowej ciała, którą od góry odgranicza cechujący odgłos nad żołądkiem, a od dołu odgłos bębenkowy jelit. W trudnych do rozpoznania przypadkach stłumienie nad guzem przechodzi w stłumienie wątroby.

Co się zaś dotyczy leczenia, a nadewszystko torbieli, to z powodu zrostów i silnego unaczynienia wyłuszczenie przedstawia często poważne niebezpieczeństwo; wyjątek mogą stanowić, co jednak rzadko się zdarza, guzy uszypułowane. Guzy dobrotliwe, odosobnione można łatwo wyłuszczyć; z guzów zaś złośliwych, jedynie guzy ogona i pewne postacie guzów trzonu trzustki możemy łatwo usunąć; za to guzy głowy trzustki przedstawiają o wiele trudniejsze warunki do operacyi. *Dr. Adam Dobrowolski.*

Prof. Laache (Christiania). **O niedomodze nerek** (Niereninsufficienz). (*Klinisch-therap. Wochenschrift*, Nr. 37, 1900). Cierpienie to uwydatnia się dopiero po dłuższem trwaniu ilościowemi i jakościowemi zmianami moczu, a w szczególności wydzielanie moczu staje się stopniowo mniejsze, mogące z czasem dojść do zupełnego bezmoczu (anuria); w ślad za tem idzie i mniejsza ilość mocznika, co zwykle bywa zwiastunem cięższych zaburzeń. Zmniejszanie się wydzielania moczu prowadzi do obrzęków o większem lub mniejszem natężeniu; w przypadkach zaś, gdzie obrzęków brak, odnieść należy ten szczęśliwy zwrot objawów do serca, które swą regulującą czynnością równoważy niedomogę nerek. Ten zbawienny wpływ serca (przerost lewej komory) ma także swą ujemną stronę, cały bowiem ustrój jest zdany na łaskę i niełaskę tego narządu, w czem właśnie tkwi ciągła groza nagłej śmierci. Również i białkomocz, występujący przy tem cierpieniu, ma ważne znaczenie; nadmienić także należy o szczególnej sile wyrównawczej jednej nerki (przerost kłębów) przy równoczesnem schorzeniu drugiej. Nadto w daleko posuniętych przypadkach chorobowych pojawiają się zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nerwowe i oddechowe. Bacząc na powyższe szczegóły, nie będzie trudnem odróżnić niedomogę nerkową od innego podobnego cierpienia. Leczenie ma dwojaki cel: *a)* wrócić schorzałemu narządowi dawną energię i uchronić go od przyszłych szkodliwości, *b)* w przypadkach niedrożności przewodów nerkowych drożność tę przywrócić. Do osiągnięcia tych wyników prowadzi spokój (leżenie), dyeta mleczna, przepłókanie ustroju, w szczególności nerek, bądź przez podskórne wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej, bądź przez picie wód mineralnych, wreszcie działanie na serce środkami wzmacniającymi. Zabiegi lecznicze, tyczące się ostrej niedomogi nerek, zupełnie są te same, jak przy leczeniu mocznicy; tu wspomnieć należy o skutecznie stosowanym we Francyi upuście krwi, z następowem wstrzykiwaniem sztucznej surowicy. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. Albert Kocher. **O następstwach opadnięcia gruczołu tarczykowego** (Thyreoptosis). (*Centralblatt f. Chir.*, 1900, Nr. 27). U 49-letniej kobiety, która zgłosiła się do kliniki z powodu ropnia, stwierdzono chrypkę, opadnięcie powieki po stronie prawej, źrenica prawa była węższa niż lewa, gałka oczna prawa bardziej wgłąb zaciągnięta, niż lewa, prawa struna głosowa w ustawieniu trupiem. Było to zatem skombinowane porażenie n. wstecznego i współczulnego. Przyczyną porażenia był ucisk, wywarty przez wól śródpiersiowy (*struma profunda intrathoracica*), wywołany znów przez skośną szyję, skutkiem czego krtań i gruczoł tarczykowy były ustawione nizko. Następstwem takiego opadnięcia gruczołu (*thyreoptosis*) bywają napady dychawicze, które bezskutecznie zwalczać usiłujemy środkami wewnętrznymi, a które usunąć możemy operacyą takiego wola śródpiersiowego, operacyą tem łatwiejszą, czem wcześniej ją przedsiębierzemy, zanim jeszcze wól urośnie. *Herman.*

Sassy (Peszt). **Balneoterapia zołzów.** *(Allgemeine Wiener med. Zeitung*, Nr. 36 i 37, 1900). Większa część rozprawki poświęcona jest wyczerpującemu omówieniu znanych postaci zołzów i ich znamion charakterystycznych; nie mniej starannie opracowana jest sprawa przebiegu tego cierpienia. Sprawozdawca nie może atoli wiele miejsca temu poświęcić, jako rzeczom powszechnie znanym.

Zadaniem leczenia jest podnieść w ogólności odporność ustroju przez czynniki dyetetyczno-higieniczne (domy zdrowia, miejsca kąpielowe) i przebywanie nad brzegiem morza, gdzie powietrze jest nasycone solą i bogate w tlen. Kąpiele morskie winne być stosowane z ostrożnością i nigdy u osobników niżej 6 lat mających; w ostatnim przypadku lepiej jest używać nacierań wodą zimną lub letnią z następowem zlewaniem; w każdym razie dobrze trzymać się zasady, że im dziecko młodsze, tem kąpiel ma być cieplejsza, krócej trwająca, z mniejszą zawartością soli. Podawaniem nadto na wewnątrz wód mineralnych, zawierających jod i sól kuchenną, uwalniamy ustrój, a raczej tkanki, od nadmiernej ilości wody. *Dr. Henryk Pisek.*

Métin. **Kilka doświadczeń z dżumą w Porto.** *(Annal. de l' Inst. Pasteur*, 1900, Nr. 9). Oprócz dość zresztą rzadkiego, pierwotnego pomorowego zapalenia płuc, zdarzają się, jak wiadomo, znacznie częściej zapalenia wtórne, ogniskowe. W obu postaciach zawierają plwociny mnóstwo prątków równie jadowitych, jak prątki z dymienic i z krwi. Otóż ze względu na zwalczanie pomoru bardzo jest ważnem rozstrzygnąć, jak długo w okresie zdrowienia utrzymują się jeszcze prątki pomorowe w plwocinach ozdrowieńców, którzy przebyli pomorowe zapalenie płuc, bądź pierwotne, bądź wtórne, i jak długo zachowują one całą swą jadowitość. Gottschlich, który badał tę sprawę w Aleksandryi, utrzymuje, że jadowite prątki pomorowe mogą znajdować się w plwocinie jeszcze po 20, 33, a nawet 48 dniach po ustąpieniu gorączki. Aby twierdzenie to sprawdzić, szczepił M. plwocinę 8 ozdrowieńców po pomorowem zapaleniu płuc świnkom morskim i przekonał się, że prątki pomorowe utrzymują się w plwocinach jeszcze w 8 dniu po ustąpieniu gorączki i wszelkich przedmiotowych objawów zajęcia płuc. Jadowitość prątków w tym czasie jest już jednak nieco słabszą. Począwszy od 9 dnia okresu zdrowienia nie udaje się już zakazić śmiertelnie plwocinami świnek morskich. Wobec tego można, zdaniem M., uważać ozdrowieńców po pomorowem zapaleniu płuc za nie niebezpiecznych dla otoczenia po upływie 10 dni od zniknięcia gorączki i objawów przysłuchowych w płucach. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że w ośmiodniowym okresie zdrowienia, w którym plwociny wywołują u zwieżąt śmiertelne zakażenie pomorowe, nie można już w plwocinach zapomocą mikroskopu wykryć prątków, choć, jak stwierdza szczepienie na zwierzęta, znajdują się one tam niewątpliwie. — Obecność prątków pomorowych w plwocinach ozdrowieńców może być nietylko powodem szerzenia się zarazy w ich otoczeniu, ale także ponownego zakażenia się (reinfekcyi) ich samych. Taki nawrót spostrzegał M. u dwóch ozdrowieńców po pomorze dymieniczym, u których prątki przetrwały w utajeniu w dymienicach okres pozornego wyzdrowienia. Zresztą prawdziwe nawroty dżumy po rzeczywistem wyzdrowieniu są, zdaniem M., nadzwyczaj rzadkie. Przyczyną tego jest odporność, nabywana przez przebycie choroby. Powiodło się mianowicie Métinowi wykazać, że surowica trzech ozdrowieńców, (którzy wyzdrowieli bez zastosowania yersinowskiej surowicy przeciwdżumowej), posiadała własności uodparniające, a nawet słabo lecznicze. Te jej własności wypróbował M. nietylko na morskich świnkach, ale także na myszach, jak wiadomo bardzo wrażliwych na zakażenie pomorowe. *Ciechanowski.*

Prof. Fleiner (Heidelberg). **Zapalenie woreczka żółciowego i zawisłe od tego zaburzenia żołądkowo-jelitowe.** *(Münch. med. Woch.*, Nr. 38, 1900). Powyższe cierpienie może powstać albo wskutek miejscowego podrażnienia woreczka przez złożone w nim kamyki, albo wskutek tła zakaźnego, na które też wskazują nowsze badania bakteryologiczne. Samo zaś zapalenie może również przybrać dwojaką postać, według tego, czy sam woreczek jest zajęty *(cholecystitis calculosa)*, czy też znachodzi się ograniczone zapalenie otrzewnej okołoworeczkowe *(pericholecystitis, peritonitis circumscripta)*. Pierwsze, obejmujące sam woreczek, przebiega zwykle powoli, bez gwałtownych boleści (różnica od kolki żółciowej), zwłaszcza w przypadkach, w których ani wypukiem ani obmacywaniem powiększonego woreczka wybadać nie można, nadto brak gorączki i żółtaczki; ta ostatnia pojawia się tylko w wyjątkowych przypadkach *(per diffusionem Liebermeister, paracholia Pick)*. Przeciwnie zaś, jeśli mamy przed sobą woreczek żółciowy powiększony, obrzękły, czasami macalny, a przy dłuższem trwaniu choroby macalne zlepy sąsiednich narządów — wówczas prawie na pewno rozpoznać można kamicę żółciową.

Nagle występujące objawy ze strony podrażnionej otrzewnej wskazują na zapalenie okołoworeczkowe *(pericholecystitis)*, a utrzymująca się gwałtowna bolesność każe myśleć o przedziurawionym przez kamyki woreczku żółciowym. Chorzy często odnoszą te dolegliwości do „kurczów żołądkowych"; wykluczywszy jednak przyczyny, wywołujące kurcze (nadżerki krwotoczne na błonie śluzowej żołądka, wrzody, bolesne skurcze odźwiernika i t. p.), badając wreszcie kał na kamyki żółciowe, można dojść do istoty rzeczy. W połączeniu z kamicą żółciową występują często zaburzenia żołądkowo-jelitowe w postaci większych lub mniejszych wrzodów z krwawieniami o różnem natężeniu. Dla rozpoznania zmian woreczka żółciowego mają doniosłe znaczenie staranne i dokładne wywiady; również wielką wagę trzeba kłaść na podmiotowe uczucia chorego co do rozpromieniania się bolesności (ku plecom, w prawe podżebrze) i na znamienny punkt bolesny w okolicy woreczka. Wreszcie wcale nie jest błędem, jeśli w powikłanych i niejasnych schorzeniach jamy brzusznej ma się na myśli woreczek żółciowy — lub wyrostek robaczkowy. Ze środków leczniczych zasługuje na uwagę dyeta, wody alkaliczne (Karlsbad), wlewania oliwy do odbytnicy celem uregulowania stolców i ciepłe płókanie żołądka (na czczo), mające tę zaletę, że o każdej porze roku może być stosowane. Po minionym napadzie kolki żółciowej należy zastanowić się nad operacyjnem leczeniem, jeśli w okresie zdrowienia kamyczki żółciowe nie odchodzą, gorączka się utrzymuje, obrzęk woreczka i żółtaczka nie ustępują, wówczas zachodzi wskazanie do zabiegu chirurgicznego. *Dr. Henryk Pisek.*

Cassel. (Berlin). **Uleczone przypadki gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.** *(Deutsche med. Wochenschrift Nr. 37, 1900)*. Na podstawie całego szeregu chirurgicznie leczonych przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej, omawia autor etyologię, rozpoznawanie i leczenie tej gruźlicy. Co do pierwszego wspomnianem tylko jest, że wszędzie można było wykazać dziedziczne obciążenie: — rozpoznanie zaś opierało się na objawach żołądkowo-jelitowych, znacznej bębnicy, stojącej w rażącej sprzeczności z ogólnem wychudnieniem. W brzuchu nader często można wybadać sporą ilość wolnego lub otorbionego płynu, a znamieniem prawie typowem gruźliczego zapalenia otrzewnej jest rzekoma obecność guzów w jamie brzusznej. Są to skupienia gruzełków i zbitych wypocin bądź na sieci bądź na krezce, mogące rozpoznanie utrudnić. Co się tyczy leczenia, to w pierwszym rzędzie trzeba zaznaczyć że omawiane cierpienie może samo ustąpić, — oczywiście do tego wielce się przyczyniają środki higieniczno-dyetetyczne. Jeśli jednak po bezskutecznem a wyczerpującem leczeniu środkami wewnętrznymi i zewnętrznymi stan gorączkowy się utrzymuje, bębnica nie ustępuje, charłactwo natomiast się powiększa, wówczas zabieg operacyjny może osiągnąć pożądany skutek. *Dr Henryk Pisek.*

Wunderlich. **O losach ciał obcych, zapomnianych podczas laparotomii w jamie brzusznej.** *(Münch. med. Wochenschr.*, 1900. Nr. 28). W przypadku opisanym przez autora, u chorej 56-letniej, u której przed $3^1/_2$ miesiącami wykonano laparotomię z powodu torbiela jajnika, wystąpiła biegunka, która nie prędzej ustąpiła, aż odszedł przez odbytnicę kompres 25 ctm. szeroki, a 100 ctm. długi. *Herman.*

Doc. Schiff Freund (Wiedeń). **Obecny stan leczenia radyoskopią.** *(Wiener med. Wochenschrift. Nr. 37, 1900)*. Porównanie innych sposobów leczenia z opromienianiem rentgenowskiem wykazało, że żaden nie jest w stanie w tak krótkim czasie i tak doszczętnie usunąć zapalnych i pasorzytniczych chorób skórnych, jak promienie Röntgena. Co się zaś tyczy różnych postaci wilka (lupus), to autorzy skłaniają się do zabiegów chirurgicznych, twierdząc, że wycięcie i ewentualne przeszczepienie dają daleko lepsze wyniki, aniżeli X-promienie. W nadmiernem uwłosieniu (Hypertrichosis) opromienianie przewyższa dotychczas stosowaną elektrolizę, usuwając w krótkim czasie porost bezboleśnie i nie pozostawiając blizn zniekształtniających; — w przypadkach zaś znamion lub brodawek porosłych włosami, jeszcze dzisiaj oddaje elektroliza dobre usługi. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Kiura (Tokio). **Leczenie puchliny bańkowatym lewarkiem.** *(Berl. klin. Wochenschrift Nr. 39, 1900)*. Dotychczasowe sposoby chirurgicznego leczenia ogólnej puchliny (sączki, nacięcia, szklane bańki na naciętej skórze i t. d.) okazują większe lub mniejsze niedogodności i braki. Autor w dwóch przypadkach puchliny stosował z dobrym skutkiem sposób następujący: po dokładnem oczyszczeniu skóry, odznaczającej się licznymi rozstępami, wykonuje się na przestrzeni 10—15 mm.² kilka głębokich i podłużnych nacięć, a uśmierzywszy następnie przez ucisk i tak lekkie krwawienie, przykłada się baniczkę szklaną, połączoną zapomocą takiejże rurki z wężem gumowym, wchodzącym do niżej ustawionego naczynia. Cały ten przyrząd winien być przed zastosowaniem wypełniony fizyologicznym roztworem soli kuchennej, bo tylko w ten sposób działanie lewara może być w ruch wprowadzone. *Dr. Henryk Pisek.*

Mittelbach. **Wymioty na tle macinnictwa, wyleczone zapomocą laparotomii.** *(Prager med. Wochenschrift*, Nr. 37, 1900). Wskutek nieustających wymiotów zgłosiła się do szpitala 32-letnia kobieta o typowem wejrzeniu histerycznem. Ponieważ wielokrotne badanie tak przez powłoki brzuszne, jak i *per anum et vaginam* nic uchwytnego nie wykazały, a przetwory bromu i oreksyny ulgi nie przynosiły, chora coraz bardziej na zdrowiu zapadała, wykonano laparotomię próbną w nadziei odnalezienia guza lub blizny gdzieś w okolicy żołądka, z zewnątrz nie wybadalnych. Zabieg operacyjny nie dał pożądanego skutku; owszem, stosunki anatomiczne były prawidłowe; zamknięto więc ranę brzuszną, a chora po 2 miesiącach opuściła zakład zupełnie zdrowa. Laparotomia więc w tym przypadku zadziałała przez samopoddanie. *Dr. Henryk Pisek.*

Pagenstecher. **Śmierć w skutek urazu psychicznego, oraz uwagi nad obłędem nerwowym Dupuytrena.** (Delirium nervosum Dupuytren). (*Deutsche med. Wochenschrift Nr. 37, 1900*). U zupełnie zdrowego i dziedzicznie nie obciążonego mężczyzny powstają myśli obłędowe natychmiast po nieznacznem zranieniu się w palec nieczystem piórem; choremu się wydaje, że wskutek zanieczyszczenia atramentem nabawił się ogólnego zakażenia, odczuwa już postępującą bolesność w całem ramieniu i wymaga koniecznie od lekarzy odjęcia kończyny. W dniu następnym niepokój się potęguje, pojawiają się drgania w szczęce dolnej, występuje nadmierna gadatliwość i znaczne osłabienie ogólne, a jednocześnie brak podwyższonej ciepłoty i tętno spokojne. Wprawdzie po 20 godzinach następuje niejako przełom choroby z potami i chory przedmiotowo czuje się lepiej; — inne atoli objawy ustrzymują się aż do zgonu, który w 32 godzin od rozpoczęcia się choroby położył kres wszystkiemu. Sekcya nader starannie przeprowadzona (sprawa ubezpieczenia od wypadków) nic szczególnego nie wykazała. Ponieważ więc nie znaleziono żadnego związku przyczynowego między zranieniem nieznacznem a śmiercią, przyjmuje autor, że występujące w tym przypadku objawy obłędu nerwowego są następstwem wstrząsu (shock) mózgowego, spowodowanego wygórowaną obawą (uraz psychiczny), mimo małoznaczącego urazu mechanicznego.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. Zotos. **Przyczynek do nauki o kamieniach moczowych.** *(Ctrbl. f. Chir.*, 1900, Nr. 31). Autor opisuje kamień moczowy niezwykłych rozmiarów (9 × 8 × 6 ctm.), który siedział w środkowej części moszen i spowodował wytworzenie się tam ropnia i przetoki. Po operacyi mocz wylewał się częścią przez cewkę, częścią przez przetokę w mosznach. Z. mniema, że kamień ten w dzieciństwie chorego powstał w pęcherzu, uwiązgł następnie w cewce, z cewki przedostał się w szew moszen (raphescroti) i tam przez odkładanie się na nim fosforanów, urósł do tych niezwykłych rozmiarów.

Herman.

Prof. Dennig (Tübinga). **Ostra białaczka (Leukaemia).** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 38, 1900). Trudno jest ściśle odgraniczyć białaczkę ostrą od przewlekłej; — różni autorowie. różnie to tłómaczą. Dennig atoli skłania się w tym przypadku do słów A. Frankla, któremu nie tyle się rozchodzi o bezwzględne długie trwanie choroby, jak o to, że ostra białaczka nagle się rozpoczyna i już w samym początku występują objawy (skaza krwotoczna, zmiany w ustach i krwi), które w przewlekłej należą do okresów daleko późniejszych. Z przebiegu choroby podnieść należy, że białaczka napada nagle ludzi w czerstwem zdrowiu, pociągając za sobą znaczne ogólne osłabienie, do czego dołączają się: ból głowy, łamanie po kościach, bicie serca, liczne omdlenia i nadmierne zblednięcie powłok skórnych. Nadto występują krwawienia, począwszy od lekkich wybroczyn na skórze i błonach śluzowych, aż do rozległych podbiegnięć krwawych z następową zgorzelą skóry, lub też krwotoki nosowe, ustne i kiszkowe. Nie rzadko można stwierdzić i następstwa krwotoków mózgowych (niedowład, porażenie), również znamienne owrzodzenia w jamie ustnej, podobne do gnilcowych; w dalszym przebiegu białaczki pojawia się obrzęk śledziony i gruczołów chłonnych, szmery niedokrewnych w sercu i nader ważne zmiany we krwi; z tych ostatnich najważniejszą cechą jest znacznie wzmożona ilość białych ciałek. Rokowanie jest niepomyślne; wszystkie dotychczas spostrzegane przypadki białaczki zakończyły się śmiercią; leczenie bez wpływu. *Dr. Henryk Pisek.*

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie gruźlicy metodą Crôtta zostało wyłożone na tegorocznym kongresie w Paryżu przez d-rów: Labadie (New Jork), Bertheau (Paryż) i Ducamp (Bordeaux). Metoda ta polega na bezpośredniem przeniesieniu leków przez skórę, kości i t. d. chorego na miejsce chorobą, a wszczególności gruźlicą, zajęte. Przeniesienie to odbywa się przy pomocy silnej maszyny elektrycznej, budowy specyalnej pomysłu Crôtta. Prąd elektryczny, przechodząc przez ciało bez wywołania jakichkolwiek dolegliwości, ma zabierać z sobą przetwory odkażające, jak formaldehid, jod *(in statu nascendi)* i t. d., oraz leki metaliczne: złoto, żelazo, antymon, miedź. W metodzie Crôtta główną rolę odgrywa formaldehid, jako potężny lek odkażający, niszczący prątki i zapobiegający dalszemu ich rozwojowi. Wyższość tej metody polega jeszcze na ochronieniu żołądka, trawienia, a tem samem i odżywienia, okoliczność wielkiej wagi dla chorych na gruźlicę. Nie należy też zapoznawać galwanizującego działania samej elektryczności na ustrój zgnębiony długą i podkopującą siły życiowe chorobą. Labadie oświadczył, że zanim zastósował metodę Crôtta na chorych, starał się nabrać przekonania, czy leki odkażające w istocie przechodzą z prądem elektrycznym przez skórę; w tym celu robił liczne doświadczenia na świnkach morskich i królikach. Zwierzęta te zostały poddane działaniu prądu elektrycznego, przenoszącego przetwory chemiczne, a następnie bezpośrednio zabite, narządy zaś, na które wywierano działanie elektrochemiczne, były poddane analizie chemicznej: we wszystkich tego rodzaju doświadczeniach znaleziono w narządach formaldehid, jod, rtęć i t. d.

Zastósowanie tego leczenia dało wyniki następujące: zmniejszenie się ogólnych objawów gruźliczych, złagodzenie kaszlu i ubytek prątków gruźliczych w plwocinie, ustanie potów, a jako dalsze następstwo: powrót do sił, odzyskanie snu i łaknienia.

Przytoczeni autorowie leczyli tą metodą około 800 chorych, z tych miało wyzdrowieć 600. Statystyka leczenia gruźlicy metodą Crôtta we Francyi i Ameryce przedstawia się jak następuje: odsetek wyleczeń w gruźlicy I-go stopnia wynosił 100°/₀, II-go stopnia 75°/₀, III-go stopnia 35°/₀. *(Gazette médicale de Paris* Nr. 35)

A. K.

Paprotkę ciernistą (*aspidium spinulosum*) stósowali w klinice Montiego d-rowie Wolf i Friedjung w celu spędzania tasiemca. Eteryczny wyciąg tej odmiany paprotki działa z równą siłą jak i wyciąg paprotki samczej *(a. felix mas)*. Lauren podaje go osobom dorosłym w kapsułkach żelatynowych (1·0); po użyciu 3—4 takich kapsułek podaje się, jak zwykle, lek przeczyszczający, po którym najczęściej po upływie 2 godzin wychodzi tasiemiec. Wolf i Friedjung stósowali wyciąg paprotki ciernistej u 6 dzieci; dawka wahała się od 0,75 (dziecko 10-miesięczne) do 5,0 (chłopak 13-letni). Najłatwiej dzieciom podawać w rozczynie (z herbatą, wodą przekroplaną i t. d.); autorowie ci podawali także po upływie 2 godzin lek przeczyszczający; wnętrzak wyszedł we wszystkich 6 przypadkach, trzy razy całkowicie, a w 3 przypadkach główki nie odszukano. (*Wiener med. Presse* Nr. 35). *A. K.*

Ichthargan jest połączeniem ichtyolu z azotanem srebrowym i według Leistikowa jest pewnym lekiem przeciw rzężączce ostrej; używa on w tym celu wstrzykiwań z rozczynów słabych 0,02—0,2, które wielokrotnie w ciągu dnia stosuje. Wykonanie tych zabiegów można pozostawić samemu choremu. Ichthargan rozpuszcza się w wodzie w każdym stosunku i daje rozczyn przeźroczysty (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, T. XXI, Nr. 4). *A. K.*

Tittel (Wiedeń) przekonał się na 40 chorych, że citrophen wywiera znakomity skutek w krztuśćcu, szczególniej w II-gim okresie tej choroby (*stadium convulsivum*) bez szkodliwego ubocznego działania. Napady kaszlu występują rzadziej, towarzyszące często wymioty znikają; nawet w przypadkach krztuśca, powikłanego z zapaleniem płuc, stosowanie citrophenu pomyślnie wpływało na stan chorych. Zwykły przepis opiewa: *Rp. Citropheni* 0,5—4,00 (odpowiednio do wieku) *Aqu. dest.* 100,00 M, D. S. 2—3 łyżeczki dziennie. *(Wiener med. Presse*, 1900, 29).

Dr. Henryk Pisek.

Berberinum hydrochloricum jest zdaniem Typalda Lascarata cennym środkiem w obrzmieniach śledziony na tle zimniczem. Działanie chlorku berberyny polega na wywołaniu kurczu miąższu śledziony, przyczem jednak środek ten stósować należy ostrożnie i kontrolować jego działanie, gdyż wprowadzenie większych dawek sprowadzić może pęknięcie narządu, a w następstwie śmiertelny krwotok. Skurcz śledziony sprawia, iż treść jej zostaje wyciśnięta — w obieg krwi, a wraz z nią i pasorzyty zimnicze, co znów pociąga za sobą podniesienie się ciepłoty ciała. Okoliczność ta jest bardzo sprzyjająca, gdyż umożliwia tem łatwiejsze zwalczanie pasorzytów zimniczych przez podanie chininy. W przypadkach zwyrodnienia śledziony chlorek berberyny jest bezskutecznym, Lascarato przepisuje: *Berberini hydrochlorici 1·0. Chinini hydro-*

chlorici 0·5 m. Divide in aequales doses Nr. IV. S. Co pół lub godzinę proszek w opłatkach. *Dr. Ig. L.*

W przypadkach zakażenia miejscowego (*phlegmone mastitis* itd.) używał Graeser okładów wyskokowych (90%) z bardzo dobrym skutkiem. Opatrunek taki pozostawał zwykle na chorem miejscu przez 12 godzin; z wyjątkiem czasami lekkiego łuszczenia się skóry, innego niekorzystnego działania nie zauważono. Postępowaniem tem zdołał autor w wielu przypadkach zapobiedz szerzeniu się miejscowego zakażenia, — jeśli zaś wyjątkowo przyszło do ropienia i zachodziło wskazanie do nacięcia, wówczas działaniu wyskoku należało zawdzięczać, że pole operacyjne było tylko w jednem miejscu i to niewielkie. (*Münch. med. Wochs.*, 1900, 29).

Dr. Henryk Pisek.

VI. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

I.

Wśród zagadnień społecznych, zaprzątających umysły rządzących i rządzonych całego świata, walka z gruźlicą zajęła poważne miejsce. Zużytkowanie zbiegowiska ludzkiego na Wystawie, w celu spopularyzowania pewnych zarządzeń przeciw szerzeniu się gruźlicy, nasuwało się samo przez się. Jeszcze na Kongresie 1898 r. Landouzy wyraził myśl zużytkowania Wystawy do pouczenia szerszej publiczności o środkach i sposobach zapobiegania gruźlicy. „Pięćdziesiąt milionów osób wszelkich stanów, różnego wieku i stopnia wykształcenia, — wołał Landouzy, — zwiedzając Wystawę, może się dowiedzieć, w jaki sposób gruźlicy się nabywa i w jaki można jej uniknąć“. Kongres powziął jednomyślną uchwałę, aby na drodze urzędowej poczynić kroki u głównego zarządu Wystawy, w celu skłonienia go do zainteresowania się sprawą walki z gruźlicą i obmyślenia sposobów, prowadzących do pouczenia zwiedzającej Wystawę publiczności pod tym względem. Uchwała wyżej przytoczona nie wydała owocu: nietylko nic nie zarządzono w celu pouczenia, ale i w celu zabezpieczenia samej tłoczącej się publiczności; nie pomyślano n. p. o rozstawieniu po pawilonach spluwaczek, a przecież to nie byłaby żadna inowacya, jeśli się uwzględni to, co w tym kierunku robi się n. p. w Ameryce.

Gdy zarząd Wystawy nie zarządził rozstawienia spluwaczek, niewiele go pod tym względem prześcignęli wystawcy; dostrzegliśmy tylko 2 spluwaczki: jedną w pawilonie węgierskim: jest to wielka spluwaczka zbiorowa, z dna której wystaje porcelanowy słup, przeznaczony do powstrzymywania rozpryskującej się przy pluciu cieczy ze spluwaczki; druga, to zwykła spluwaczka pokojowa, wystawiona przez fabrykanta francuza; osobliwością jej jest to, że przy ujęciu za uszko i podniesieniu, nakrywka podnosi się automatycznie, natomiast przy postawieniu opada.

Najwięcej zajęcia budzić powinny statystyczne wykazy graficzne, dotyczące gruźlicy. Niestety publiczność omija je stale, goniąc za czemś ponętniejszem; zresztą bez pouczenia, ogół publiczności nie zdałby sobie sprawy, jak wysokie i mówiące znaczenie mają te liczby i krzywe linie; oczywiście rozumiał je łatwo każdy wtajemniczony, lecz ten nic tu dla siebie nowego nie znalazł, bo wszystko to mniej więcej było już ogłoszone w pismach specyalnych.

W zakresie, o którym piszemy, wystawa niemiecka góruje nad innemi. Zwiedziwszy sale wystawy niemieckiej w pawilonie higieny i w pałacu kongresów, doznaje się naprawdę głębokiego wrażenia: jeden z działów tej wystawy obejmuje higienę szpitalną, drugi ubezpieczenie robotników w Niemczech. Tu widzi się szalony postęp, jaki naród niemiecki uczynił w ostatniem dziesięcioleciu. Sprawa walki z gruźlicą wyszła tam już z okresu rozpraw teoretycznych. W sali pałacu kongresów dowiadujemy się, że w roku 1899 kasy ubezpieczeń wypłaciły robotnikom okrągłe 380 milionów franków; obok widnieje symboliczny obraz, przedstawiający potężny dąb, mający alegorycznie przedstawiać szczegóły bytu ubezpieczeń robotniczych. Dąb (instytucya ubezpieczeń) zapuszcza swe korzenie rozłożyste w glebę narodową, z której ciągnie soki odżywcze, dzięki zapomodze rządowej, oraz wpłatom obowiązkowym, wnoszonym przez robotników i majstrów; liście na gałęziach mają przedstawiać wypłaty, ponoszone przez kasy ubezpieczeń na wypadek choroby, niezdolności do pracy i t. d. Do najnowszych należy ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy (1891); ubezpieczenie zaś na wypadek choroby jest o wiele wcześniejsze (1884). Lecz instytucye te nie poprzestają na ubezpieczeniu robotników na starość, lub w razie niezdolności do pracy; przekładają one wyleczenie robotnika chorego nad wypłacanie mu renty; to też liczba leczonych przez instytucyę ubezpieczeniową robotników, zwłaszcza chorych na gruźlicę, jest olbrzymia. Na kartonach widnieją barwne linie, które wykazują nam, że z przyczyn niezdolności do pracy pierwsze miejsce zajmują choroby płucne, zwłaszcza gruźlica; w r. 1898 leczono około 14 tysięcy takich chorych.

Zupełnie zrozumiałą jest rzeczą, że prawo, które wymaga od społeczeństwa ubezpieczenia klasy robotniczej, prowadzić musi do zwalczania najbardziej morderczej i najwięcej kosztującej instytucye ubezpieczeń choroby, gruźlicy. Tu należy dopatrywać źródła licznych sanatoryów ludowych dla gruźliczych, z których niektóre przedstawione są na rysunkach ściennych, zdobiących salę wystawową ubezpieczeń robotniczych. Liczne punkta czerwone na wielkich rozmiarów karcie cesarstwa niemieckiego oznaczają miejsca sanatoryów dla gruźliczych, a jest ich 80; zakłady te mogą pomieścić 7208 chorych, a odliczywszy płatne, pozostaje jeszcze dla ubogich 5771 łóżek. Obrazowo rzecz ta się przedstawia w pawilonie higieny: tu w sekcyi niemieckiej przyjrzyć się można planom i widokom ludowych sanatoryów niemieckich dla chorych gruźliczych; przewracając te kartony, podziwiać tylko trzeba wspaniałe zakłady, jedne o zakroju prostym, inne zbytkowne, lecz wszystkie zbudowane wśród czarownej natury lesistej, lub w otoczeniu przepysznego parku. Gdy się pomyśli, że spracowany i schorzały miejski robotnik znajdzie tu rozkoszne, zdrowe i wygodne umieszczenie, troskliwą i umiejętną opiekę, a w dodatku troszczyć się nie potrzebuje o byt rodziny, bo o tej pamięta instytucya ubezpieczeń i łoży na jej utrzymanie, to się ma błogie uczucie, że ta instytucya robotnicza ziszcza w Niemczech wspaniały ideał miłości bliźniego, że dzieło to w istocie jest wielkie.

Z podobnego rodzaju programem wystawowym, lecz o wiele skromniej niż Niemcy, wystąpiła Szwajcarya. W dziale „Ekonomia społeczna“ wystawcy uwzględnili tylko stowarzyszenia wstrzemięźliwości i kongresy pokoju; w sekcyi zaś dla higieny znajdujemy mapę Szwajcaryi, na której oznaczonych jest sześć sanatoryów dla 387 chorych na gruźlicę; obok tej mapy znajdują się fotografie widoków wszystkich tych zakładów.

Bogata Francya została pod tym względem w tyle za Niemcami i Szwajcaryą: w ścisłem słowa znaczeniu Francuzi nie posiadają sanatoryów dla gruźliczych, w nowoczesnem pojęciu słowa: to, co jest, datuje od dawna i są to głównie stacye morskie dla dzieci zołzowatych (Berck, Arcachon, Pen-Brou, Banyuls, Oleron, Saint Paul, Cette, Hyères), zresztą są szpitale wyłącznie dla dzieci gruźliczych (oeuvre de Villepenti, oeuvre des enfants tuberculeux). Plany i widoki tych zakładów, po większej części dawno znanych, nie przedstawiają nic zajmującego i nie mogą być zaliczone do nowoczesnych usiłowań społecznych do zwalczania gruźlicy.

Inne narody również nie złożyły na Wystawie dowodów swych zdobyczy na polu walki z gruźlicą.

Ostateczne wrażenie po zwiedzeniu Wystawy jest takie, że zarząd jej nie pojął tego, że mógłby był odegrać pierwszorzędną rolę w pouczeniu narodów o istocie gruźlicy i o zwyciężaniu jej; nie dorósł on do zrozumienia uchwał Kongresu przeciwgruźliczego z r. 1898, wprost wystósowanych do niego, a wzywających do celowego i specyalnego uwzględnienia gruźlicy w programie wystawowym. Ci jednak, których nie pochłonął nastrój rozstrzepany i zgiełk trochę jarmarczny Wy-

stawy paryzkiej, przekonać się mogli, że w Niemczech i Szwajcaryi, poza obrębem przeobrażeń ekonomicznych na szeroką skalę, odbywa się pokojowo zbawienny przewrót wśród żywiołów społecznych, zmierzający w swych wynikach do zwalczania chorobliwości w klasie robotniczej, a zwłaszcza do zwalczania gruźlicy, jako największego czynnika niedoboru ekonomicznego w rodzinie i społeczeństwie.

Dr. A. Kwaśnicki.

* * *

VII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya neurologiczna.

Zestawił Dr. B. Kupczyk.

Przewodniczący Raymond zagaja posiedzenie krótką wzmianką o zdobyczach ostatnich czasów w zakresie anatomii, fizyologii i patologii układu nerwowego i zwróciwszy się ku zadaniom praktycznym, których spełnienie przypada lekarzom zajmującym się chorobami układu nerwowego, określa je w ten sposób: „naszem zadaniem jest zwalczać postępujące zwyrodnienie i chorobliwą dziedziczność; stawić zaporę szerzącemu się zakażeniu i spustoszeniu, które wyrządza kiła, najczęstsza i najzgubniejsza ze wszystkich chorób; odsłaniać i wykazywać zatrucia, które zagrażają bezpośrednio naszemu narządowi nerwowemu, począwszy od najbardziej złowrogiego i rozpowszechnionego: alkoholizmu; wpajać w umysły tę prawdę, że główne źródło szczęścia spoczywa w doskonałej harmonii narządów, które kierują stosunkiem naszego ustroju do świata zewnętrznego.

A. Pick (Praga) *O ośrodku słuchowym mowy, jako hamulcu swego ośrodka ruchowego.* Vernicke i Broadbent wykazali klinicznie, że ośrodek ruchowy mowy wykonywa swe czynności pod kierownictwem ośrodka słuchowego. Spostrzeżenia nad podobnymi przypadkami dowodzą, że oprócz parafazyi, która według tych autorów jest objawem zaburzeń we wzajemnym stosunku obu ośrodków, występuje objaw, który pozwala przypuszczać, że ośrodek słuchowy mowy posiada własności, powściągające ośrodek ruchowy, który przy zniszczeniu lub osłabieniu czynności pierwszego wyzwala się przynajmniej na pewien czas z więzów. Jest znanym faktem, że chorzy, dotknięci nagle niemotą zmysłową (Worttaubheit), okazują oprócz parafazyi, szczególne zaburzenie, wielomówstwo (logorrhea): bredzą samorzutnie przez dłuższy czas bez przerwy, albo oddziaływają w ten sposób, ilekroć dostarczy się podniety mechanizmowi mowy, n. p. przez zapytanie. Według Picka wielomówstwo jest wynikiem utraty czynności hamujących w ośrodku słuchowym.

P. Ladame (Genewa). *Niemota ruchowa czysta* (*bez agrafii*). Autor stara się wytknąć granicę pomiędzy niemotą a zboczeniem w wymawianiu zgłosek (anarthria). To ostatnie, według niego pochodzi z uszkodzeń neuronów rzutnych (projekcyjnych), zawartych w sznurach ruchowych narządu głosowego; niemota zaś jest wynikiem zaburzeń w kojarzennych neuronach, śród — między — lub pozakorowych i spojeniowych. W niemocie ruchowej zwykłej (typ Bouilland-Broca) większość dróg kojarzennych zwoju Broki jest mniej lub więcej uszkodzoną; w niemocie ruchomej czystej (bez agrafii) zboczenie leży w neuronach kojarzennych, które łączą ośrodek Broki z ośrodkami głosowymi zwojów Rolanda obu półkól.

Mowca kładzie nacisk na jeden objaw, który znajdował zawsze w typowych przypadkach czystej niemoty ruchowej, mianowicie na zupełną utratę mowy, zupełną niemotę, w odróżnieniu od niemoty ruchowej zwykłej, gdzie chory jest w stanie wypowiedzieć kilka słów lub zdań. Pierwszą trzeba odróżnić od niemoty histerycznej i udanej i z tego punktu widzenia rzecz ta ma pewne znaczenie sądowo-lekarskie. Udawanie niemoty zdarza się daleko rzadziej, niż sądzili dawniejsi lekarze.

P. Flechsig (Lipsk). *Ośrodki rzutkości* (*projekcyi*) *i kojarzenia w mózgu ludzkim.* Podział kory mózgowej na obszary zmysłowe (ośrodki zmysłowe) i obszary kojarzenne (ośrodki umysłowe intelektualne czyli narządy myślenia) okazuje się w całej swej ścisłości tylko u płodu ludzkiego i młodego dziecka. Autor posługiwał się w swoich badaniach metodą myelogenetyczną, polegającą na ogólnej zasadzie, według której równoważne włókna nerwowe (to znaczy należące do tego samego sznura) otrzymują osłonkę myelinową równocześnie, podczas gdy pierwiastki różne okrywają się myeliną w różnych czasach, jednak według pewnego prawidła. Flechsig przypuszcza istnienie 40 okresów rozwoju i dzieli powierzchnię kory mózgowej na 40 obszarów, które z chronologicznego punktu widzenia można podzielić na trzy gromady: a) obszary o rozwoju wczesnym, b) obszary o rozwoju późnym, c) obszary pośrednie. Ze stanowiska anatomicznego dzieli Flechsig korę mózgową na ośrodki rzutu (projekcyi) i kojarzenia. Pierwsze obejmują zakres czucia cielesnego, wzroku, słuchu, węchu i smaku. Każdy z tych zakresów, z wyjątkiem słuchowego, jest utworzony przez grupę pól korowych myelogenetycznych; zakres czucia cielesnego zawiera ich 8, następne po trzy.

Ośrodki kojarzenia obejmują ośrodki czołowe, ciemieniowe, skroniowe i wysepkowate. W osrodkach ciemieniowych i skroniowych łatwo jest wykazać część obwodową, dochodzącą wcześniej do zupełnego rozwoju i część środkową, która później dojrzewa. W ośrodku czołowym istnieją podobne stosunki, lecz więcej zawikłane. Części obwodowe stykają się z ośrodkami zmysłowymi i są z nimi połączone zapomocą licznych włókien.. Części środkowe należą do obszarów o rozwoju późnym i cechują wyłącznie mózg ludzki. Ich zniszczeniu nie towarzyszą nigdy zaburzenia ruchowe lub czuciowe. Każdy z obszarów środkowych zakresu kojarzenia jest w związku mniej lub więcej bezpośrednim z kilku sferami zmysłowemi, niektóre z wszystkiemi, kombinując prawdopodobnie ich czynności. Przez obustronne zniszczenie obszarów środkowych następuje osłabienie umysłowe, a szczególnie zaburzenie w kojarzeniu wyobrażeń. Należy więc tym ośrodkom przypisać wielkie znaczenie dla czynności duchowych dla tworzenia wyobrażeń złożonych z różnych pierwiastków zmysłowych, dla wykonywania takich aktów, jak nadawanie nazwy przedmiotom, czytaniu i t. p. Flechsig twierdzi, że spostrzeżenia kliniczne usprawiedliwiają podział kory mózgowej na ośrodki zmysłowe (projekcyi) i kojarzenia.

Rozprawy:

Hitzig (Halle) podnosi, że twierdzenie Flechsiga o czasowej prawidłowości, z jaką ma się odbywać myelinizacya poszczególnych ośrodków, nie da się utrzymać w całej swej rozciągłości, tembardziej że sam Flechsig znajdował pod tym względem indywidualne różnice, które co prawda przypisuje wpływom patologicznym. Przeciwnicy jego zapatrywań odnoszą jednak te różnice do spraw fizyologicznych. Dalej, co się tyczy odmiennej budowy anatomicznej, która ma odróżniać ośrodki projekcyi między sobą i względem ośrodków kojarzenia, to zdania autorów są tak niezgodne, że nie można wytworzyć sobie stanowczego zdania. Teorye Flechsiga, według których ośrodki kojarzenia mają służyć do zachowania odnowy i kojarzenia wspomnień przez podrażnienie sąsiednich sfer zmysłowych lub innych ośrodków kojarzennych, należą do rzędu hipotez niedostatecznie uzasadnionych. Hipoteza o składaniu wspomnień w pewnych skupieniach komórek nie jest zgoła udowodnioną.

Monakow (Zurych) podaje wyniki swoich badań nad sprawą ośrodków rzutnych (projekcyjnych) i kojarzennych. Suma włókien rzutowych (projekcyjnych), zebranych w wieńcu promienistym (corona radiata) i rozsianych po całej powierzchni mózgu, stoi w bezpośrednim związku z małą tylko ilością punktów kory mózgowej. Istnieją zatem na powierzchni mózgu przestrzenie o większej lub mniejszej rozciągłości, które nie posiadają wcale włókien rzutnych (projekcyjnych) i które można nazwać ośrodkami kojarzenia w przeciwstawieństwie do rozsianych ognisk, gdzie zbierają się włókna rzutne; lecz niema choćby w przybliżeniu dokładnego sposobu do odgraniczenia obszarów ubogich od obfitujących we włókna rzutne (projekcyjne). Monakow nie znalazł zasadniczych różnic w budowie anatomicznej obu ośrodków. Oprócz tego podział przyjęty przez Flechsiga, który bierze tylko pod uwagę włókna rzutne (projekcyjne) dróg zmysłowych, nie liczy się dostatecznie z różnorodnymi postulatami anatomicznymi ustroju mózgowego. Niema w nim uwzględnionego móżdżku, substancyi szarej Soemmeringa, jądra różowego, wzgórków wzrokowych. Metoda badań oparta na myelinizacyi, choć z początku zdawała się świetne dawać wyniki, nie wystarcza do rozwiązania fizyologicznych zagadnień, w które obfituje zawikłany ustrój neuronów w mózgu. Jeżeli zważymy, jak częste są indywidualne odmiany w sposobie postępowania myelinizacyi sznurów nerwowych, pojmiemy, że istotna podstawa badań jest zbyt chwiejną, ażeby można wywieść z niej prawa rozwoju dróg przewodzących i ośrodków. Z pewnem prawdopodobieństwem można przypuścić, że ośrodki zmysłowe wyprzedzają pod względem rozwoju te części kory mózgowej, które służą za podstawę umysłowości (inteligencyi).

Hipoteza, która przypisuje wyższe czynności duchowe ograniczonym ogniskom kory mózgowej, posiadającym szczególną budowę anatomiczną, nie da się utrzymać. Należy raczej sobie wyobrazić, że rozliczne pierwiastki, które składają się na pracę duchową, są rozsiane po całej korze mózgowej. *C. d. n.*

* * *

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 4 października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw bieżących, 1) kol. Gliński okazał i obszerniej omówił trzy żołądki z wrzodem okrągłym w rozmaitym okresie jego rozwoju; 2) kol. prof. Pieniążek mówił o trudnościach, napotykanych przy wykonywaniu tracheotomii, wynikłych ze zboczeń, skręceń i obrośnięć krtani i tchawicy utkaniem nowotworowem

* Na posiedzeniu Związku dla pielęgnowania zdrowia, który obradował w Trewirze od 12 do 14 września b. r., prof. Prausnitz z Gradcu mówił o przyczynach wysokiej śmiertelności dzieci i o sposobach jej zwalczania. Podług statystyki umiera w Niemczech rocznie 300 do 400 tysięcy dzieci w pierwszym roku życia; z tych 20% pada ofiarą chorób przewodu pokarmowego; 80% tych zmarłych dzieci należało do sztucznie karmionych. Największy odsetek śmiertelności przypada na dzieci nieprawego łoża.

Prof. Erisman z Zurychu dał za przykład Skandynawię, gdzie śmiertelność dzieci jest nizka, ale też każda matka karmi swoje dzieci. Był zwrot, że matki skandynawskie zaprzestawały pełnić ten przyrodzony obowiązek; gdy jednak królewski rozkaz zagroził karami za takie odstępstwo, wszystko tam powróciło do naturalnego biegu rzeczy.

Prof. Prausnitz zakończył swój wykład uwagą, że tylko środki społeczno-hygieniczne mogą w tym względzie przynieść istotną korzyść.

* W N. 37 »Wracza« czytamy: »bezmyślne zarządzenie austryackiego rządu, zakazujące lekarzom wojskowym brać udział w IX-tym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, dało powód do rozszerzania różnych baśni, do których oczywiście zaliczyć należy nieprawdopodobną wieść, podaną przez »Wiener klin. Rundschau« z 9 września, jakoby rząd rosyjski miał pod tym względem naśladować rząd austryacki«.

* Sto czterech posłów do Izby włoskiej odbyło w Rzymie pod przewodnictwem Baccellego posiedzenie w sprawie walki z gruźlicą. Uchwalono wystawić w różnych okolicach Włoch sanatorya dla chorych na gruźlicę, a wypełnienie tej uchwały poruczono Komisyi, wybranej na tem samem posiedzeniu.

* Tegoroczny Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich odbędzie się 3 i 4 listopada w Kalsruhe.

* W Norwegii wydano prawo, uznające gruźlicę za chorobę zakaźną; lekarze są obowiązani donosić władzy o każdym przypadku gruźlicy płuc, jeśli chory przy kaszlu wykrztusza. Osobnej Komisyi nadano prawo przymusowego wysiedlenia suchotników do szpitala, jeśli uzna, że w domu niema należytych warunków dla leczenia, oraz bezpieczeństwa dla osób, otaczających chorego.

* Dr. Senya Saito założył przed 11 laty w japońskiem mieście Kyoto Towarzystwo lekarskie, do którego dziś należy 591 członków. Celem tego stowarzyszenia jest wzajemne pouczanie się w sprawach zawodowych, przestrzeganie praw etycznych i poprawa stosunków stanu lekarskiego. Stowarzyszenie to wydaje miesięcznik.

Japonia posiada 2 uniwersytety, 5 akademij medycznych i 1 praktyczną szkołę medyczną.

* Na kongresie niemieckich lekarzy i przyrodników w Akwisgranie dr. His uczynił następujące wnioski, dotyczące udzielania doktorskiej oceny o wartości nowych leków: 1) pożądaną jest rzeczą, żeby powstał stały Komitet Centralny, któremuby przysługiwało prawo orzekania o leczniczej wartości nowych leków; 2) poświadczenia i oceny, wystawiane przez lekarzy, mają służyć fabrykantom dla ich własnej informacyi, a nie do ogłaszania w dziennikach; 3) lekarzom nie powinno być dozwolone rozpisywać się o nowych lekach i środkach odżywczych w prasie politycznej; 4) należy zachować w ocenianiu nowych środków wielką ostrożność, a zdanie swoje ogłaszać tylko w czasopismach lekarskich, bez prawa przedruku w prasie codziennej; 5) za tego rodzaju oceny i poświadczenia lekarze nie powinni żądać lub przyjmować wynagrodzenia; 6) lekarze, których wynalazki zostaną wyzyskane przez fabrykantów, powinni odpowiadać za formę reklamy, jeśli jej nadużyją fabrykanci.

* Jury niemieckiego Związku dla pielęgnowania zdrowia przyznało d-rowi Majewskiemu z St Pölten dyplom honorowy za liczne wynalazki z zakresu medycyny.

* Wpisy w nowo założonym Wydziale w Odesie rozpoczęły się d. 1 września. Dziekanem jest znany patolog prof. Podwysocki z Kijowa. Zapisało się uczniów 63, pomimo że miejsc przygotowano na 225—250 słuchaczów. Wogóle w r. bieżącym zauważono i na innych uniwersytetach rosyjskich zmniejszenie się liczby zapisujących się na medycynę.

* Ministeryum spraw wewnętrznych pozwoliło ośmiu profesorom i docentom wiedeńskim na wykłady w Ambulatoryum szpitala Franciszka Józefa Tem samem przybywa Wiedniowi nowy Zakład naukowy

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie lwowskim otrzymał Ascher Pfau

Mianowania i odznaczenia. Dr. Wurst Adolf mianowany został lekarzem urzędu sanitarnego w Kałuszu. Dr. Filipowicz Włodz. otrzymał posadę Dyrektora szpitala w Czerniowcach. Doc. Wanscher został mianow. prof. nadzwycz. chirurgii w Kopenhadze. Dr. Kostenicz — prof. okulistyki w klinicznym instytucie w Petersburgu. Doc. Aleksandrow — prof. nadzwyczajnym farmacyi w Tomsku.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Denarowski Karol, b. referent sanitarny, zmarł w 73 r. życia w Czerniowcach. Dr. Simpson, niedawno mianowany profesorem sądowej medycyny, zmarł w Glasgowie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. *W Medycynie Nr. 39*: Goldflama S.: O zapaleniu ścięgna i pochewki ścięgnistej głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia. Zembrzuskiego L.: O wynikach przecinania zwężeń cewki moczowej sposobem Maisonneuvea. *W Gazecie Lekarskiej Nr. 39*: Pruszyńskiego I.: O powstawaniu i wydzielaniu się kwasu moczowego, oraz o warunkach wytwarzania złogów moczanowych. Bronowskiego Sz.: Wady serca a choroby nerek. Stróżewskiego K.: O leczeniu bezładu tabetycznego. *W Kronice Lekarskiej Z. 18*: Dr. Bregmana E.: O padaczce. Dr. Zawadzkiego I.: Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek (dokończenie).

Redakcya otrzymała:

Doc. dr. Korczyński Ludomił: Zarys balneoterapii i balneologii krajowej dla użytku lekarzy i uczniów. Kraków, 1900. Nakład wydawnictwa dzieł lekar. polskich. Cena koron 12.

— Tenże: Nauczyciele i nauka medycyny wewnętrznej w klinice krakowskiej (Odbitka z »Medycyny« 1900).

— Tenże: Wykład wstępny o balneologii klinicznej. (Odbitka z »Medycyny« 1900).

— Tenże. Urządzenia stacyj klimatycznych. — (Odbitka z »Przeglądu Lekar.«, 1900).

— Tenże: O klimacie. (Odbitka z »Przeglądu Lekarskiego«, 1900).

Sonenberg E. (Łódź): Przypadek cierpienia znanego pod mianem »Mycosis fungoides« (Odbitka z »Medycyny«, 1900)

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 13 Października 1900. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Patogeneza żółtaczki.

Podał

Prof. Browicz.

(Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie dnia 23 lipca 1900 roku). *)

Dostawanie się żółci w obieg ogólny, czego widomym śladem zabarwienie tkanek barwnikiem żółci, to cecha żółtaczki. Określenie warunków, w których to się dzieje i w jaki sposób żółć dostaje się w obieg ogólny, oto zagadnienia, które dotąd nie są stanowczo rozwiązane. Nie podlega wątpliwości, że wątroba jest jedynem źródłem barwnika żółci. Jakkolwiek bowiem hematoidyna, powstająca w ogniskach krwotocznych, powstałych gdziekolwiekbądź w ustroju, jest pod względem składu chemicznego identyczną z bilirubiną, to jednakowoż ilość hematoidyny, tworzącej się nawet w wielkich ogniskach krwotocznych, jest bardzo małą; za powoli się ona wytwarza, nie może więc być przyczyną ogólnego zabarwienia tkanek. Pojawiająca się niekiedy, jakkolwiek rzadko, żółtaczka w następstwie większego krwotoku w miąższach ustroju nie jest zresztą, jak to słusznie Quincke[1]) tłómaczy, wynikiem wchłaniania hematoidyny, lecz następstwem dostawania się z ogniska krwotocznego rozpuszczonej hemoglobiny, która w wątrobie zmienia się w bilirubinę. Żółtaczkę tę zalicza Quincke do grupy żółtaczki z nadmiaru żółci *(icterus pleiochromicus)*. Pojęcie więc dawne żółtaczki, pochodzącej ze krwi *(icterus haematogenes, anhepaticus)* jest niesłuszne. Każda żółtaczka pochodzi z wątroby.

Moment mechaniczny uważany bywa za zwykłą, główną przyczynę przechodzenia żółci w obieg ogólny, za jedną z głównych przyczyn powstawania żółtaczki. Moment mechaniczny zaś polegać ma według przyjętego zapatrywania na sprawach chorobowych dróg żółciowych lub samego miąższu wątroby, wskutek czego prawidłowy odpływ żółci doznaje w różnym stopniu ujmy, a żółć dostaje się do naczyń limfatycznych, a wreszcie i do naczyń krwionośnych. Jeżeli bowiem żółć zatrzymuje się wskutek mechanicznego oporu w drogach żółciowych, aż do najdrobniejszych, włoskowatych przewodów żółciowych, gromadzi się, cofa się, następuje wessanie żółci przez naczynia limfatyczne. W miarę jak coraz więcej żółci w śródzrazikowych przewodach żółciowych, a wreszcie w komórkach wątrobnych się nagromadza, może w końcu przyjść do mikroskopowo widocznego dostania się żółci do naczyń włoskowatych krwionośnych. Zastój zaś i następne cofanie się żółci ku początkowym przewodom żółciowym śródzrazikowym odnosi się do różnego stopnia zwężenia lub zamknięcia, zatkania dróg żółciowych, w czem grają rolę kamienie żółciowe, raki woreczka żółciowego, żołądka, trzustki, wątroby, znaczniejsze powiększenia woreczka żółciowego, zmiana włóknista wątroby, nieżyty dróg żółciowych i t. d.

Nie zawsze, a nawet nie rzadko, nie łatwo jest, a nawet nie można odkryć anatomicznie niedrożności dróg żółciowych. Nawet w takich przypadkach starano się utrudnienie odpływu żółci odnieść do momentu mechanicznego. Żółtaczkę w toku zapalenia płuca tłómaczy Ponfick niedostatecznymi ruchami oddechowymi przepony, wskutek czego jedna z przyczyn wydalania żółci z przewodów żółciowych odpada. Żółtaczkę u ludzi, dotkniętych wadą organiczną serca, tłómaczono zmniejszeniem się ciśnienia krwi, albo uciśnięciem drobniejszych przewodów żółciowych przez rozszerzone naczynia włoskowate krwionośne. Żółtaczkę w toku chorób ostrych zakaźnych odnoszono do wikłającego je nieżytu przewodu pokarmowego. W sprawach chorobowych wątroby, gdzie nie można było wykazać namacalnych przyczyn utrudnienia odpływu żółci w wątrobie i poza wątrobą, odnoszono żółtaczkę także do powiększenia, obrzmienia komórek wątrobnych, które mają uciskać przewody włoskowate żółciowe i utrudniać w ten sposób prawidłowy odpływ żółci, lub do nieżytu najdrobniejszych przewodów żółciowych, lub zatkania tychże złogami barwnika, złuszczonemi i napęczniałemi komórkami nabłonkowemi. Hanot[2]) odnosi przyczynę ciężkich postaci żółtaczki do zjawiska rozczłonkowania zrazików wątroby.

Istnieją jednakże wcale nie rzadkie przypadki, gdzie żadnej z tych wymienionych przyczyn, mających utrudniać odpływ żółci, ani makroskopowo, ani też mikroskopowo, ani wśród, ani poza wątrobą wykazać nie można, a żółtaczka wybitna z wszelkiemi, charakterystycznemi cechami istnieje. Nadmienić tu muszę, iż na podstawie własnych badań istnienia nieżytu, złuszczania się i gromadzenia się nabłonka w przewodach żółciowych, mających wyściółkę nabłonkową, których początek tkwi w zrazikach wątrobowych, jakoteż w przewodach żółciowych międzyzrazikowych, stwierdzić nie mogłem.

W takich więc przypadkach odnoszono przyczynę żółtaczki (Minkowski, Liebermeister, Pick i inni) do szczególnych zboczeń czynności komórek wątrobnych. Minkowski tak się wyraża: „Die besondere Eigenschaft der Leberzelle, vermöge deren sie es vermag, gewisse Stoffe nach den Gallenwegen, andere nach den Blutgefässen oder Lymph-

*) Praca niniejsza prof. Browicza jest streszczeniem szeregu jego badań nad patogenezą żółtaczki. drukowanych w „Przeglądzie lekarskim"; umieszczamy ją z tego powodu, chociaż już została gdzieindziej ogłoszoną. *(Red.)*

[1]) Die Krankheiten der Leber. *Specielle Pathologie und Therapie Nothnagels* t. 13 st. 143.

[2]) Hanot. Ictère par dislocation de la travée (ictère par obstruction intralobulaire) *Semaine médicale* 1895 Nr. 61.

wegen zu leiten, also den Gallenfarbstoff nach den Gallenwegen, Zucker und Harnstoff nach dem Blute hin auszuscheiden, ist offenbar an die normale Ernährung und normale Function der Zelle selbst gebunden. Störungen dieser Function der Zelle können auch ohne mechanische Behinderung des Gallenabflusses einen Übertritt von Gallenbestandtheilen in das Blut zur Folge haben". *(Parapedesis bilis).* Liebermeister upatrywał przyczynę żółtaczki wobec braku jakichkolwiek mechanicznych przeszkód odpływu żółci w mniejszem lub większem schorzeniu komórek wątrobnych, które nie są wówczas w stanie zatrzymać żółci, która przenika do limfy i do krwi *(icterus akathectitus).* Natomiast Pick zwrócił uwagę na alteracyę czynności komórek wątrobnych, na szczególne anomalie w wydzielaniu, wydalaniu żółci z komórek wątrobnych, która to alteracya sprowadza za sobą nieprawidłowy kierunek wydalania żółci z komórek wątrobnych, w czem i wpływom nerwowym, toksycznym i zakaźno-toksycznym Pick znaczenie przypisuje *(paracholia).*

Co do drugiego zagadnienia, jakiemi drogami żółć dostaje się z wątroby w obieg ogólny, tłómaczono to sobie długo w ten sposób, iż żółć w razie nieprawidłowego ciśnienia przenika wprost do naczyń krwionośnych, stosownie do tego, czy ciśnienie w przewodach żółciowych zwiększa się, a ciśnienie w naczyniach krwionośnych opada. Później powstały wątpliwości, a mianowicie od czasu doświadczeń Fleischla (1874), Kunkela, Kufferatha, V. Harleya, według których po równoczesnem podwiązaniu u psa głównego przewodu żółciowego i przewodu piersiowego limfatycznego nie pojawiała się żółtaczka, barwnik żółci i kwasy żółciowe wykazać można tylko w limfie, a nie w krwi i w moczu, żółć więc, zatrzymana przez podwiązanie głównego przewodu żółciowego nie naczyniami krwionośnemi, lecz limfatycznemi dostaje się w obieg ogólny.

Zapatrywanie to ogólnie przyjęto i jeszcze dzisiaj ono się utrzymuje. Doświadczenia Wertheimera i Lepagea[3]), D. Gerhardta[4]) jakoteż Queirolego i Benvenuta[5]) dały wprost przeciwny wynik. Wertheimer i Lepage wprowadzali do jednego przewodu żółciowego u psa żółć wołu lub barana, której widmo jest charakterystyczne, różne od widma żółci psa, jakoteż w drugiej seryi doświadczeń indygosiarkan sodowy i przekonali się, że z przewodów żółciowych innych płatów wątroby, dokąd tylko drogą krwi żółć wołu lub barana, jakoteż indygosiarkan sodowy dostać się mogły, wypływała żółć, obce substancye zawierająca, i doszli do wniosku „que non seulement les vaisseaux sanguins prennent une part active à la resorption du pigment bleu (ou du pigment etranger a la bile du chien), mais encore que les lymphatiques n'y ont qu' une part très restreinte". D. Gerhardt powtarzał dawniejsze doświadczenie z podwiązywaniem równoczesnem głównego przewodu żółciowego i przewodu piersiowego limfatycznego i spostrzegał stale żółtaczkę, a w moczu już mniej więcej w 20 godzin po podwiązaniu obu przewodów obficie barwnik żółci. Gerhardt dostrzegł, iż u psów, u których oba przewody, tak główny przewód żółciowy, jakoteż piersiowy, były podwiązane, ukazywał się barwnik żółci w moczu równie szybko i obficie, jak u psów, których przewód piersiowy nie był podwiązany. Ażeby rozstrzygnąć, czy żółć tylko wtedy, gdy przewód piersiowy jest podwiązany, wprost do krwi się dostaje, czy też ona, jak długo droga limfatyczna drożna przecież, jak to poprzedni eksperymentatorowie podają, limfą w obieg ogólny przechodzi, tworzył on kilka godzin po podwiązaniu głównego przewodu żółciowego przetokę przewodu piersiowego. Psy żyły w pomyślnych przypadkach około 14 godzin po drugiej operacyi. Te drugie doświadczenia wykazały zgodnie, że limfa po krótszym lub dłuższym czasie zawiera żółć, której Gerhardt ani w krwi, ani w moczu wykazać nie mógł. Z obu tych szeregów doświadczeń, jakkolwiek pierwsza serya odmienny, aniżeli u poprzednich eksperymentatorów, wynik wykazała, wnosi D. Gerhardt mimo tego stanowczo, iż droga limfy jest niejako prawidłową drogą wchłaniania zastałej żółci, dopiero gdy droga limfatyczna zamknięta, dostaje się żółć w inny sposób do krwi.

Queirolo i Benvenuti doszli w doświadczeniach swoich do przekonania, iż po równoczesnem podwiązaniu głównego przewodu żółciowego i przewodu piersiowego w ciągu 24—30 godzin powstaje stale żółtaczka, która się dalej potęguje, z czego wnoszą, iż dostawanie się żółci w obieg ogólny dzieje się drogą naczyń krwionośnych, a mianowicie żyłami śródwątrobowemi. Nadto podwiązywali równocześnie oba przewody, otwierali później przewód piersiowy, jakoteż podwiązywali tylko przewód główny żółciowy i w tym samym czasie, jak w pierwszej seryi, tak samo i w obu ostatnich powstawała żółtaczka.

Wyniki doświadczeń na psach Fleischla, Kunkla, Kufferatha, Harleya są więc odmienne, różne, aniżeli wyniki doświadczeń Wertheimera i Lepagea, Queirolego i Benvenuta, jakoteż D. Gerhardta, według mego zdania bowiem, wysnuł D. Gerhardt z drugiej seryi swych doświadczeń mylny wniosek, gdyż za krótko psy utrzymywały się przy życiu.

Tak przedstawia się w grubych zarysach dzisiejszy stan nauki o powstawaniu żółtaczki.

Cóż nam mikroskop w tej kwestyi wykazuje, czy można z obrazów mikroskopowych wysnuć jakieś pewniejsze wnioski?

Badając[1]) wątrobę w różnych stanach chorobowych,

---

[3]) Absorption des pigments dans le foie, *Archives de physiologie normale et pathologique* 1897.

[4]) Zur Pathogenese des Icterus. *Verhandlungen des Congresses für innere Medizin* 1897.

[5]) Neuvième congrès de la société italienne de medecine interne 1898. *Semaine medicale 1898* Nr. 51.

[1]) Prace moje z zakresu studyum wątroby są następujące:

a) O rozczłonkowaniu zrazików wątroby, *Nowiny lekarskie* 1897 i *Virchowa Archiwum* t. 148.

b) O różnorodności złogów żółci śródkomórkowych w stanach chorobowych komórek wątrobnych i t. d. *Przegląd lekarski* i *Deutsche med. Wochenschrift* 1897 Nr. 23.

c) O śródkomórkowych kanalikach żółciowych i t. d *Akad. umiej. krak. Marzec* 1897.

d) O patologicznym stanie jądra komórek wątrobnych, przemawiającym za tem, iż jądro spełnia funkcyę wydzielniczą. *Akad. umiej. Kwiecień* 1897.

e) O budowie komórki wątrobnej. *Akad. umiej. Maj* 1897.

f) Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę. *Akad umiej. Czerwiec* 1897.

g) O zjawiskach krystalizacyi w komórce wątrobnej. *Akad. umiej. Kwiecień* 1898.

h) O śródnaczyniowych komórkach we włoskowatych krwionośnych naczyniach zrazików wątroby. *Akad. umiej. Kwiecień* 1898.

(Dalszy ciąg prac na stronie następnej).

studyując dokładniej budowę wątroby, jakoteż po części budowę komórki wątrobnej, zwróciwszy uwagę na niektóre obrazy mikroskopowe komórek wątrobnych, dające się wywołać doświadczalnie, doszedłem w sprawie patogenezy żółtaczki do wyników i wniosków, różniących się od zapatrywania, ogólnie dzisiaj przyjętego.

U psów, u których podskórnem wstrzykiwaniem toluilendiaminy wywoływałem żółtaczkę, a u których nawet już drugiego dnia po stosowaniu toluilendiaminy powstać może żółtaczka, przedstawiająca więc wszystkie cechy żółtaczki ostrej, z jaką się na stole sekcyjnym chyba tylko wyjątkowo spotkać można, znalazłem następujący obraz mikroskopowy w wątrobie, przed zastosowaniem tuluilendiaminy zupełnie prawidłowej [7]). Toluilendiamina rozpuszcza krwinki czerwone, a przynajmniej hemoglobina przechodzi w roczyn, o czem świadczą złogi barwnika, ziarniste, brunatno czarne w świetle naczyń krwionośnych, tudzież złogi ściśle ograniczone w komórkach ściennych naczyń, jakoteż w komórkach wątrobnych, tak w cytoplazmie, jakoteż w jądrze, w preparatach z kawałków stwardnionych w formalinie. Formalina jest bowiem mikrochemicznym odczynnikiem na płynną hemoglobinę w tkankach, komórkach znajdować się mogącą (obacz: „O zjawiskach krystalizacyi w komórkach wątrobnych") Dalszym dowodem przechodzenia hemoglobiny w roczyn są kryształy hemoglobiny, które się w naczyniach krwionośnych znajduje. Obrazy takież same, jakie spotykamy w muszkatołowej wątrobie człowieka lub w wątrobie psa po wstrzyknięciu do żyły szyjnej roczynu hemoglobiny. Prócz tego zmieniają się pod wpływem toluilendiaminy własności niektórych krwinek czerwonych, które już w naczyniach krwionośnych zlepiają się w bryłki różnej wielkości, kuliste, takież same, jakie opisałem w cytoplazmie komórek wątrobnych psa (obacz: „Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną"). Naczynia włoskowate krwionośne śródzrazikowe znajdowałem rozszerzone w różnym stopniu, w komórkach ściennych tychże naczyń — wśród wątroby o strukturze zrazików normalnej — złogi żółci, częścią w kształcie tworów kulistych, częścią pasm ściśle odgraniczonych, nawet rozgałęziających się, sięgających niekiedy aż do brzegu zewnętrznego komórki. Komórki albo ściśle przylegały do brzegu beleczek wątrobnych, albo też były oddzielone, złuszczone i leżały wolno w świetle naczynia. Niekiedy można było wykazać związek tych złogów żółci wśród komórek ściennych ze złogami żółci wśród komórek wątrobnych, lub też, co częściej, ze złogami żółci w przewodach żółciowych międzykomórkowych, które to przewody, jak to z mojej pracy „O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i t. d." wynika, stykają się z naczyniami krwionośnemi [8]). Obok tego przewody żółciowe międzykomórkowe przepełnione były żółcią, znacznie nieregularnie rozszerzone wskutek nadmiaru znajdującej się w nich żółci. Komórki wątrobne, graniczące tak z przewodami żółciowymi międzykomórkowymi, jakoteż z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, nie zawierały złogów żółci jakiejkolwiekbądź postaci lub też tylko niekiedy małe ich ślady. Szczegóły te widać na rysunkach, dołączonych do moich prac, przytoczonych powyżej. (C. d. n.)

i) Obraz mikroskopowy komórki wątrobnej psa po wstrzyknięciu roczynu hemoglobiny do żyły szyjnej. *Akad. umiej. Listopad* 1898.

j) Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i t. d. *Akad. umiej. Lipiec* 1899.

k) Drogi odżywcze w komórce wątrobnej. *Akad. umiej. Lipiec* 1899.

l) W obronie prac moich. *Krytyka lekarska* 1899.

m) O śródnaczyniowych komórkach i t. d. *Gazeta lekarska* 1900 i *Arch. f. mikr. Anatomie* t. 55.

n) Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do naczyń krwionośnych włoskowatych. *Akad. umiej. Styczeń* 1900.

o) Budowa śródzrazikowych naczyń krwionośnych włoskowatych i ich stosunek do komórek wątrobnych. *Akad. umiej. Maj* 1900.

[7]) Sposób postępowania przy konserwowaniu, stwardnianiu kawałeczków wątroby i sporządzaniu preparatów mikroskopowych nie jest tu obojętny, a postępowanie moje następujące:

Stwardniałem kawałeczki wątroby w 2% formalinie, w tem zagęszczeniu nie kurczącej silnie tkanki, a konserwującej dobrze barwnik żółci, który także sublimat dobrze konserwuje. Ale wtedy następne wypłókiwanie sublimatu wodą, odwadnianie coraz silniejszym alkoholem, procedura przy zatapianiu, czy to w parafinie, czy też w celoidynie, usuwanie tychże ze skrawków, cały szereg tych procedur wiedzie do łatwego wyługowania barwnika tak dalece, iż może zniknąć wszelki ślad barwnika żółci, który w ocenianiu obrazu mikroskopowego właśnie tutaj ma tak ważne znaczenie, gdy przeciwnie z kawałeczków, w formalinie stwardnianych, przez przymrażanie kawałeczków można uzyskać zaraz mikrotomem preparaty bardzo cienkie z zachowaniem barwnika żółci. Ochrania się przez to tkankę od całego szeregu procedur i różnorodnych wpływów chemicznych i zyskuje doskonałe preparaty. Dlatego to tej metody, a nie innych w badaniach moich stale używam, tembardziej, że stwardnianie w formalinie i z wielu innych względów, o których pisałem w publikacyach moich np. (Gazeta lekarska i Arch. f. mikr. Anatomie) jest nader korzystne.

[8]) Już po ogłoszeniu pracy mojej »O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń włoskowatych krwionośnych spotkałem się w 8 wydaniu histologii Stöhra, str. 229 w przypisku 3 z następującą uwagą: »Ob dies ausnahmslose Regel ist (scil, dass die intercellulären Gallengänge sich mit den Blutcapillaren nicht berühren) scheint mir neuerdings zweifelhaft: ich habe an sehr feinen injizirten Schnitten der Kaninchenleber an einzelnen Stellen Gallencapillaren dicht neben Blutcapillaren gesehen«. Szczegół ten jest, jak się z obrazów mikroskopowych wątrób żółtaczkowych u psa i człowieka przekonałem, stały.

II. **Ze Szpitala Śgo Ludwika i Kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.**

W sprawie gruźlicy u dzieci.

Częstość i szerzenie się gruźlicy u dzieci; uwagi nad jej rozpoznawaniem). [1])

Podał

Dr. Jan Raczyński
Docent pedyatryi Uniw. Jagiell.

II.

Nie może ulegać wątpliwości, że ścisłe i pewne rozpoznanie niektórych postaci gruźlicy w wieku dziecięcym przedstawia w znacznej części przypadków poważne trudności. Czyto weźmiemy pod uwagę wczesny okres gruźlicy płuc, czy przypadek gruźlicy ogólnej z przebiegiem ostrym lub przewlekłym, czy wreszcie gruźlicę ograniczoną, miejscową, gdy nie jest usadowioną powierzchownie, wszędzie napotkamy na mniejsze lub większe trudności rozpoznawcze. Rozpatrując protokoły sekcyjne i porównywując je z rozpoznaniem klinicznem, mogłem się przekonać, że z naszych 611 przy-

[1]) Patrz Nr. 29 „Przeglądu Lekarskiego".

padków stwierdzonej przy sekcyi gruźlicy, około 100 za życia było nierozpoznanych, a przydarzało się to najczęściej u dzieci młodszych, u których warunki rozpoznania, jak wiadomo, są jeszcze trudniejsze. Nie liczę tutaj wcale owych 114 przypadków gruźlicy utajonej, (przeważnie w gruczołach oskrzelowych), gdyż przypadki te wogóle rozpoznać się prawie nie dadzą. Nie brakło też przypadków, w których klinicznie rozpoznano gruźlicę, a przy sekcyi jej nie było; w tych przypadkach najczęściej wprowadziło klinicystę w błąd przewlekłe cierpienie przewodu pokarmowego z wyniszczeniem i następowem zajęciem płuc.

Gdzie leży przyczyna tych trudności w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci? Niewątpliwie przedewszystkiem w samym przebiegu gruźlicy we wczesnych okresach życia, w różnorodności postaci tej choroby i w zmienności, niestałości poszczególnych objawów. Podczas kiedy u dorosłego gruźlica przebiega mniej więcej podług pewnego typu, u dzieci jeden przypadek nie jest podobny do drugiego i to tak pod względem wywołanych zmian anatomicznych, jak i objawów klinicznych. Wykazanie prątków gruźliczych, tak ważny i rozstrzygający czynnik rozpoznawczy w gruźlicy osób dorosłych, prawie zupełnie odpada u dzieci, zwłaszcza mniejszych. Przyczyna tego nie leży w tem, że dzieci nie umieją wykrztuszać plwociny, bo łatwoby ją było wydostać drażniąc dziecko do kaszlu n. p. szpatułką, lub wyciągnąć ją cewnikiem, wreszcie można poszukiwać połkniętej plwociny, a z nią prątków w treści żołądka (przepłókiwaniem), lub w kale (Meunier, Kossel, Kaufmann), ale przyczyną, że poszukiwania te rzadko tylko prowadzą do celu mimo obecności gruźlicy, jest znów swoisty przebieg gruźlicy u dzieci, rzadko prowadzący do rozpadu miąższu płuc. Wyjątkowo więc tylko może pedyatra oprzeć swe rozpoznanie na tak pewnym objawie, jakim jest wykazanie prątków gruźliczych; częściej znajduje się w tem położeniu, że podejrzywając w danym przypadku gruźlicę, domyślając się jej niejako, nie może znaleść dostatecznej podstawy do ścisłego klinicznego rozpoznania.

Przekonamy się o tem, przechodząc pokrótce objawy gruźlicy u dzieci: i tak, nie posiadają w rozpoznawaniu gruźlicy w wczesnym wieku większego znaczenia objawy takie, jak bladość, brak łaknienia, zmiana usposobienia i t. d., gdyż przydarzają się one u dzieci także często z wielu innych przyczyn. U dorosłych prowadzi gruźlica stale i z reguły do mniejszego lub większego wychudzenia i wyniszczenia ustroju; u dzieci może gruźlica śmierć sprowadzić, nie podkopawszy ogólnego odżywienia i nieraz spotykamy na stole sekcyjnym osobniki, zmarłe z gruźlicy, o których powiemy, że odżywienie ich jest dobre.

W ostatnich czasach podniesiono do znaczenia wybitnego objawu gruźlicy pewne właściwości w budowie kośćca gruźliczych, lub do niej usposobionych. Nie ulega wątpliwości, że dość często dzieci rodziców gruźliczych już przychodzą na świat z pewnem „piętnem gruźliczem“ a obecność tego rodzaju znamion wzbudzi podejrzenie istnienia tej sprawy chorobowej i zaważy w rozpoznaniu; musimy jednak dodać, że częściej znamiona te występują dopiero z późniejszym wiekiem dziecka, że przytem spotykamy je w przypadkach gruźlicy płucnej, a więc stosunkowo najłatwiejszej do rozpoznania, wyjątkowo tylko w gruźlicy ogólnej, a właśnie wtedy rozpoznanie najtrudniejsze.

Mniej lub więcej to samo można powiedzieć o wartości wyników badania fizykalnego płuc; większe znaczenie miałoby wykazanie powiększonych gruczołów oskrzelowych, zapomocą opukiwania i osłuchiwania, czy też za pośrednictwem t. zw. objawu Smitha.

Nie może rozstrzygać o tem, czy mamy z gruźlicą do czynienia, obecność gorączki, ani jej przebieg, gdyż wiadomo, że np. gruźlica ogólna (postać przewlekła) może przebiegać bez gorączki *(tuberculose généralisée chronique apyrétique Marfana)*, a w przypadkach, przebiegających z gorączką, z wyjątkiem postaci suchot płucnych, przydarzającej się u dzieci starszych, tor jej nie da się ująć w żaden stały typ.

Wiele czasu i pracy poświęcono wykazaniu związku między obecnością pewnych ciał w moczu, dających odczyn diazowy (diazoreakcya Erlicha) a gruźlicą; ostatecznie wykazano (Krokiewicz, H. Wolff, Michaelis), że odczyn ten nie jest stałym i pewnym objawem, a obecność jego może mieć raczej znaczenie dla rokowania w gruźlicy, niż dla rozpoznania.

Istnieniu jakiegokolwiek związku między indykanurya a gruźlicą u dzieci wprost zaprzeczono (Momidłowski). Badania krwi (Holmes) w gruźlicy co do zachowania się ciałek białych nie wydały też wyników, na którychby się w rozpoznaniu oprzeć było można; raczej możnaby z nich skorzystać przy rokowaniu.

Nie wiele też zmieniły stan dyagnostyki gruźlicy u dzieci podane w ostatnich czasach sposoby jej rozpoznawania: Roentgenografią chyba tylko w wyjątkowych przypadkach wykazać można i to daleko posunięte zmiany gruźlicze; wogóle rozpoznanie gruźlicy zapomocą X-promieni tylko nader rzadko jest możliwe. Rozpoznanie gruźlicy z własności aglutynacyjnych krwi osób gruźliczych dotąd mimo twierdzenia Szumowskiego, że prątek gruźliczy posiada ruchomość, oraz odnośnych prac Arloinga i Curmonta, nie znalazło szerszego zastosowania [1])

Częstość, z jaką zmiany gruźlicze usadawiają się w gruczołach chłonicznych, z drugiej strony fakt, że u osobników, dotkniętych gruźlicą, spotykamy z reguły powiększenie tych gruczołów, (choć nie zawsze z przyczyny obecności prątków Kocha), nadaje wynikowi badania gruczołów chłonicznych w rozpoznawaniu gruźlicy wybitne stanowisko. Klinicysta zwraca więc zawsze uwagę na gruczoły chłonicze, a stwierdziwszy je, zadaje sobie pytanie, jakie im w danym przypadku przypisać znaczenie. Wyjątkowo tylko może on iść za radą v. Noordena, aby wyciąć jeden gruczoł na próbę i poddać go badaniu mikroskopowemu, lub co pewniejsza, szczepieniu na zwierzęta, częściej musi mu wystarczyć tylko badanie zewnętrzne, a wtedy tem bardziej pamiętać powinien, że gruczoły obrzmiewają z wielu innych przyczyn ogólnych i miejscowych.

Kiedyż więc wolno klinicyście z powiększenia gruczołów chłonicznych wnosić o obecności gruźlicy? mojem zdaniem wtedy, jeśli spotyka powiększenie gruczołów wszystkich jednocześnie, a więc karkowych, szyjnych, pachowych i pachwinowych, a wykluczy inne choroby, wywołujące te zmiany, nadto, gdy to powiększenie utrzymuje się czas dłuższy, a poszczególne gruczoły przedstawiają się badającemu jako drobne, twarde, paciorkowate, niebolesne, pod skórą

[1]) Moussous doniósł w r. b. na Zjeździe lek. w Paryżu, że w szpitalu w Bordeaux uzyskano tym sposobem zadawalniające wyniki.

ruchome guzki. (*Micro-polyadénopathie infantile.* Légroux 1888).

W objawie tym szczególnego znaczenia nabiera wykazanie obrzęku gruczołów pachowych; gruczoły karkowe obrzmiewają bowiem często z powodu wyprysków lub tak częstych łojotoków (seborrhea) na głowie u dzieci; gruczoły pachwinowe spotykamy często u dzieci po przebyciu chorób przewodu pokarmowego; znacznie rzadziej istnieje taka przyczyna miejscowa dla gruczołów pachowych, a tem samem ich obecność odnosimy do przyczyn ogólnych, między innemi do gruźlicy.

Pewne znaczenie dla rozpoznania mogą mieć też blizny po przebytych ropieniach w skórze, gruczołach chłonnych, chrząstkach, kościach, o których na podstawie usadowienia, rozległości wejrzenia i t. d. przypuszczamy, że były gruźlicze; pamiętać jednak i o tem musimy, że w myśl zapatrywań niektórych autorów przebyte ropienia gruźlicze ustrój przeciw gruźlicy uodparniają. (Dok. nast.)

III. Wyciągi.

Prof. Strümpell (Erlangen). **O pojawianiu się i rozpoznaniu dny.** (*Münch. med. Wochenf. Nr. 38, 1900*). Jedną z najważniejszych cech rozpoznawczych tego cierpienia jest napadowo występująca bolesność w stawach palucha, nawet w przypadkach, w których zmiany anatomiczne są w innym stawie usadowione. Nie mniej znamienną jest także okoliczność, że dna napada w ogólności stawy odległe, w szczególności zaś częściej stawy kończyn dolnych, aniżeli górnych; — bardzo rzadko zajmuje staw barkowy lub biodrowy, czem właśnie się różni od cierpień gośćcowych; nadto w większości przypadków chorobowych jest tylko jeden staw (paluchowy, skokowy, kolanowy lub śródręcza) schorzały. Jeśli do tego dodamy częstość występowania napadów dnawych i ich krótkotrwałość (czem się także odróżniają od gośćcowych), dalej nadmierną bolesność, obrzęk i zaczerwienienie zajętego stawu, wówczas rozpoznanie dny nie przedstawia trudności. Z innych pomniejszych objawów zasługują na wzmiankę zaburzenia żołądkowo-jelitowe i lekko podniesiona ciepłota ciała.

W rzędzie dnawych schorzeń narządów wewnętrznych stoi na pierwszem miejscu dnawy zanik nerek (gichtische Schrumpfniere); stan chorobowy nerek łatwo rozpoznać, nie ulega wątpliwości (białkomocz, zmiany w sercu); trudniej atoli jego tło wyśledzić. I tutaj dokładne wywiady wraz z czynnikami etyologicznymi na właściwą wprowadzą drogę. Tak samo rzecz się ma z dnawemi zmianami narządu krążenia; pamiętać jednak należy, że u chorych dnawych wcześnie stosunkowo wykazać można miażdżycę tętnic z wszystkiemi następstwami (przerost serca, miażdżyca tętnic wieńcowych itd.). Ciekawym wreszcie szczegółem są zaburzenia w przemianie materyi; otyłość, gościec i cukrówkę można często napotkać u tego samego osobnika, albo co najmniej dwie z tych nieprawidłowości, co dowodzi o jakimś wspólnym czynniku przyczynowym (nadużycie trunków lub pokarmów). Przechodząc do etyologii dny, wymienia autor na pierwszem miejscu wyskok, a w szczególności piwo, używane przez długie lata i w nadmiernej ilości; nadto przewlekłe zatrucie ołowiem, — okoliczności, z których łatwo wysnuć środki zapobiegawcze.

Dr. Henryk Pisek.

Feliks Laberschek. **O chorobie Glenarda.** (Z kliniki Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego. — *Księga pamiątkowa uczniów Uniw. Jagiell.*). Na podstawie materyału kliniki lekarskiej w Krakowie, składającego się z 19 przypadków choroby Glenarda, leczonych w klinice stałej w ostatnich 3 latach, a z 131 przypadków, badanych ambulatoryjnie, podaje autor następujące spostrzeżenia i uwagi. Choroba Glenarda występuje prawie tylko u kobiet, gdyż one niemal wyłącznie narażone bywają na działanie czynników etyologicznych, wywołujących opadnięcie trzew (enteroptozę). Bezpośrednimi zaś czynnikami są częste i ciężkie porody, niestósowne zachowanie się kobiet w połogu, noszenie wszelkiego rodzaju gorsetów, sznurówek, przepasek u spodnic, dalej ciężkie wstrząśnienia, wreszcie uciążliwa i ciężka praca po niedawno przebytych wyniszczających chorobach. Cierpienie to spotyka się najczęściej u kobiet z warstw biednych w wieku dojrzałym, kiedy najwięcej bywają narażone na ciężką pracę wśród warunków zupełnie niehigienicznych. U kobiet zamożnych przyczyną obniżenia trzew bywają najczęściej ciężkie i często porody, niestósowne zachowanie się w połogu, a najwięcej noszenie od młodych lat gorsetów, spychających trzewa na dół. Do czynników pośrednich należy wrodzone lub nabyte osłabienie układu nerwowego, ośrodkowego i obwodowego.

Dolegliwości, jakich spostrzegane chore doznawały, były prawie u wszystkich jednakie; a więc uczucie osłabienia, niechęć wskutek tego do pracy, bóle i zawroty głowy, bicie serca, obok przeważających objawów zaburzeń w przewodzie pokarmowym i cechujących bólów w dołku podsercowym i obu podżebrzach. Bóle te znikały lub zmniejszały się przy leżeniu spokojnem, natomiast zwiększały się przy chodzeniu, schylaniu się, pracy i t. p. Wstrętu do mleka, który, według Glenarda, ma być charakterystyczną cechą w tem cierpieniu, nie zauważono nigdy.

Badanie wykazywało u wszystkich prawie chorych złe odżywienie, bladość skóry i błon śluzowych, brzuch obwisły, powłoki brzuszne wiotkie, cienkie, — obniżenie żołądka, jelit i innych trzew jamy brzusznej. Tętnienie aorty i bolesność jej pnia znaleziono w 132 przypadkach; opadnięcie jelita poprzecznego w 15 przypadkach, zatem węzeł Glenarda niekoniecznie odpowiadać musi jelitu poprzecznemu, lecz pochodzić może od zgrubiałej krezki, od macalnej trzustki (6 przypadków), albo od ściągniętej sieci (7 przypadków). Obniżenie nerki prawej stwierdzono w 109 przypadkach, zaś obu nerek w 8 przypadkach. Wątroba ani razu nie była całkowicie opadniętą, tylko uległa obniżeniu w 68 przypadkach. Obniżenie śledziony spotkano u 50 chorych. Z powikłań u 39 chorych rozpoznano błednicę, u 17 gruźlicę płuc, obok tego w 34 przypadkach histeryę, w 7 neurastenię.

Leczenie polegało przedewszystkiem na polecaniu przez dłuższy czas bezwzględnego spokoju i dyety bardzo pożywnej, a łatwo strawnej. Dalej zalecano noszenie podpaski brzusznej, stósowano mięsienie i faradyzowanie powłok brzusznych, obok leczenia pojedynczych objawów.

W celach zapobiegawczych powinno się wzmacniać u dziewcząt ogólną budowę mięśni, a szczególniej polecać systematyczne ćwiczenia tłoczni brzusznej i zabronić noszenia gorsetów.

Dr. J. Latkowski.

Prof. Nikitin (Petersburg). **Przypadek rozległej promienicy z usadowieniem w mózgu.** (*Deutsche med. Wochenschrift Nr. 38, 1900*). U 37-letniej kobiety rozpoczęło się powyższe cierpienie w narządzie oddechowym, przeszło następnie na powłoki klatki piersiowej i tkankę podskórną (ropnie powierzchowne, zbadanie treści których stwierdziło promienicę) i usadowiło się wreszcie w mózgowiu, za czem przemawiały objawy znamienne, jak zawrót głowy, utrata przytomności, jednostronne drgawki, utrzymujące się z większem lub mniejszem natężeniem aż do zgonu chorej, a wreszcie badanie pośmiertne. Przy wywiadach chora podała, że przed kilkoma laty (choroba trwała 3 lata), podczas przebywania na „świeżem powietrzu“, miała zwyczaj trzymać w ustach źdźbło jęczmienne lub żytnie; tem bardziej dziwnem się wydaje, że promienica nie zagnieździła się piorwotnie w jamie ustnej, lecz w płucach. Podawanie w tym przypadku jodku potasowego w wielkich dawkach i przez dłuższy czas stwierdziło jedynie znaną rzecz, że środek ten nie zdoła rozwoju promienicy powstrzymać. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Löhnlein (Giessen). **Przyczynek do sprawy rozpoznawania gruźliczego zapalenia otrzewnej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 39, 1900). Do znanych już powszechnie objawów tego cierpienia dodaje autor i ten, że w przypadkach puchliny brzusznej gruźliczego pochodzenia nader często można stwierdzić różnicę w natężeniu wypuku obu stron okolicy podbrzusznej — w szczególności po stronie prawej bywa odgłos bębenkowy, podczas gdy po lewej wyraźnie przytłumiony. Autor tłómaczy ten objaw kurczeniem się schorzałej krezki, która pociąga jelita w stronę prawą, po lewej zaś gromadzi się wypocina. Drugą ważną, tu należącą cechą są większe lub mniejsze gruzełki, rozsiane po błonie surowiczej zatoki Douglasa, które stwierdzić można badaniem przez odbytnicę, czasem także przez pochwę. Wreszcie wspomina autor o rozpoznawczem nacięciu tylnej ściany pochwowo-brzusznej (*colpocoeliotomia posterior*), przez które można wprost wybadać jamę Douglasa i wyrobić sobie dokładny obraz gruźliczych zmian w tej okolicy; można także tą drogą wyciąć ostrożnie cząstkę błony surowiczej wraz z gruzełkami do badań drobnowidowych, — zabieg często z pomyślnym skutkiem stósowany przez autora w ostatnich latach. *Dr. Henryk Pisek.*

Muscatello i Ganditano (Neapol). **O zgorzeli gazowej.** (*Münch. med. Wochen.* Nr. 38, 1900). Z 5 przypadków operowanych z pomyślnym skutkiem wysnuwają autorowie następujące wnioski: 1) Głównymi cechami zgorzeli gazowej, wywołanej zwykle przez uraz, jest obumarcie i rozkład tkanki przy nadmiernem wy-

twarzania się gazów gnilnych i występowaniu objawów ogólnego ciężkiego zakażenia ustroju. 2) Cierpienie to, z którem się czasem łączy i zapalenie ropne, szybko się wzmaga i może w krótkim czasie (kilka godzin) zająć narządy wewnętrzne. 3) Rokowanie jest wówczas względnie pomyślne, jeśli całe ognisko zgorzelinowe zostaje otwarte szerokim cięciem, a obumarłe części tkanek usunięte (ewentualnie amputacya) i zastosowane energiczne odkażenie; opatrunek winien być zmieniany 5—6—7 razy dziennie. W zgorzeli gazowej, pozostawionej swemu losowi, rokowanie jest niepomyślne.

Dr. Henryk Pisek.

Petrucci (Parma). **Przyczynek do kazuistyki krwawień w przebiegu grypy.** *(Wiener medicin. Presse* Nr. 39, 1900). Przy sposobności opisu 11 przypadków grypy (influenzy), zaczerpniętych częścią z piśmiennictwa, częścią z własnego doświadczenia, zastanawia się autor nad częstością krwotoków, które przydarzały się podczas przebiegu grypy. Otóż najczęściej pojawiają się krwawienia z nosa, które z reguły nie wpływają ujemnie na przebieg choroby, chyba u osobników młodych i bardzo wycieńczonych. Mniej często występuje krwioplucie, — czasami tylko zaznaczone w postaci cienkich żyłek krwawych w plwocinie. Ponieważ objawowi temu nie towarzyszą ważniejsze zmiany w płucach, przyjmuje je autor jako wyraz przekrwienia w narządzie oddechowym. Rzadziej już napotkać można krwotoki maciczne, kiszkowe lub nerkowe; krwawienie spojówkowe opisał Gałęzowski.

Dr. Henryk Pisek.

Kaposi (Wiedeń). **O gruźlicy prosówkowej skóry i granicznych błon śluzowych.** *(Allgemeine Wiener med. Zeitung* Nr. 38, 1900). Po dłuższych wywodach i powołaniu się na przypadki chorobowe, twierdzi autor, że *a)* istnieje zmiana chorobowa skóry, dla której nazwa „gruźlica prosówkowa" *(tuberculosis miliaris s. propria cutis et mucosae orig.)* jest zupełnie usprawiedliwioną. Cierpienie to znamionuje się przedewszystkiem pojawieniem się bolesnych, płaskich i miękawych wrzodów o brzegach drobno nagryzionych. *b)* Rokowanie w tej postaci gruźlicy, jako zmiany miejscowej, nie jest bezwzględnie niepomyślne, albowiem nawet rozległe i rozproszone ogniska są uleczalne, a nie rzadko następuje samowyleczenie. *c)* Oczywiście cierpienie to jest wielce zawisłe od stanu zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych.

Dr. Henryk Pisek.

Kollarits (Peszt). **Rozpoznawcze znaczenie „paluchowego odruchu" Babińskiego.** *(Klinisch.-therap. Wochenschrift* Nr. 38, 1900). Autor zestawia wszystkie dotychczas w tym przedmiocie ogłoszone publikacye i dochodzi do wniosku, że znaczna większość badaczy potwierdziła spostrzeżenie Babińskiego. Wobec czego można utrzymywać, że odruch paluchowy umożliwia różniczkowe rozpoznanie porażeń czynnościowych od ustrojowych; nadto po udarowym urazie można wcześnie oznaczyć, która połowa ciała będzie porażoną. Z tego wynika, że w każdym podobnym przypadku należy śledzić za istnieniem lub brakiem odruchu paluchowego.

Dr. Henryk Pisek.

Gerhard (Berlin). **W sprawie zawierania małżeństw między chorymi gruźliczymi.** *(Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen.* Tom I. zeszyt 4). Że gruźlica może się przenieść z męża na żonę i naodwrót, jest powszechnie rzeczą znaną, nie mniej także znane są drogi, któremi zakażenie gruźlicze zwykło się w takich warunkach przenosić (spółkowanie, długoletnie oddychanie powietrzem zanieczyszczonem pyłem gruźliczym i t. d.). Także pożycie małżeńskie działa osłabiająco na mężczyznę, usposobionego do gruźlicy, czyniąc go mniej odpornym; — taki sam wpływ wywiera na chorowitą kobietę ciąża, poród i połóg. Autor, rozważywszy te i tym podobne czynniki, wypowiada zdanie, że kto raz zapadł na gruźlicę, winien cały rok po wyzdrowieniu poczekać, zanim wejdzie w związek małżeński. Wreszcie nadmienia, że przeciw nadmiernemu popędowi płciowemu u suchotników stosował z dobrym skutkiem lupulinę i kamforę; — korzystnie także działała digitalina w jednorazowych dawkach (wieczorem) po 0,0001—0,001.

Dr. Henryk Pisek.

Struppler (Berlin). **O wrzodzie gruźliczym żołądka na podstawie przypadku przewlekłej gruźlicy żołądka, z następowem zapaleleniem otrzewnej.** *(Zeitft. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen.* Tom I. zeszyt 4). Przypadek ten dotyczy 18-letniego mężczyzny, u którego wytworzył się rozległy wrzód żołądka, zajmujący pierścieniowato prawie cały odźwiernik, z następowem zapaleniem otrzewnej wskutek przedziurawienia ściany żołądkowej; nadto istniała gruźlica płuc i jelit. Autor tłómaczy powstanie owego wrzodu samozakażeniem przez połykanie plwocin, zasobnych w prątki gruźlicze, — wyklucza bowiem to cierpienie *per contiguitatem* z następujących przyczyn: *a)* zmiana chorobowa w żołądku jest na podstawie anatomo-patologicznej starszą (nadmierna wielkość wrzodu), aniżeli gruźlica jelit i z niej pochodzące gruźlicze zapalenie otrzewnej. *b)* W gruczołach krezkowych znachodzą się tylko drobne gruzełki, nie zupełnie zserowaciałe i z żołądkiem nie zrosłe, — sprawa więc chorobowa z gruczołów na żołądek nie przechodziła. *c)* Drogi naczyń krwionośnych również nie można przyjąć w tym przypadku, — albowiem przyszłoby do ogólnej gruźlicy prosówkowej, a nie do wytworzenia się jedynie wrzodu żołądkowego.

Dr. Henryk Pisek.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Baruch (Nowy-York). **Wodolecznictwo w zapaleniu płuc.** *(Blätter fur klinische Hydrotherapie* Nr. 9, 1900). Jak z jednej strony w przypadkach duru brzusznego zimne kąpiele (Brand) okazały się korzystnemi, tak z drugiej strony nie należy takich kąpieli stosować w zapaleniu płuc; — chory bowiem durowy łatwiej znosi zniżkę ciepłoty, czego w zapaleniu płuc stwierdzić nie można. W tej ostatniej chorobie stosuje się zwykle kąpiel, której ciepłota jest o 5° niższą, aniżeli ciepłota ciała danego chorego, używając każdym razem stopniowo zimniejszej wody; korzystnem jest w wodzie lekko chorego nacierać. Czasem można kąpiele zastąpić wilgotnemi zawijaniami, dając nadto powłokę z cienkiej flaneli. Ponieważ znaną jest rzeczą, że zabiegi te podnoszą czynność serca, wzmacniają układ nerwowy, usuwają bezsenność przez zniżenie gorączki i pobudzają do głębokiego oddychania, czynią przeto zadość wszystkim danym wskazaniom. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Rille (Insbruck). **Epikaryna w chorobach skórnych.** *(Die Heilkunde* Nr. 12, 1900). Nowy ten lek przedstawia się jako blado różowy, silnie kwaśno oddziałujący proszek, rozpuszczalny w wyskoku i eterze. Bardzo dobrze działa w lżejszych postaciach łuszczycy pospolitej jako 20% maść, n. p. *Epicarin. 20,00 Unguent. simpl. 100,00;* mniej skutecznie w cięższych przypadkach; — w każdym razie należy przed stosowaniem epikaryny, uwolnić zajęte miejsca od pokrywających łusek (zmywanie). W przypadkach świerzbu *(scabies)* również dobre były wyniki według następującej formułki: *Rp. Epicarin. 15,00 Sapon. virid. 50,00 Axung. porci 100,00 Cretae albae 10,00 M. f. unguent. D. S. Maść.*

Dr. Henryk Pisek.

Braun. **Leczenie gruźlicy płucnej tiokolem.** *(Klinisch-therap. Wochenschrift* Nr. 38, 1900). We wszystkich postaciach tego cierpienia, jak i w nieżytach oskrzelowych pochodzenia niegruźliczego, korzystny wpływ tiokolu „Roche" wybitnie się okazuje, — w szczególności zaś łaknienie się wzmaga, stan ogólny poprawia, kaszel i wyksztuszanie plwociny zmniejszały się w sposób zadziwiający, skutkiem czego bezsenność i poty znikały. Zwykła dawka wynosiła 0,5—1,00 kilka razy dziennie; te same wyniki były także po stosowaniu siroliny w odpowiednich dawkach.

Dr. Henryk Pisek.

Acetopyrina, — biały krystaliczny proszek przeciwgorączkowy, trudno rozpuszczalny w wodzie zimnej, w ciepłej łatwiej. Stosowany w przeszło 100 najrozmaitszych przypadkach chorobowych, znamionujących się podwyższoną ciepłotą ciała (dur, zapalenie stawów, zapalenie opon mózgowych i t. d.) z bardzo dobrym skutkiem. Ciepłota opada, obrzęki stawów i bolesność ustępują, przyczem nadmienić wypada, że w żadnym przypadku nie stwierdzono niekorzystnych ubocznych działań tak ze strony przewodu pokarmowego, jak i innych narządów. Podawano 3—5 grm. dziennie, 0,50 jednorazowo. *Wiener klin. Wochenschift Nr. 39, 1900.*

Dr. Henryk Pisek.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 23 maja 1900 r.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Rosner rozpoczyna zbiorowy referat o *ciąży zamacicznej* wykładem o jej etyologii, w którym zestawia starsze i nowsze

teorye, usiłujące wyświetlić właściwe przyczyny powstawania ciąży zamacicznej.

Kol. Doc. Braun omawia bardzo szczegółowo przebieg i sposoby rozpoznawania ciąży zamacicznej.

Kol. Doc. Świtalski rozpatruje ciążę zamaciczną z punktu widzenia anatomo-patologicznego, przy czem demonstruje 3 odpowiednie preparaty anatomiczne.

Kol. prof. Jordan omawia leczenie ciąży zamacicznej. — Po historycznym przeglądzie rozmaitych metod leczenia tego cierpienia, zestawia prelegent swoje poglądy w następujących punktach, które podaje jako rady dla praktycznych lekarzy: 1) Chorą z ciążą zamaciczną należy badać nadzwyczaj ostrożnie. 2) Chorą przenieść należy w warunki takie, by miała ciągłą opiekę lekarską (szpital, zakłady lecznicze), gdyż można śmielej zachowawczo postępować. 3) Chorą przenosić można tylko wtedy, gdy nie ma krwotoku, lub gdy krew już się otorbiła. 4) Bezwzględne wskazanie do operacyi występuje, gdy trąbka pękła, krew sączy się do jamy brzusznej i jest niedokrewność dużego stopnia. 5) Nie potrzeba się natomiast spieszyć z operacyą, gdy krew się zbiera między blaszkami więzadeł szerokich, gdy krwistek jest ograniczony. 6) Jeżeli w ostatnim przypadku wystąpi duża niedokrewność, należy badać zachowanie się krwisteku, gdyż od niego zależy dalsze postępowanie. I tak należy operować gdy *a)* krwistek wzrasta; *b)* gdy krwistek ulegnie ropieniu; *c)* gdy krwistek nie ulega długo wessaniu, a stosunki społeczne chorej nie pozwalają jej długo leżeć.

Dr. S. Droba, sekretarz doroczny.

Dnia 6 czerwca b. r. odbyło się z okazyi 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiell. *uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego* w Auli „Collegii novi", w którym wzięli liczny udział miejscowi i zamiejscowi lekarze, przybyli ze wszystkich stron Polski na uroczystość jubileuszową. Po wstępnem przemówieniu kolegi Przewodniczącego, tłómaczącem cel posiedzenia, wygłosił kol. Dr. August Kwaśnicki odczyt p. t.: Rys dziejów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. od najdawniejszych czasów do dni dzisiejszych, zakończony podniosłym i wzruszającym zwrotem, skierowanym do współczesnych profesorów, którym w imieniu zgromadzenia składał życzenia z powodu jubileuszu i w których ręce naród powierza losy „polskiego Araratu", jak nazwał Uniwersytet krakowski, wymagającego obecnie więcej, niż kiedykolwiek, pieczy i starania z ich strony

Dr. S. Droba, sekretarz doroczny.

VI. **Pogląd na rozwój nauki o chorobach dzieci, obok innych gałęzi nauk lekarskich i przyrodniczych.**

Odczyt **Rektora prof. Dra Macieja Jakubowskiego** w Auli Uniwersyteckiej przy otwarciu r. szk. 1900—1901 d. 8 października.

Od najdawniejszych czasów do doby dzisiejszej nauka o chorobach dzieci nie była i nie jest uprawianą w tej mierze, jak na to zasługuje. Wina nie leży tu wyłącznie po stronie lekarzy, ale w znacznej części tkwi w ogólnych pojęciach, urządzeniach i stosunkach społecznych.

W zamierzchłej starożytności narody, przodujące w kulturze, Grecy i Rzymianie, uważali dziecię w pierwszych dniach po urodzeniu za tak wątłe stworzonko, iż troskę o byt i istnienie jego pozostawiali do pewnego czasu losowi, o czem dowiadujemy się z zapisków, wyjętych z dzieł Arystotelesa i Plutarcha: „Iure veteres tam Graeci, quam Romani ante octavam diem pueris nomina imponenda noluerint; quod scilicet hoc tempore neque vita, neque sanitas, sit tuta".

W wiekach średnich, przy zaludnianiu się osad i miast, spotykamy w stolicach i większych miastach szpitale, przytułki i schroniska dla dorosłych i starców, lecz bardzo mało troszczono się o wznoszenie zakładów w celu niesienia pomocy ubogiej dziatwie wśród choroby.

W czasach obecnych, pomimo że nauka o chorobach dzieci jest w całej pełni samodzielną specyalnością, zastępowaną we wszystkich krajach przez licznych pracowników, starających się tę ważną gałęź wiedzy lekarskiej rozwijać i posuwać naprzód z innemi naukami, jest ona jednak dotąd wliczaną w programie nauczania w poczet przedmiotów nadzwyczajnych, wskutek czego wielu lekarzy wcale się nie troszczy podczas studyów o nabycie ogólnych wiadomości z zakresu chorób dzieci, a na wielu Uniwersytetach nie ma nawet do dziś dnia urządzonych przy wydziałach lekarskich klinik dla chorób dziecięcych, i przedmiot ten wcale nie bywa wykładany. Wogóle bez przesady powiedzieć można, że po wszystkie czasy rodziny, a względnie rodzice, troszczą się i dbają o swoje dzieci, oddając dla nich zdrowie i mienie; społeczeństwa zaś nie roztaczają nad ogółem dzieci, nad ich życiem i zdrowiem, tej opieki, jaka im się słusznie należy, jako przyszłym obywatelom kraju.

Przytoczone tutaj stosunki ogólno-społeczne musiały wywierać wpływ niekorzystny na rozwój i postęp naukowy tego ważnego odłamu wiedzy lekarskiej.

W pozostałych nam w spuściźnie dziełach zamierzchłej starożytności nieliczne znachodzimy wzmianki o rozpoznawaniu i leczeniu chorób w pierwszych latach życia człowieka. W wiekach średnich, gdy po wynalezieniu sztuki drukarskiej (1500) wymiana myśli stała się łatwiejszą i zaczęto ogłaszać drukiem nietylko z mozołem przepisywane rękopisy starożytnych pisarzy klasycznych, ale także prace współczesnych lekarzy, spotykamy się jako z jednem z pierwszych dzieł, zajmujących się wyłącznie opisem chorób dzieci, wydanem w Wenecyi w r. 1583 p. t.: „De morbis puerorum tractatus locupletissimi variaque doctrina referti non solum Medicis, verum etiam Philosophis magnopere utiles; Ex ore Excellentissimi Hieronymi Mercurialis Foroliviensis Medici clarissimi diligenter excepti, atque in Libros tres digesti: „Opera Iohannis Chroszieyoioskij cum licentia, et privilegio".

Uważam za stósowne skreślenie kilku szczegółów, odnoszących się do tego dzieła. Już z karty tytułowej pokazuje się, że Hieronymus Mercurialis, (którego Sprengel [1]) w „Historyi medycyny" zalicza do najlepszych komentatorów pisarzy starożytnych, a głównie Hippokratesa), jako profesor na wydziale lekarskim uniwersytetu padewskiego, miewał osobne wykłady o chorobach dzieci, które spisał i ogłosił drukiem uczeń jego, a rodak nasz Jan Chrościejowski.

W załączonej przedmowie autor poświęca swe dzieło senatowi poznańskiemu, składając dzięki za otrzymane dobrodziejstwa, z czego wnosić można, że Chrościejowski, zapewne urodzony i wychowany w Poznaniu, otrzymał od senatu tegoż miasta zasiłek, w celu odbywania studyów lekarskich poza granicami kraju. Obok przedmowy znajdujemy wierszem miarowym spisany „Epigrammation", ułożony przez Węgra Franciszka Hunnyadina, którego zapewne bliższe stosunki koleżeństwa i przyjaźni łączyć musiały z Chrościejowskim, a co wydaje nam się bardzo naturalnem, biorąc pod uwagę, że ludzie ci, jako koledzy, spotykają się na uniwersytecie padewskim pod koniec szesnastego wieku, gdy w Polsce panuje Stefan Batory, a w kraju naszym wszystkie stany łączą się i sympatyzują z Węgrami. Treść

[1]) Sprengel Kurt: „Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneykunde". — Halle 1827 część III, pag. 158 i 161.

dzieła pod względem lekarsko-historycznym jest badzo ciekawą i pouczającą. Już w pierwszym rozdziale autor zadaje sobie (dziś bardzo naiwnie przedstawiające się) pytanie: czy lekarz ma się zajmować leczeniem dzieci? „Qui et quot sint morbi pueriles, et an sint curandi a Medico?“ Postawienie tego pytania świadczy dowodnie, że pod koniec XVI wieku lekarze, zostający pod wpływem starożytnej kultury medycznej, bardzo mało zajmowali się jeszcze chorobami dzieci i że troska o ich zdrowie i życie pozostawała przeważnie z konieczności w ręku zawsze troskliwych, ale równocześnie trwożliwych matek lub otaczających je niewiast. W dalszym ciągu książka zawiera opis nielicznych chorób dzieci, składający się z komentowanych cytatów, wyjętych z dzieł starożytnych pisarzy, a głównie Hippokratesa, Galena i Aviceny.

Z XVII i XVIII stulecia pozostało w spuściźnie literackiej kilkanaście (około 20) dzieł o chorobach dzieci, przeważnie spisanych w językach francuskim, angielskim i niemieckim, świadczących, iż w owym czasie odczuwano już potrzebę podejmowania badań naukowych i spisywania osobnych dzieł w tym przedmiocie. Lecz z przeglądu krytycznego i zestawienia porównawczego powyższych prac okazuje się, że na poważny okres dwóch wieków postęp tej gałęzi nauk nie był znaczny.

Szybki rozwój pedyatryi, jako samoistnej specyalności, na gruncie słabo wprzód przygotowanym, rozpoczyna się dopiero z początkiem XIX stulecia, gdy przy rozwiązywaniu wielu spraw społecznych przez socyologów, filantropów i lekarzy, między innemi zajęto się także sprawą zakładania osobnych szpitali dla dzieci. Jak ważną rolę odgrywają one w stosunkach społecznych, okazuje się to dopiero przy ich istnieniu. Jako zakłady humanitarne idą one z pomocą najuboższej klasie ludności, przyczyniając się do ulgi w tym kierunku i zaspokojenia pracujących warstw społeczeństwa, że mimo różnych braków i niedostatku, przynajmniej ukochane przez nich dzieci mają zapewniony ratunek i opiekę w czasie choroby. Równocześnie szpitale dla dzieci, jako zakłady naukowe, przyczyniają się do kształcenia dla ogółu społeczeństwa dobrych i doświadczonych lekarzy w zakresie pedyatryi. — Wreszcie, dla stałych pracowników, zajmujących się tym przedmiotem, otwierają szerokie pole do obserwacyi, dając możność do ściślejszych badań naukowych.

Pierwszy szpital dla dzieci otwarty został w Paryżu roku 1802 za czasów pierwszej Rzeczypospolitej w tak wielkich rozmiarach, iż wkrótce po założeniu leczono w nim stale od dwóch do trzech tysięcy dzieci. Za przykładem Francyi stopniowo idą inne kraje. Dopiero w r. 1834 powstaje szpital dla dzieci w Petersburgu na 60 łóżek, wkrótce zwiększony do 100; w Wiedniu spotykamy się w r. 1837 z małym prywatnym szpitalem dla dzieci, który, rozwijając się stopniowo, dopiero w roku 1848, po zbudowaniu dlań osobnego gmachu, stał się zakładem, odpowiadającym swemu zadaniu. W tym to szpitalu pod wezwaniem św. Anny umieszczoną i otwartą została w r. 1850 pierwsza w Austryi i w Niemczech klinika pedyatryczna. Dopiero w drugiej połowie XIX wieku we wszystkich krajach Europy, głównie staraniem lekarzy, wspieranych ofiarami osób dobroczynnych, powstają i rozwijają się szpitale dla dzieci, mnożąc się z każdym rokiem. Obecnie we wszystkich stolicach krajów Europy, w miastach, gdzie znajdują się Uniwersytety, istnieją większe lub mniejsze szpitale dla dzieci, ale przeważnie wszystkie jako zakłady prywatne, dobroczynne. W ziemiach polskich mamy dzisiaj dwa szpitale dziecięce w Warszawie, a po jednym w Krakowie, Lwowie i Poznaniu.

Licznie gromadzący się chorzy w szpitalach dla dzieci z różnorodnemi cierpieniami, dali możność pracującym w nich lekarzom dokładnego i ścisłego obserwowania przebiegu chorób, śledzenia i dociekania właściwości i odrębności cierpień dziecięcego wieku. Ponieważ Francya blizko o lat 40 wyprzedziła Niemcy i inne kraje w zakładaniu większych, odpowiadających potrzebom społecznym i naukowym szpitali dla dzieci, przeto tamże spotykamy się z pierwszymi w ścisłem tego słowa znaczeniu pedyatrami zawodowymi. Oni to, opierając się na własnych dokładnych obserwacyach klinicznych i na badaniach pośmiertnych zwłok, nowy nadali kierunek nauce o chorobach dzieci. Pierwsze, opierające się na podstawach anatomo-patotogicznych dzieła, wydają: Billard w r. 1828 [2]), Valleix w r. 1838 [3]). W tymże samym kierunku, na podstawie samoistnych badań anatomopatologicznych osnute dzieło wydaje w Niemczech dopiero Bednar w r. 1850 [4]). Na podstawie obfitego materyału kazuistycznego, zebranego w szpitalach francuskich, wydają w r. 1845 obszerne trzech-tomowe dzieło o chorobach dzieci Rilliet i Barthez [5]), które nie tylko doczekało się we Francyi kilku wydań, lecz także przełożone zostało na język niemiecki i angielski. W drugiej połowie XIX wieku we wszystkich językach pojawiają się liczne podręczniki o chorobach dzieci, lecz nie tu jest miejsce, by się zajmować ich wyliczaniem i ocenianiem; nie można jednak pominąć milczeniem, że przy szybkim rozwoju pedyatryi i wzmagającej się liczbie lekarzy, poświęcających się temu przedmiotowi, wydane zostały w ostatnich czasach dwa obszerne zbiorowe dzieła o chorobach dzieci; z tych jedno sześcio-tomowe w języku niemieckim, staraniem prof. Gerhardta [6]); drugie pięcio-tomowe w języku francuskim, ułożone pod kierunkiem Granchera, Combyego i Marfana [7]).

Przypatrzmy się bliżej warunkom, wśród których rozwijała się ta nowa, dotąd tak mało uprawiana, specyalność:

Pierwsza generacya lekarzy, rozpoczynająca prace swe w szpitalach dziecięcych, przed wstąpieniem do nich kształciła się już to w klinikach, już to w szpitalach, przeznaczonych dla osób dorosłych; była więc ona w ścisłem słowa znaczeniu generacyą internistów, która dopiero, stykając się z choremi dziećmi, wyrabiała się na pedyatrów. Owóż obserwacye tej generacyi lekarzy, opierające się na porównywaniu znanych spraw chorobowych u dorosłych z takiemiż u dzieci, wykazywały i stwierdzały na każdym kroku mniejsze lub większe różnice w ich przebiegu i wyniku. Początkowo wy-

---

[2]) Billard C.: „Traité des Maladies des Enfants nouveaux-nés et a la mamelle“. Paris 1828.

[3]) Valleix F.: »Clinique des Maladies des Enfants nouveaunés«. Paris 1838.

[4]) Bednar Alois: »Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte». Wien 1850.

[5]) Rilliet F. et Barthez E.: „Traité clinique et pratique des Maladies des Enfants“. Paris 1845. (I. Ed.)

[6]) Gerhadt C. (wydawca): „Handbuch der Kinderkrankheiten„. Tübingen 1877 — (II. Ed. 1882).

[7]) Grancher I. Comby I. Marfan A—B. (wydawcy): „Traite des Maladies de l' enfance„. Paris 1897.

jaśnienie tych różnic było dla nich trudne, gdyż szczupłe były wiadomości zasadnicze co do własności anatomicznych tkanin i czynności fizyologicznych poszczególnych narządów w różnych okresach życia człowieka. Jak klinicysta w ubiegłych wiekach mało tylko i mimochodem zajmował się gruntowniejszemi badaniami spraw chorobowych u dzieci, tak również dawniejsi anatomowie i fizyologowie nie podejmowali porównawczych badań nad tkaninami i czynnościami narządów osób dojrzałych, w porównaniu do tkanin i narządów u rozwijających się i rosnących dzieci. Nowocześni pedyatrzy dopiero, spotykając się przy obserwowaniu chorych w szpitalach i wykonywaniu sekcyi na zwłokach dzieci z rozlicznemi wątpliwościami co do stosunków anatomicznych i fizyologicznych, doszli do przekonania, że prace ich, dążące do dokładnego zbadania zjawisk chorobowych, tak długo pozostaną niedokładne i niejasne, dopokąd nie będą zbadane wszystkie szczegóły, odnoszące się do rozwijania się ustroju dziecięcia w stanie zupełnego zdrowia. Wszakżeż przyrodnicy, a przedewszystkiem botanicy nie ograniczają się na poznawaniu roślin i drzew w okresach, gdy już kwitną i wydają owoce, lecz śledzą za ich rozwojem od czasu, gdy zaczynają kiełkować. Takoż i człowiek od urodzenia aż do dojrzałości ulega stopniowym przeobrażeniom tkanin, powiększaniu się i doskonaleniu poszczególnych narządów. Jeżeli wśród owych rozwojowych czynności przydarzy się jakaś choroba, to z jednej strony wstrzymuje ona lub upośledza dalszy rozwój tkanin, z drugiej znów strony słabo jeszcze rozwinięte narządy i niedojrzałe tkaniny wpływają na odmienny przebieg i cały obraz kliniczny sprawy chorobowej, którego nie można zwać wyjątkowym, lecz właściwym okresowi wieku dziecka, w którym się owa choroba jawi. (Dok. nast.)

VII. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

II.

Sto lat upłynęło od wiekopomnego wynalazku Jennera. Zdawałoby się, że pożyteczność istotna szczepienia krowianką została udowodnioną praktycznie i teoretycznie; a jednak nie wielka tylko liczba krajów zdołała wyzwolić się z pod bicza ospy, która przed Jennerem, niemniej jak mór, dziesiątkowała ludzkość.

Sądząc z liczb statystycznych, uwidocznionych na Wystawie, Niemcy, Szwajcarya i Szwecya osiągnęły najlepsze wyniki z obowiązkowego szczepienia i rewakcynacyi: śmiertelność z ospy w tych krajach wynosi 2 do 4 zgonów na 10 milionów. W innych krajach śmiertelność ta, począwszy od r. 1870, stopniowo się obniża i są to jednak kraje, w których prawo, ze względu na osobistą wolność, nie zobowiązuje do szczepienia, aczkolwiek zaleca je i ułatwia. Na milion mieszkańców we Włoszech umierało z ospy rocznie między r. 1887 a 1893 osób 293; liczba ta w r. 1898 obniżyła się do 12; w Anglii — z 17 do 0,8; w Szkocyi — z 5 do 0,47; w Austryi — z 366 do 37; w Węgrzech — z 439 do 133; w Belgii — z 216 do 20. W Petersburgu w roku 1890 umarło z ospy osób 105 na milion mieszkańców; liczba ta w r. 1897 obniżyła się do 21. W Paryżu liczba zgonów z ospy spadła z 980 w r. 1880 na 30 w r. 1890, na 10 w r. 1895, na 1 w r. 1899. Liczby przytoczone dają należyte wyobrażenie o uzyskanym postępie i wskazują, na jakiej drodze dojść można będzie do całkowitego pozbycia się ospy. Wyznać jednak należy, że do zupełnego bezpieczeństwa Europa prędko dojść nie będzie mogła: stosunek kolonialny z oddalonymi lądami, zamieszkałymi przez ludy półdzikie, zagrażać będzie jeszcze długo Europie, a tem samem zmuszać kraje europejskie do niezaniedbywania tak wypróbowanego środka, jakim jest szczepienie ochronne. Zaniedbanie się takie ciężko już nieraz opłaciła Anglia i Francya wybuchem morderczej i groźnej epidemii. Posiadając znakomicie urządzone szpitale dla ospowych, Anglicy mają bardzo wielką wiarę w skuteczność odosobnienia i z tego może powodu między Anglikami jest tylu przeciwników szczepienia. Na Wystawie, w oddziale angielskim, znajdują się plany tych szpitali dla odosobnienia chorych na ospę; doświadczenie jednak przekonało, że wyniki szczepienia obowiązkowego są lepsze, niż te, które daje samo odosobnienie.

W pawilonie duńskim znajduje się gabinet do leczenia chorych na ospę metodą Finsena. Drzwi gabinetu pokrywa wielka zasłona barwy czerwonej; szyby w oknach są również czerwone, nie przepuszczające promieni chemicznych, które, według Finsena, mają wpływać pobudzająco na sprawy ropienia. Poważna liczba, bo 150, spostrzeżeń, odnoszących się do leczenia chorych na ospę metodą Finsena, zdają się potwierdzać jej skuteczność.

W początkach drugiej połowy kończącego się stulecia wiele bardzo zastanawiano się w Paryżu nad pytaniem, czy szczepiąc limfę z dziecka na dziecko można przenieść i zarazek kiły wraz z szczepionką. Rozprawy nie przekonały wątpiących. To spowodowało lekarzy francuzkich Lanoixa i Chambona do wznowienia szczepienia krowianką, zbieraną ze zwierząt; poparci przez powagi lekarskie, założyli oni w Paryżu r. 1864 Instytut szczepienia. Przykład ten znalazł naśladowców w innych krajach i od tej chwili szczepienie krowianką wydoskonaliło się i rozpowszechniło.

Założyciel paryskiego instytutu szczepiennego, dr. Chambon, który do tej pory stoi na czele tego zakładu, wystawił w pawilonie dla higieny figury woskowe, fotografie i rysunki, na których przedstawił rozwój szczepiankowej krosty na zwierzęciu, oraz uprzystępnił uzmysłowianie wszelkich zabiegów, dotyczących zbierania i przechowywania limfy szczepiankowej. W pawilonie kolonij wystawione są okazy szczepionki, przeznaczone do przewozu w dalekie kraje.

Niemcy i Szwajcarya wystawiły w tym zakresie seryę przyrządów, używanych do zbierania i przechowywania szczepionki, i plany licznych instytutów szczepienia w tych krajach; liczne rysunki przeznaczone są do stwierdzenia tożsamości zarazka ospy i osutki krowiankowej.

Wystawa wiedeńskiego Instytutu szczepiennego przedstawia się najlepiej i daje najwięcej pouczające wyobrażenie, jak należy postępować przy przygotowywaniu szczepionki i jej stósowaniu u człowieka, ażeby zasady aseptyki zostały w całej pełni przestrzegane. Postępowanie to polega na tem, że miejsce przeznaczone do szczepienia na bydlęciu się goli obnażoną skórę odkaża 2% lysolem, następnie zmywa się ją wodą wyjałowioną; szczepienie odbywa się przez nacięcia równoległe do osi zwierzęcia, a następnie przykrywa się te miejsca tegminą (maść, w skład której wchodzą: wosk, guma arabska, gliceryna, woda i tlenek cynkowy) i pokładem waty, którą się zmienia co 2 dni: pod osłoną krosta nabiera, poczem we właściwym czasie zbiera się limfa. Rozcieranie limfy odbywa się w naczyniu szklanem bez przystępu powietrza, następnie zbiera się ją do szklanego słoja (cylindra), zkąd. za pomocą pompki, napełnia się rurki rozmaitej objętości, które zamyka się z zachowaniem największej ostrożności. Szczepionki tej nie używa się bez zrobienia dwóch zbadań bakteryologicznych. Po zaszczepieniu na człowieku pokrywa się nacięcia tegminą i pokładem waty, który przytrzymuje się w ciągu trzech dni opaską. W okresie podsychania, w celu jego przyspieszenia, używa się posypki, złożonej ze skrobi, talku aa 40,0, dermatolu i tlenku cynkowego aa 10 0. Znajdujemy tu jeszcze figurę woskową, fotografie, przyrządy, narzędzia i t d., znakomicie ilustrujące ten dział austryackiej Wystawy.

W blizkości oddziału austryackiego znajduje się izba w sekcyi rosyskiej, cała poświęcona krowiance, a zwłaszcza

jej wynalazcy, Jennerowi: środek sali zdobi popiersie Jennera; na ścianach rozwieszone są medale, rysunki, malowidła, dyplomy nadane Jennerowi, jako wyraz wdzięczności narodów i panujących. Wystawiono tu również wszystkie narzędzia, używane do szczepienia, oraz znaczną liczbę ramion z wosku, przedstawiających różne okresy rozwoju krost ospy nabytej i szczepionej.

Osobna tablica przedstawia doświadczenia dr. Huberta, wykonane w celu ścisłego określenia pory, w której odporność przeciw ospie wskutek szczepienia napewno została już nabytą. Badacz ten szczepił krowiankę na palcu nadliczbowym 11 dzieciom, ulegającym temu zboczeniu, a następnie kolejno te palce odejmował między 5 a 15 dniem: odporność występowała wyraźnie już w 7-ym dniu, w 15-ym zaś była zupełną.

Przejrzawszy wszystko, co z zakresu szczepienia przeciw ospie znajduje się na Wystawie paryskiej, nabiera się przekonania (jeśli ktoś jeszcze pod tym względem potrzebuje być przekonywanym), że dzięki obfitości i taniości krowianki, jak nie mniej dzięki ścisłej aseptyce, ludzkość posiada w krowiance środek zupełnie pewny zabezpieczenia się przeciw jednej z najgroźniejszych chorób. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya neurologiczna.

Zestawił Dr. B. Kupczyk.

(Dokończenie).

O istocie odruchów ścięgnistych.

Sherrington (Liverpool) rozróżnia dwa rodzaje odruchów ścięgnistych: 1) prawdziwe odruchy rdzeniowe i mózgowo-rdzeniowe, pochodzące ze ścięgien; 2) odruchy wrzekome, pospolicie zwane odruchami ścięgnistymi lub wstrząśnieniami (secousses), według autorów angielskich i amerykańskich. Pierwsze są łatwo do wytłómaczenia. Ścięgna zawierają narządy końcowe nerwów dośrodkowych, które można pobudzić zapomocą mechanicznych sposobów, a bezpośrednią przyczyną ich pobudzenia jest prawdopodobnie naciągnięcie ścięgna. Typ drugich stanowi odruch kolanowy, który jest bezpośrednią odpowiedzią mięśnia na nagło mechaniczne naciągnięcie. Istnienie odruchu kolanowego zależy od dostatecznej pobudliwości mięśnia, tej zaś warunkiem jest nienaruszony związek mięśnia z jego neuronami ruchowymi w rdzeniu, oraz z drogami dośrodkowemi rdzenia, które regulują napięcie mięśnia. Autor zwraca uwagę, że wzmożona czynność neuronów ruchowych, które zaopatrują zginacze kolana, może osłabić czynność ruchowych neuronów mięśnia wyprostnego.

E. Jendrassik (Budapeszt) przypisuje napięciu mięśniowemu wielki wpływ na odruchy ścięgniste. Współczesne teorye nie wyjaśniają dostatecznie zaniku odruchów kolanowych w uwiądzie rdzenia; prawdopodobnie osłabienie napięcia mięśniowego jest zwykłą przyczyną. Zanik odruchów kolanowych nie dowodzi wcale całkowitego poprzecznego przecięcia pierwiastków nerwowych rdzenia.

Van Gehuchten (Louvain). Dotychczas kładziono główny nacisk na badanie odruchów ścięgnistych, a zbyt mało poświęcano uwagi odruchom skórnym i nie badano ich metodycznie. Ztąd pochodzi, że nie posiadamy dokładnego wyobrażenia o prawidłowem natężeniu n. p. odruchu brzusznego. Autor, który przez kilka miesięcy zajmował się badaniem odruchów skórnych kończyn dolnych w różnych chorobach ośrodków nerwowych, przekonał się, że badanie odruchów skórnych może często dostarczyć użytecznych wskazówek. Z badań tych wynika, że w wielkiej liczbie przypadków istnieje rodzaj przeciwieństwa między odruchami skórnymi i ścięgnistymi, a mianowicie wzmożenie odruchów ścięgnistych przy równoczesnem upośledzeniu odruchów skórnych, lub też naodwrót, — zanik odruchów ścięgnistych, idący w parze z prawidłowym stanem odruchów skórnych. Mowca wykazuje na szeregu faktów klinicznych zupełną niezawisłość odruchów ścięgnistych od skórnych, która objawia się w różnych chorobach, jak n. p. w organicznem porażeniu połowiczem, w spastycznem porażeniu pochodzenia rdzeniowego, w sprawach uciskowych rdzenia. Przeciwieństwo, istniejące pomiędzy obiema rodzajami odruchów, zasługuje na uwagę z fizyologicznego punktu widzenia, pozwala bowiem wysnuć przypuszczenie, że mechanizmy, które nimi kierują, muszą być odmienne. I tak, odruchy skórne warunkują się całością dróg wiodących podniety przez rdzeń do kory mózgowej, podczas gdy ścięgniste należą do dróg, kończących się w śródmóżdżu. Jednak drogi korowo-rdzeniowe zdają się wywierać tam wpływ tamujący na odruchy ścięgniste, ponieważ przerwanie ich wywołuje wzmożenie ostatnich.

W celu sprawdzenia tych faktów powinniśmy mieć możność badania stanu odruchów ścięgnistych i skórnych w przypadkach tego rodzaju, gdzie znachodzą się odosobnione zaburzenia jednych lub drugich dróg. Tymczasem odosobnione przerwanie dróg dla odruchów ścięgnistych, kończących się, jak wyżej powiedziano, w śródmóżdżu, nie jest jeszcze znanem, natomiast zdarza się bardzo często w drogach korowo-rdzeniowych, stanowiąc podkład anatomiczny organicznych porażeń połowiczych. Jeżeli więc nasze pojęcia o pochodzeniu odruchów są ścisłe, powinniśmy tu znaleść osłabienie lub zanik odruchów skórnych, oraz wzmożenie odruchów ścięgnistych z powodu usunięcia podniet tamujących. To ostatnie napotyka się stale, z czego wynika, że odruchy ścięgniste nie odznaczają się pochodzeniem korowem, że ich mechanizm kończy się pod korą mózgową. Co się tyczy odruchów skórnych, to dokładne badanie przypadków porażenia połowiczego okazuje prawie zawsze mniejszy lub większy stopień upośledzenia, albo całkowity ich zanik, zależnie od miejsca i wielkości ogniska chorobowego. Obecność zatem odruchów skórnych w niektórych przypadkach porażenia połowiczego nie przemawia przeciwko ich korowemu pochodzeniu i tylko wtedy mogłaby stanowić poważny zarzut, gdyby zdołano udowodnić, że w tych przypadkach wszystkie włókna korowo-rdzeniowe uległy przerwaniu. Przeciwnie zaś, zanik odruchów skórnych w wielkiej liczbie porażeń połowiczych dowodzi niezaprzeczenie, że drogi korowo-rdzeniowe odgrywają w mechanizmie tych odruchów czynną rolę.

Choroby tylnych sznurów rdzenia z wyłączeniem uwiądu.

L. Dana (New-York) przechodzi sumarycznie choroby tylnych sznurów rdzenia, omawia bezład ostry pochodzenia rdzeniowego (acute spinal ataxia) i przytacza spostrzeżenia Leydena i innych, odnoszące się do bezładu ostrego wskutek zaburzeń opuszkowych, opisuje przypadki ostrych chorób sznurów tylnych rdzenia i choroby sznurów tylnych w przebiegu chery, niedokrewności i zakażeń.

M. Bruce (Edynburg). 1. Oprócz wiądu, bywają zaburzenia w sznurach tylnych w całej ich długości, z wyjątkiem okolicy krzyżowej.

2. Nowotwory mózgu. Choroby tylnych sznurów powstają prawdopodobnie skutkiem wstępujących zwyrodnień korzonków, uszkodzonych przy wejściu do rdzenia przez opony, napięte zbyt wielką ilością płynu mózgowo-rdzeniowego, lub przez działanie toksyn, w myśl teoryi Obersteinera i Redlicha.

3. Syringomyelia. Obrażenia mają siedzibę: *a)* poza tylnem spojeniem; *b)* wzdłuż środkowej przegrody; *c)* jako wązki pas pomiędzy sznurami Golla i Burdacha.

4. „Ataxia Friedreicha". Głównem schorzeniem jest stwardnienie sznurów tylnych i przednio-bocznych. Co się tyczy tylnych sznurów, stwardnienie istnieje najczęściej w dolnej okolicy grzbietowej i zmniejsza się ku górze i ku dołowi.

5. Skombinowane stwardnienie sznurów tylnych i przednio-bocznych. To określenie obejmuje kilka chorób: rumień lombardzki (pellagra), ataktyczne porażenie Gowersa, „combinirte System-Erkrankung" autorów niemieckich, skombinowane zwyrodnienie w przebiegu ciężkiej niedokrewności, podostre złożone zwyrodnienie autorów angielskich.

A. Homén (Helsingfors) znajduje schorzenia tylnych sznurów w następujących chorobach:

1. Porażenie postępowe okazuje zmiany, podobne jak w wiądzie; różnice dotyczą tylko ilościowego udziału różnych systemów włókien i różnych odcinków rdzenia; 2. trąd; 3. nowotwory śródczaszkowe; zmiany dotyczą głównie włókien śródrdzennych; 4. zapalenia nerwów obwodowych; 5. przewlekłe zatrucie wyskokiem; zmiany w zgrubieniu lędźwiowem (mniej w zgrubieniu szyjnem) i w górnej części rdzenia, wyraźne zmiany w sznurze Golla; we wszystkich przypadkach zgrubienie przegród i ścian naczyniowych; 6. rak: rzadko zmiany tylnych korzonków pozardzennych, częściej zmiany korzonków śródrdzennych, choć mało wyraźne; 8. ciężkie postacie niedokrewności: schorzenia rozpoczynają się w postaci plam lub pasów w pewnej odległości od obwodu we wnętrzu tylnych sznurów, przeważnie koło naczyń; 8. stwardnienia, zwane złożonemi systematycznemi: zmiany sznurów tylnych polegają na powstawaniu ognisk zwyrodnienia lub zapalenia. Te ogniska, połączone często ze zmianami w naczyniach, rozpoczynają się i rozszerzają, przynajmniej z początku, wzdłuż przegród i naczyń; 9. uwiąd starczy: zagęszczenie mniej lub więcej rozlane neuroglii z zanikiem włókien nerwowych, przeważnie w sąsiedz-

twie naczyń, mniej lub więcej zgrubiałych, i zawsze głównie w tylnych sznurach.

Schorzenia w przebiegu ostrych zakażeń, zwane myelitycznemi, nie przeważają w tylnych sznurach. Zmiany czysto kiłowe rdzenia, zależne od zmian w oponach lub naczyniach, lub od nich niezależne, nie okazują szczególnej skłonności do zajęcia tylnych sznurów. Wyjaśnienia faktu, dlaczego w wielkiej liczbie różnych chorób zajęte są jedynie tylne sznury lub zajęte są więcej, aniżeli inne, należy szukać, przynajmniej w znacznej części, w ich układzie anatomicznym, w przebiegu korzonków śródrdzennych z ich nagłemi zgięciami i ich stosunkiem do sąsiednich włókien, w stosunku tylnych sznurów do nerwów obwodowych. Ten stan rzeczy czyni tylne sznury mniej odpornymi, niż inne i wystawia je w wysokim stopniu na drażniące wpływy, pochodzące z nerwów obwodowych.

† Profesor EDWARD ALBERT

Urodzony z ubogich rodziców, z pochodzenia i przekonania Czech, — dobija się ś. p. Edward Albert w niemieckich uniwersytetach najpierw w Innsbruku, później w Wiedniu stanowiska profesora chirurgii. Sama ta okoliczność świadczy znamiennie o ówczesnej nauce wiedeńskiej i jej przedstawicielach z jednej strony, a z drugiej o umyśle i charakterze zmarłego, po którym przyoblekła dnia 26 września b. r. żałobę nauka lekarska, uczniowie i Jego kochana ojczyzna.

Nauka straciła w Nim skrzętnego i głębokiego pracownika, uczniowie znakomitego, szanowanego i kochanego nauczyciela, a naród czeski wielkiego, dobrego i użytecznego obywatela.

Ś. p. Edward Albert ujrzał światło dzienne dnia 20 czerwca 1841 roku w Żamberku w Czechach. Po ukończeniu nauk gimnazyalnych w kraju ojczystym, udał się do Wiednia, zapisując się tu w poczet słuchaczów wydziału lekarskiego. Czas jego studyów uniwersyteckich przypada na chwilę największego rozkwitu nauk lekarskich w Wiedniu, co nie mogło zostać bez wpływu na wrażliwy i niepospolity umysł Alberta. Początki studyów przepędził wśród troski o codzienny byt, a polepszenie stosunków nastąpiło dopiero z chwilą wejścia w dom Rokitańskiego, który wnet zwrócił uwagę na niepospolite zdolności Alberta. Dom ten miał duże znaczenie w ukształtowaniu się jego przyszłości, tu bowiem zapoznał się z prof. Skodą, za którego wpływem dostał się później na katedrę wiedeńską.

Po świetnem ukończeniu studyów lekarskich, uzyskał Albert dyplom doktorski w r. 1867 i rozpoczął praktykę szpitalną na oddziele Lorinsera. Wkrótce przeszedł, jako praktykant, na klinikę chirurgiczną Dumreichera, gdzie odznaczywszy się prędko, szczególnie w kierunku bystrego rozpoznawania chorób, został asystentem; na tem stanowisku pracował u Strickera, przeprowadzając w jego pracowni doświadczenia z zakresu patologii, a równocześnie wybrał sobie jako główny kierunek pracy chirurgicznej mechanikę stawów, przedmiot, który go przez całe życie żywo zajmował.

W roku 1872 habilitował się na docenta chirurgii na podstawie pracy: „O zapaleniach w worku przepuklinowym“. W roku 1873 powołano Alberta na katedrę chirurgii do Innsbruka, gdzie spokojnie oddał się dalszym studyom w obranych za czasów asystentury kierunkach. Tu wydał on pracę doświadczalną „O goraczce“, wykonaną ze Strickerem i w jego pracowni; tu oddał się studyom historyi chirurgii, oraz nauce wyższej matematyki, którą zużytkował do dokładnego i umiejętnego opracowania mechaniki stawów, tu wreszcie podjął, jako jeden z pierwszych chirurgów Austryi, walkę o zasadę antyseptyki, którą nietylko wprowadził w swej klinice, lecz i wydał na jej podstawach pierwsze w tym kierunku dzieło chirurgiczne, które zyskało w całej Europie zasłużone uznanie. Znakomitego klinicystę, spokojnego i wybornie anatomicznie wykształconego operatora, znanego już w świecie uczonego, powołuje uniwersytet wiedeński, głównie za staraniem Skody, w r. 1881 na katedrę chirurgii, gdzie do dni ostatnich statecznie pracował, dopełniając sławy znakomitego uczonego i nauczyciela. Z dziedziny naukowej tej doby podnieść należy:

1) Prace o leczeniu gruźlicy stawów u dzieci, w których bronił zachowawczego postępowania, stojącego w przeciwieństwie do ogólnego wówczas poglądu, a będącego dziś ogólnie przyjętą metodą leczenia wspomnianych schorzeń.

2) Uzupełniające studya nad skrzywieniem kręgosłupa, nad „Coxa vara“, „Genu valgum“.

3) Atlas, ilustrujący obrazy zmian chorobowych w kościach, występujących w przebiegu „Osteomyelitis“.

4) Spostrzeżenia i doświadczenia nad uciskiem mózgowym, które bądź to sam, bądź to ze swymi uczniami, przeprowadzał.

5) Studya nad architekturą kości.

6) Nowe metody operacyjne, jak *a)* „Arthrodesis“, *b)* wycinanie kąta szczęki dolnej celem wyszukiwania „nervi mandibularis“, *c)* sposób operowania mięśniaków macicy, *d)* przeszczepianie kawałków nerwów.

7) Podręcznik do rozpoznawania chorób chirurgicznych, ulubiona książka uczniów i lekarzy.

W tej dobie doczekało się jego dzieło chirurgii potrójnego wydania; ostatnie t. j. czwarte w roku 1889/90.

Jako nauczyciel zdobył sobie swym jasnym, treściwym, prawdziwie mistrzowskim wykładem z jednej, a pełnym pedagogicznej znajomości systemem nauczania, z drugiej strony, miłość i powszechny szacunek uczniów i lekarzy.

Obok pracy naukowej i nauczycielskiej nie zaniedbywał ś. p. prof. Albert pracy w innych kierunkach; tak podnieść należy z Jego działalności społecznej czynny udział w pracach najwyższej Rady zdrowia, której członkiem był przeszło lat 20 i w której odgrywał pierwszorzędną rolę. Jako nauczyciel i egzaminator, brał udział w reorganizacyi nauk uniwersyteckich, wypracowując powierzony mu referat o nowym planie egzaminów ścisłych, który jednakowoż, mimo zasłużonego uznania w kołach zawodowych, nie doczekał się ustawowego przeprowadzenia.

Działalność polityczna ś. p. prof. Alberta ograniczała się do pracy w Izbie panów, do której od dłuższego czasu należał.

Pracując dla ludzkości, nauki i państwa, nie zapomniał On ani na chwilę o swej najbliższej ojczyźnie; przeciwnie, kochając ją miłością najlepszego obywatela, poświęcił cały wolny od obowiązków czas bezpośredniej pracy dla ukochanego narodu. Pracą tą, to przekład czeskiej poezyi na język niemiecki, — odsłonięcie tej narodowej skarbnicy myśli i uczuć cudzoziemcom, dowiadującym się z niej dokładnie o życiu narodu, który po iście cudownem odrodzeniu uzyskał nad wyraz szybko pełne prawa do samodzielnego bytu wśród cywilizowanych społeczeństw europejskich.

Ś. p. prof. Albert przełożył najpierw znaczną część utworów Vrchlickiego, a ułożywszy z nich antologię, wydał ją z obszernym wstępem o poecie rodaku.

Następne tłómaczenia wydał w cztero-tomowem dziele: „Poesie aus Böhmen“, uzupełnionem w bieżącym roku nową antologią: „Lyrisches und Verwandtes aus Böhmen“. Współcześnie wydał w spółce z panną Maryą Kreiserówną cały „Bukiet“ Erbena. Obok tłómaczenia, probował w ostatnim roku samodzielnego pióra poetyckiego pod pseudonimem E. Pohorskiego. Pracy tej oddawał się zmarły w zaciszu rodzinnem w Żamberku, gdzie spędzał zawsze ferye i gdzie dokończył nagle życia dnia 26 września b. r.

Dzieląc wraz ze światem naukowym żal, odczuwamy również ból pobratymczego narodu czeskiego po stracie Męża, który światową sławą swego nazwiska opromienił naród, który kochał, któremu zawsze wiernie, umiejętnie i użytecznie służył.

Cześć Jego pamięci! *Dr. Droba.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 października.

* D. 8. b. m. odbyło się w Uniwersytecie Jagiellońskim solenne otwarcie roku szkolnego 1900/1. Uroczysty ten obchód, któremu dodawało szczególnej powagi uświadomienie, że w dniu tym Akademia Kazimierza Wielkiego rozpoczyna drugie pięćsetlecie, zakończył się odczytem J. Magn. rektora M. L. Jakubowskiego, p. t.: »Pogląd na rozwój nauki o chorobach dzieci, obok innych gałęzi nauk lekarskich i przyrodniczych«.

* Otwarcie roku szkolnego w Uniwersytecie lwowskim nastąpiło w dniu dzisiejszym.

* W półroczu zimowem ubiegłego roku szkolnego liczył Uniw. Jag. uczniów 1331, w półroczu letniem — 1206; z tych na Wydziale lekarskim w półroczu zimowem — 167, w letniem — 148.

* Z dobrowolnych składek b. uczniów i wielbicieli ś. p. prof. Borysikiewicza, zmarłego przed rokiem w Gracu, ma być wmurowana tablica pamiątkowa w cerkwi w Białobożnicy (powiat czortkowski), wiosce rodzinnej nieodżałowanego profesora.

Grono ludzi, zajmujących się tą sprawą, uprasza o nadsyłanie na ten cel datków na ręce Dra Edwarda Krzyżanowskiego, zastępcy marszałka powiatowego w Buczaczu.

* Wydział krajowy mianował Dr. Seweryna Piotrowskiego sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

* Tegoroczne jesienne egzamina fizykackie odbędą się we Lwowie; na przyszłość odbywać się będą przemiennie: raz we Lwowie, drugi raz w Krakowie.

* Nr. 139 »Odczytów klinicznych« opuścił prasę; zawiera on rozprawę Dra Edwarda Flataua »O zapaleniu mózgu«.

* Dr. Semerad, niestrudzony wydawca lekarskiej bibliografii słowiańskiej w Pradze, zapowiada w liście do rosyjskich redakcyj pism lekarskich dalsze, stałe, kwartalne, wydawnictwo; wypowiada on jednocześnie nadzieję, że może już w niedalekim czasie rozpocznie ogłaszanie słowiańskiej bibliografii lekarskiej w języku francuskim.

* Komitet farmaceutyczny przy Najwyższej Radzie zdrowia w Wiedniu rozpoczął wstępne przygotowania do ósmego wydania farmakopei austryackiej.

* Europejska prasa lekarska jest powściągliwą w ocenianiu XIII. międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Paryżu; przyczyny tej »rezerwy« należy dopatrywać w politycznych stosunkach międzynarodowych. Zupełnie w odmienny sposób postępują dziennikarze rosyjscy, którzy we wszystkich swych tygodnikach wypowiedzieli gorzkie, lecz zupełnie usprawiedliwione i zasłużone słowa prawdy: ze względu na braterskie stosunki na innych polach, są to prawdziwe Brutusowe sądy, nacechowane bezwzględną bezstronnością.

* Dr. Marceli Baudouin zapowiada w ostatnim N. „*Gazette médicale de Paris*“, że począwszy od 1. stycznia 1901 r., obok ogólnej »*Bibliographia Medica*“, którą przeznacza tylko dla bibliotek i t. d., zamierza wydawać „*Bibliographies spéciales*“, obejmujące 6 podstawowych specyalności (I. anatomia, fizyologia i weterynarya; II. higiena i medycyna sądowa; III. terapia i farmakologia; IV. medycyna wewnętrzna; V. chirurgia; VI. ginekologia, położnictwo i pedyatra. Specyalne te bibliografie będą przeznaczone dla specyalistów, klinik i pracowni naukowych.

* Związek prasy niemieckiej uchwalił podczas swych obrad w Akwisgranie rozpocząć rokowania, ażeby już w przyszłym roku, na zebraniu się kongresu prasy w Brukseli, mógł wejść do organizacyi związku międzynarodowego prasy.

* W celu stwierdzenia związku przyczynowego między moskitami a zimnicą, zrobił Patrick Manson bardzo pouczające doświadczenie. Pod kierunkiem Bignamiego i Bastianellego złapano wielką liczbę moskitów i puszczono je do izby, w której przebywał chory na zimnicę trzeciaczkę. Gdy owady te nassały się krwi chorego, złapano je, umieszczono w pudełeczkach z dostępem powietrza i następnie wysłano do Londynu; tu syn Patricka Mansona dozwolił na sobie nasycić się tym moskitom i po kilku dniach zapadł na typową postać zimnicy-trzeciaczki z stwierdzonemi plasmodyami we krwi; ponieważ nie przebywał on nigdy w okolicy zimniczej i przed tem był zupełnie zdrów, przeto doświadczenie to nabiera znaczenia faktu dodatniego. Po zażyciu chininy zimnica ustąpiła. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41).

* Profesorowie: Müller, Pertik i doc. Frank wysłani zostali przez rząd węgierski do Glasgowa dla badania epidemii moru.

* Nadzwyczajny wzrost chorób płciowych śród młodzieży uniwersytetów niemieckich, spowodował higienistę M. Grubera do wydania w imieniu 20 profesorów, — głównie higienistów z Austryi, Niemiec i Szwajcaryi — odezwy, nawołującej do poprawy obyczajów w imię przyszłości młodzieży. Odezwa ma być napisana dosadnie, przekonywująco i będzie rozdawaną przy wpisie studentów w kwesturze.

Mianowania i odznaczenia. Nadzw. prof. Uniw. w Monachium Oeller został na miejsce Ewersbuscha mianowany prof. okulistyki w Erlandze. Dr. Tigerstedt ze Sztokholmu został mianowany prof. zwycz. fizyologii w Helsingforsie. Nadzw. prof. czeskiego Uniw. w Pradze Dr. Kuffner mian. został prof. zwycz. neurologii i psychiatryi. Dr. Zołotowicz mianowany posłem bułgarskim w Paryżu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Władysław Szancer, l. 64 — w Warszawie. Dr. Marini, wynalazca sposobu konserwowania trupów, w Neapolu. Dr. Arndt Rudolf, prof. kliniki psychiatrycznej w Gryfii, w 65 r. życia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Krytyce lekarskiej* Nr. 10: Dr. Wizla A.: Stosunek psychologii do psychiatryi. Studyum krytyczne. Dr. Zahorskiego W.: Gabinet anatomiczny Uniwersytetu i Akademii medyko-chirurgicznej w Wilnie. Dr. Peszke J.: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 10: Dr. Świąteckiego I.: Przyczynki do kazuistyki złamań czaszki. Dr. Sonnenberga E. Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki (c. d.). Dr. Saksa J.: Sprawozdanie z przytułku położniczego przy Szpitalu im. małżonków Poznańskich (dok.). Dr. Fidlera H.: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej. W *Medycynie* Nr. 40: Dr. Kramsztyka J.: O rumieniu powracającym podobnym do płonicy. Zembrzuskiego L.: O wynikach przecinania zwężeń cewki moczowej sposobem Maisonneuvea. W *Postępie okulistycznym* Nr. 9: Dr. Rymowicza F.: W sprawie patogenezy i biologii prątka Morax-Axenfelda. Dr. Majewskiego K. W.: O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy (dok.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 40: Prof. Browicza: Patogeneza żółtaczki. Pruszyńskiego J. O powstawaniu i wydzielaniu się kwasu moczowego, oraz o warunkach wytwarzania złogów moczowych (c. d.). Bronowskiego Sz.: Wady serca a choroby nerek (dok.). W *Zdrowiu* Nr. 181: Dr. Kozłowskiego St.: Co wiemy o żywieniu się ludu naszego? Dr. Higiera H.: W sprawie higieny ciała i ducha ze stanowiska lekarsko-pedagogicznego (dok.).

Redakcya otrzymała:

Dr. Guranowski L.: O wskazaniach do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego. (Odbitka z „Medycyny“ 1900).

Dr. Ivo Žirowčič: Die Sanitären Verhaltnisse und Einrichtungen in Kroatien und Slavonien. Agram 1900.

Dr. Kurkiewicz: W sprawie zakładów leczniczych jeszcze me »trzy grosze«. (Odbitka z „Przewodnika Zdrowia“, Nr. 8., 1900).

A. Wróblewski: Mleko krakowskie, Kraków, 1900.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Witkowskiego*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Fr. Krzyształowicz wyłoży rzecz p. t. „Wysypki kiłowe w obrazach drobnowidowych“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 20 Października 1900. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich*).

Rozpoznanie. Objawy pojawiające się ze strony błędnika[1]) u zdrowego przedtem człowieka bezpośrednio po urazie nie dopuszczają wątpliwości co do przyczyny cierpienia, tu zasada *„post hoc ergo propter hoc“* jest zupełnie uzasadniona. Jednakże w pewnych razach mogą zachodzić bardzo poważne trudności rozpoznawcze nie tylko co do przyczyny, ale też istoty choroby.

a) I tak w pierwszej gromadzie przypadków o postaci udarowej nie można będzie w pierwszej chwili odróżnić czy mamy do czynienia z udarową postacią choroby Menierea, czy też z jakiemś uszkodzeniem mózgu, przekrwieniem, wynaczynieniem, zatorem itd. W miarę jednak, jak chory do siebie przychodzi i przytomność mu powraca, stwierdzenie braku innych objawów mózgowych z jednej, obecność szumu w uszach, zawrotu głowy, wymiotów, niedosłyszenia, z drugiej strony pozwoli nam lepiej ocenić przyrodę choroby. Rozumie się samo przez się, że należy się pierwej zapewnić, czy chory dawniej przed napadem zupełnie dobrze słyszał i był wolnym od podobnych przypadków. Do potwierdzenia rozpoznania przyczynia się zbadanie błony bębenkowej i trąbki Eustachiusza, jeżeli ono nie wykazuje żadnych zmian przedmiotowych, oraz wynik próby słuchowej, przemawiający za cierpieniem błędnika. Przytem obecność innych chorób, usposabiających do choroby błędnika będzie pomocną w rozpoznawaniu. Objawy pęknięcia podstawy czaszki czynią uszkodzenie anatomiczne błędnika niewątpliwem. Za pęknięciem błędnika, względnie czaszki, przemawia obok objawów porażenia n. słuchowego obfite wypływanie z ucha płynu surowiczego (rozumie się przy równoczesnem przedziurawieniu błony bęb.), w którym rozbiór chemiczny wykazuje własności płynu mózgordzeniowego. Przy uszkodzeniach mózgu zwracają na siebie uwagę przedewszystkiem dłużej trwająca nieprzytomność, porażenia, ból głowy i inne objawy mózgowe. Uszkodzenie albo wstrząśnienie lewego zrazu skroniowego może pociągnąć za sobą przemijającą głuchotę, w postaci głuchoty wyrazowej czyli niemoty (afazyi) zmysłowej (sensorische Aphasie).

b) Znacznie trudniejszem może być rozpoznanie drugiej gromady przypadków, w których objawy nie występują tak gwałtownie, lecz rozwijają się powoli a sprawa okazuje przebieg przewlekły, lub zaostrzenia na przemian z zwolnieniami. Żadnego bowiem z występujących wtedy objawów nie można uważać za znamienny, za wyłącznie właściwy cierpieniom błędnikowym wogóle, ani wstrząśnieniu błędnika w szczególności. Należy bowiem zważyć, że te same objawy mogą polegać na najróżnorodniejszych zboczeniach i zaburzeniach, czy to w innych częściach narządu usznego, czy też w całym ustroju lub w układzie nerwowym ośrodkowym. Aby módz rozeznać cierpienie błędnika należy tu wykluczyć cały szereg innych chorób, wywołujących podobne objawy. I tak trzeba mieć na względzie, że zawrót głowy może pochodzić z różnych cierpień i być wywołany bądź to drogą odruchową jak np. w chorobach żołądka *(vertigo e stomacho laeso)*, macicy, stanów obrzękowych i nerwowych w nosie, w krtani *(vertigo laryngea)*, bądź też w skutek zaburzeń krążenia, chorób serca i naczyń krwionośnych, miażdżycy tętnic, cierpienia nerek i t. p. Jeżeli jeszcze przypadkowo istnieje równocześnie jakaś choroba uszna, sprowadzająca przytępienie słuchu i szum w uszach, wtedy możemy mieć przed sobą zupełny obraz zawrotu błędnikowego a nawet zupełny t. zw. zbiór objawów Ménièrea, pomimo, że błędnik jest nietknięty. W pewnych chorobach jak n. p. w chorobie Addisona zauważono nudności, zawrót głowy, szum w uszach obok innych objawów właściwych tej chorobie. Podobnie w różnych stanach samozatrucia jak w t. zw. *Botulismus*, *Alliantiasis*, w różnych chorobach nadnerczy i w. i. można spostrzegać zawrót głowy i szum w uszach całkiem niezależnie od narządu słuchowego. Aby więc rozpoznać chorobę błędnika nie wystarczy sama obecność tych objawów, lecz należy wykazać, że wszystkie one pochodzą z jednego źródła, że odnoszą się razem do jednej choroby i że wspólnem ich źródłem jest jeden tylko schorzały narząd, a nie kilka. Tu wywiady, dokładne spostrzeganie przebiegu, ścisłe zbadanie całego ustroju, wszystkich narządów, wykazanie obecności innych objawów, względnie wykazalna za pomocą stosownych prób słuchowych głuchota pochodzenia błędnikowego i t. p. doprowadza do wykluczenia innych przyczyn i do wyjaśnienia właściwej przyrody cierpienia.

Należy dalej o tem pamiętać, że zupełnie podobne objawy wywołać mogą różne choroby ośrodkowego układu nerwowego, a szczególnie mózgu, jakoto wynaczynienia, tętniak, zator, rozmiękczenie, zapalenie opon przewlekłe, ropnie, stwardnienie, wodogłowie i t. d. W takich jednak razach nie brak zwykle innych przypadków czysto mózgowych,

---

*) Porównaj pracę »O wstrząśnieniu błędnika«, ogłoszoną w »Przeglądzie lek.« 1900 Nr. 32—34, stanowiącą I część niniejszej rozprawy.

[1]) Opisane szczegółowo w pracy »O wstrząśnieniu błędnika« l. c.).

jak objawy uciskowe i ogniskowe, zaburzenia czucia, ruchu, zboczenia tętna, oddechu, zboczenia psychiczne, mowy, wzroku, zmiany na dnie oka, sztywność karku, długotrwały, uporczywy ból głowy, napady padaczkowe, zwłaszcza o typie Jacksenowskim, zajęcie *sensorium* i i., zależnie od rodzaju, umiejscowienia i rozmiarów cierpienia. Odróżnienie zapalenia opon mózgowych ułatwia teraz nakłócie lędźwiowe. Najczęściej zaburzenia słuchu towarzyszą nowotworom mózgowym szczególnie umiejscowionym w tylnym odcinku w zamożdżu i na podstawie mózgu. Calmeil znalazł w $1/_9$ części wszystkich nowotworów mózgu zaburzenia słuchu, Lebert zaś na 45 przypadków 11 razy. Sprawę tę tem bardziej należy uwzględnić, że nie tylko jej objawy są podobne do objawów błędnika, wstrząśnienia, lecz także czynnik przyczynowy jest ten sam, bo jak wiadomo, nowotwór, jak również ropień mózgu, są bardzo często następstwem urazu głowy. Najważniejszemi objawami nowotworów mózgowych w zakresie n. słuchowego są podmiotowe wrażenia słuchowe, zawrót głowy, upośledzenie słuchu różnego stopnia aż do zupełnej głuchoty, połączone z objawami mózgowymi: jak zajęcie i ból głowy, bolesność za uciskiem w odpowiedniej części głowy, miganie przed oczami, później zaburzenia czynnościowe n. wzrokowego i innych nerwów zmysłowych, zaburzenia czuciowe i ruchowe w zakresie innych nn. mózgowych. W przypadku Oppenheima dotyczącym nowotworu mózgu w okolicy zrazu skroniowego przyłączyły się do innych objawów mózgowych, gdy chory wstawał, znaczne wzmożenie się bólu głowy i głuchota wyrazowa, co Oppenheim tłómaczy w ten sposób, że guz przy wstawaniu chorego ciężąc na zakręt skroniowy wywoływał tam przez to głuchotę wyrazową. Tam, gdzie objawy mózgowe nie są dość wybitne należy szczególnie zwracać uwagę na lekkie stopnie porażenia n. twarzowego i nieczułość skóry po odpowiedniej stronie głowy. Nowotwór mózgu może jednak przez dłuższy czas przebiegać skrycie, lub z samymi tylko objawami zawrotowymi. W takim razie ważną wskazówką rozpoznawczą jest pojawienie się porażenia nerwu twarzowego i utrzymywanie się przez dłuższy czas przewodnictwa kostnego dla zegarka i słuchomierza, co przemawia za guzem mózgowym. Gdy bowiem w zajęciu błędnika już przy miernem przytępieniu słuchu przewodnictwo kości wybitnie jest obniżonem, to wobec nowotworu mózgu długo pozostaje ono nietkniętem (Politzer), co Asher na swój sposób tłómaczy. Tam zaś gdzie na n. słuchowy uciska nowotwór mózgu, nie brak zwykle równoczesnych zboczeń w innych nerwach, leżących u podstawy mózgu, w pierwszym rzędzie n. twarzowego, troistego, odwodzącego, a przedewszystkiem nie brak silnego bólu głowy.

Wogóle przez bezpośredni ucisk na n. słuchowy mogą sprowadzić objawy błędnikowe nowotwory mostu Varola, móżdżku, odnóg mózgowych *(crura cerebri)* wzgórka czworaczego i wogóle guzy, usadowione na podstawie czaszki, szczególnie zaś w tylnym dole czaszkowym, między nimi tętniak tętnicy podstawowej i nowotwory n. słuchowego.

Przytępienie słuchu nie towarzyszy żadnej innej chorobie mózgu tak często, jak cierpieniom śródmożdża *(Mesocephalum)*, Siebenmann znalazł na 59 przypadków nowotworów wzgórka czworaczego 11 razy postępujące niedosłyszenie i wykazuje na podstawie anatomii topograficznej, że w takich przypadkach chodzi zawsze o przerwanie ośrodkowej drogi ślimakowej w okolicy pętlicy bocznej *(laqueus)*, w której odbywa się skrzyżowanie dróg nn. słuchowych. Niedosłyszenia niema, dopóki nowotwór ogranicza się do wzgórka czworaczego, a występuje ono dopiero, gdy cierpienie rozszerza się na czepiec odnogi mózgowej. Niedosłyszenie to pojawia się stosunkowo późno (po 3—5 miesiącach trwania choroby) i przedstawia typ niedosłyszenia nerwowego, jak go przyjął Bezold jako znamienny dla niedosłyszenia ośrodkowego, mianowicie cechujący się tem, że naprzód tylko dolna, a potem dopiero także i górna granica gamy coraz więcej się ścieśnia, aż w końcu pozostaje tylko wyspa środkowego obszaru prawidłowego pola słyszenia. Według Weinlanda zauważa się w chorobach i nowotworach tylnej części wzgórka czworaczego, obok objawów ze strony móżdżku, oka i mięśni ocznych, objawy ze strony słuchu po przeciwnej stronie. Nowotwory wzgórka czworaczego i czepca odnogi mózgowej *(tegmentum caudicis)* wywołują obok odpowiednich objawów ogniskowych jeszcze objawy uciskowe miejscowe i rozlane, jak zmiany na dnie oka, tarczę zastoinową, zapalenie i zanik n. wzrokowego, porażenie mięśni ocznych zewnętrznych, kurcze drgawkowe i tężcowe, napady padaczkowe, mowę skandowaną, niezborność ruchów, szczególnie kończyn dolnych, wzmożenie odruchów ścięgnistych, ból głowy i wymioty. Zazwyczaj brak porażeń ruchowych i czuciowych. Szczególnie skojarzenie się chodu bezładnego (ataktycznego) z niedowładem mięśni ocznych, względnie z zaburzeniem akomodacyi w połączeniu ze znamiennymi dla guza ogólnymi objawami mózgowymi przyczyni się do ustalenia rozpoznania w przypadkach wątpliwych albo zawikłanych.

Prus kreśli na podstawie doświadczeń na zwierzętach *(Przegl. Lek.* 1899. Str. 569) obraz czynności wzgórków czworaczych, za pomocą którego z łatwością można sobie tłomaczyć objawy, spostrzegane w przypadkach, w których siedliskiem choroby są wzgórki czworacze i przytacza, jako takie: zaburzenia w ruchach gałek ocznych, niezborność ruchów wśród stania i chodzenia, drżenie i rozszerzenie źrenic, drżenie gałek ocznych, oraz zaburzenia wzroku (gdy jest zajęty wzgórek czw. przedni) a zaburzenia słuchu (gdy siedzibą choroby jest wzgórek czworaczy tylny).

Nie każde jednak niedosłyszenie, pojawiające się w przebiegu guza wzgórka czworaczego, zależy od obecności tego guza. Taką zależność wolno przypuścić dopiero wtedy, jeżeli 1) niedosłyszenie występuje w odpowiednim czasie w przebiegu choroby i 2) ma przebieg postępujący.

Przypadki z wzmożonem ogólnem parciem śródczaszkowem, jak przypadki z niepowikłanem wodogłowiem wewnętrznem, przebiegają zazwyczaj bez upośledzenia słuchu. Bürkner spotkał w 0·7% przypadków wodogłowia, głuchotę nerwową. Urbantschitsch podaje przypadek okresowej głuchoty w ostrem wodogłowiu, prawdopodobnie wskutek przemijającego obrzęku ośrodków słuchowych.

Ladame znalazł między przypadkami nowotworów móżdżku 7 razy zaburzenia słuchu. Za zajęciem móżdżku przemawia przedewszystkiem osobliwa niezborność móżdżkowa. Chory taki chodzi i stoi zataczając się, jak pijany, rozstawiając nogi szeroko a szczególnie przy zamkniętych oczach łatwo upada („marche d'ivresse czyli *ataxia cerebellaris).* Tego bezładu ruchów nie można pomięszać z zaburzeniem chodu

przy zawrocie błędnikowym. Nie chodzi tu o nadmiar albo niedostatek w wykonaniu ruchów wskutek niedostatecznego poczucia mięśniowego i wadliwego współdziałania mm. przeciwniczych (antagonistów), lecz o zupełnie skojarzone rozstawienie nóg albo o chwycenie się punktów oparcia ze strony chorego, zapomocą czego stara się on podeprzeć chwiejące się swe ciało zupełnie celowo, podobnie jak to robi zdrowy popchnięty, albo stojący na chwiejącej się podstawie. Dalszymi objawami móżdżkowymi są zaburzenia ruchów mm. gałek ocznych, czasem też skurcze mm. obracających głowę, zaburzenia czuciowe w kończynach, szczególnie na podeszwach, na skórze, zaburzenia mowy, silne uporczywe bóle i znaczna bolesność na dotyk w okolicy potylicy. Schmidt dodaje dwie nowe, za guzem móżdżku przemawiające oznaki. Jeżeli objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego, zwłaszcza wymioty i zawrót głowy występują przy pewnem ułożeniu na jeden bok, to przemawiają za nowotworem w przeciwnej półkuli móżdżkowej. Objaw ten powstaje z powodu jednostajnego obciążenia i następowego ucisku wielkiej żyły Galena *(Vena magna Galeni)*. Drugi objaw, brak odruchu ścięgna rzepkowego, przemawia więcej za guzem móżdżku, niż za wodogłowiem wewnętrznem.

W przypadkach tętniaka tętnicy podstawowej zauważyć się dają obok objawów błędnikowych, jak zawrót głowy, wymioty i t. d. jeszcze zwolnienie tętna, niemiarowość, (arytmia), zaburzenia w oddychaniu, glikozurya, dalej apatya, senność i tarcza zastoinowa. Według Leberta głuchota w połączeniu z utrudnieniem połykania i objawami porażenia n. błędnego (duszność, nieregularność tętna i oddechu) daje ważne wskazówki w rozpoznaniu tętniaka t. podstawowej. Według Griesingera pojawiają się przytem zaburzenia w artykulacyi i w oddawaniu moczu, osłabienie wszystkich kończyn albo porażenie poprzeczne albo nierówne porażenie połowicze i pukanie w głowie.

W podobny sposób choroby rdzenia przedłużonego jak uwiąd i stwardnienie rozsiane *(Sclerosis disseminata)* mogą sprowadzić niedosłyszenie i wrażenie słuchowe podmiotowe, o ile obejmują włókna n. słuchowego biorące tam początek. Symetryczna niesprawność pewnych n. mózgowych jak obustronne porażenie mm. ocznych, porażenie języka, gardła, twarzy wskazują na zmiany w rdzeniu przedłużonym. Jeżeli głuchota łączy się z pojedynczemi porażeniami, monoplegią i napadami padaczki Jacksona, niemotą i t. p. to trzeba myśleć o sprawie chorobowej usadowionej w korze mózgowej.

Nareszcie należy uwzględnić, że objawy błędnikowe wcale nie rzadko występują także w zależności od różnych chorób ogólno nerwowych, czynnościowych. Tu należy w pierwszym rzędzie histerya, która niekiedy daje objawy łudząco naśladujące chorobę błędnika. Gradenigo spostrzegał między 73 przypadkami histeryi 32 razy zboczenia słuchu. Tu pomyłka jest tem łatwiejsza, że w znieczuleniu n. słuchowego przyrody histerycznej głuchota ma charakter pochodzenia błędnikowego z zmniejszonem albo zniesionem przewodnictwem kostnem. Wprawdzie cierpienie to daje się łatwo rozpoznać przez t. zw. „znamiona histeryczne“ *(Stigmata)*, jak ścieśnienia pola widzenia, różne zaburzenia zmysłowe, ruchowe i czuciowe, nieczułość podniebienia miękkiego, gardła, skóry, szczególnie na małżowinie usznej, albo nieczułość i bezład całej odpowiedniej połowy ciała, obok nadczułości strony przeciwnej, równoczesna częściowa nieczułość zewnętrznych części ucha i błony bębenkowej, nadczułość n. słuchowego i różne inne objawy nerwowe jak napady histero-padaczkowe, zaburzenia w zmysłach wzroku, powonienia, smaku i t. d. bolesność jajników, a przedewszystkiem niczem nie wytłómaczona zmienność objawów. Należy jednak uwzględnić, że są przypadki, w których, jakto już oddawna stwierdzono, takich znamion przez długi czas może brakować, t. zw. „hysterie monosymptomatique“. Szczególnie jeżeli chodzi o rozpoznanie wstrząśnienia błędnika po urazie, trafiającym wprost narząd uszny, musimy o tem pamiętać, że tak zwana histerya miejscowa rozwija się właśnie na tem miejscu albo w jego blizkości, w którem zadziałał uraz miejscowy. Gradenigo rozróżnia zaburzenia słuchu przyrody histerycznej, jako jeden z objawów dotykowo-zmysłowej nieczułości (sensitiv — sensoriellen Anaesthesie), od takich, które pojawiają się jako główny, niekiedy jedyny przejaw histeryi.

Otóż znamiennym dla niedosłyszenia histerycznego jest niestosunek między przewodnictwem kostnem, a bystrością słuchu przez powietrze; pierwsze jest znacznie więcej upośledzone, niż to odpowiada bystrości słuchu. Dalej uderzającem jest w histeryi, że percepcya tonów strojnikowych przez powietrze jest osłabioną w znaczniejszej mierze, gdy percepcya mowy jest upośledzoną, stosunkowo tylko nieznacznie. Głuchota histeryczna ma się nadto cechować tem, że wprawdzie towarzyszy jej szum w uszach, ale nigdy zawrót głowy.

Okoliczność tą usiłowano tłómaczyć tem, że według wszelkiego prawdopodobieństwa włókna zmysłowe n. słuchowego przy ujściu w środku nerwowym tak się rozdzielają, że włókna, należące do n. ślimakowego i służące czynności słuchowej wyodrębniają się od włókien, należących do nerwu przedsionkowego i służących do utrzymania równowagi. Jednakże na tym objawie polegać nie można, gdyż objawy zawrotowe obok nadwerężenia bystrości słuchu nie należą w histeryi wcale do rzadkości. Według Briegera histerycznemu przytępieniu słuchu mogą towarzyszyć napady zawrotu głowy, zaburzenia równowagi, a nawet wybitny zbiór objawów Ménierea. Natomiast niestałość objawów, mianowicie znaczne wahania w bystrości słuchu, szczególnie zależność objawów i ich stopnia od pewnych okresów życia płciowego u kobiet, ich związek z nieprawidłościami w miesiączkowaniu, dalej możność wpływania na słuch środkami psychicznymi, poddawaniem, hipnozą i t. d., możność przeniesienia choroby na stronę przeciwną (transfert), podobnie jak w innych przypadkach histeryi, dalej zmniejszona albo zniesiona pobudliwość elektryczna n. usznego, wszystko to daje wybitne wskazówki wyświetlające wątpliwe rozpoznanie i przechylające je na stronę histeryi.

W podobny sposób można będzie odróżnić wstrząs błędnika od zaburzeń błędnikowych, stanowiących objaw częściowy histeryi, powstałej wskutek urazu t. j. od t. zw. „nerwicy urazowej“, którą Charcot zalicza do histeryi męskiej. Gdy dawniej uważano nerwicę urazową za oddzielną postać chorobową, pogląd ten upadł z biegiem czasu, w miarę jak liczba spostrzeżeń wzrastała i ściśle zaczęto badać materyał kazuistyczny. Dziś nie uważamy już tych nerwic „urazowych“ za chorobę odrębną, lecz za sprawę, wchodzącą

w dziedzinę histeryi i neurastenii i innych nerwic, albo za przedstawicielkę ich skojarzeń. I tutaj szczególnie objawy w transfercie i zmienność stopnia niedosłyszenia wskazują na to, że sprawność narządu, przyjmującego głos, jest prawidłowa, a że cierpienie polega na przerwaniu dróg doprowadzających bodziec zmysłowy słuchowy do świadomości i przemieniających go w wrażenie głosowe.

Należy jednak rozważyć, że głuchota i inne objawy wstrząśnienia mogą następowo sprowadzić rozstrój nerwowy, przygnębienie umysłowe i wreszcie histeryę. Ta ostatnia może zatem istnieć obok wstrząśnienia błędnika i jako jego następstwo. Dalej wiemy, że podobne objawy mogą powstać drogą odruchową przez podrażnienie innych nerwów. Spostrzegano przypadki w których wskutek urazu albo drażnienia n. trójdzielnego wystąpiły głuchota, szum w uszach, jak w przypadkach Eitelberga (po włożeniu waty, umoczoczonej w eterze do jamy zębowej, po pędzlowaniu gardła 10% lapisem) i i. W innych przypadkach objawy te stanowią częściowy objaw wstrząsu psychicznego, t. zw. nerwicy strachowej (Schreckneurose, Emotionstaubheit), wywołanej przez strach, po operacyi, po rażeniu piorunem, jak w przypadkach Kaisera i Freuda. Przypady błędnikowe mogą dalej poprzedzać napady padaczkowe i nie jest wykluczone, że mogą się pojawiać nie tylko, jako zwiastuny, ale też zastępczo, jako równoważniki takiego napadu (forme fruste). Tak samo spotykamy te objawy w neurastenii i w innych nerwicach ogólnych, gdzie należy je pojmować, jako współudział błędnika w ogólnej nerwicy, jako wynik wzmożonej pobudliwości nn. bańkowych *(ampullares)*, w móżdżku, albo też jako nerwicę naczynioruchową naczyń błędnikowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Patogeneza żółtaczki.

Podał

Prof. Browicz.

(Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie dnia 23 lipca 1900 roku).

(Ciąg dalszy).

Złogi żółci wśród komórek ściennych naczyń krwionośnych włoskowatych, jakoteż w przewodach żółciowych międzykomórkowych, nie były widoczne we wszystkich zrazikach, w całych zrazikach, we wszystkich częściach miąższu wątroby; występowały one ogniskowo i to w stosunkowo małych ogniskach, lub też w niektórych tylko naczyniach. Znajdowały się one głównie w części środkowej zrazika wątrobnego, gdy brak ich było w części obwodowej, która przedstawiała normalne wejrzenie, a komórki wątrobne okazywały, o ile z obrazu mikroskopowego dzisiaj wnosić można, zupełnie normalne wejrzenie.

Takiż sam obraz mikroskopowy spotkałem w przypadku kilka dni trwającego sztucznego zwężenia głównego przewodu żółciowego u psa.

W przypadkach żółtaczki noworodków, a więc znowu w przypadkach żółtaczki ostrej, np. u noworodka 4 dni liczącego spotkałem takiż sam obraz, jak u psów ze sztucznie wywołaną ostrą żółtaczką.

Takież same obrazy co do siedziby złogów żółci w naczyniach krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych, w komórkach ściennych naczyń, co do zachowania się komórek wątrobnych w ogniskach, gdzie złogi żółci istniały (pomijam tu zmiany, które po dłuższem trwaniu zamknięcia odpływu żółci mogą w wątrobie się rozwinąć; niekiedy brak ich prawie zupełny, nawet po dłuższem trwaniu przeszkody w odpływie żółci), spotykałem u człowieka w przypadkach przewlekłej żółtaczki, wywołanej rakiem wątroby, woreczka żółciowego, trzustki, żołądka, kamieniami żółciowymi, a więc w przypadkach, w których czy to w obrębie miąższu wątroby, czy po za wątrobą, drożność przewodów żółciowych uległa zmianie, przewody uległy zwężeniu, zamknięciu, zatkaniu, a które to przypadki na równi postawić można ze sztucznem zamknięciem, podwiązaniem głównego przewodu żółciowego u zwierzęcia.

A priori sądząc powinnyby główny przewód żółciowy, a następnie coraz wyżej w miąższu położone przewody żółciowe w razie zamknięcia, zatkania, powstałego u człowieka w jakikolwiekbądź sposób, lub u zwierzęcia po doraźnem podwiązaniu głównego przewodu żółciowego, ulegać stopniowo w miarę coraz większego gromadzenia się w nich żółci coraz silniejszemu rozszerzeniu, które dalej objąćby powinno wszystkie przewody żółciowe wątroby, a wreszcie dosięgnąć najdrobniejszych włoskowatych międzykomórkowych, a nawet śródkomórkowych przewodów. Czy tak dzieje się rzeczywiście? Czy u zwierzęcia po podwiązaniu i dłuższem nawet trwaniu przerwy w odpływie żółci z głównego przewodu żółciowego spotykamy się z takiem rozszerzaniem się niejako *ad maximum* dróg żółciowych pozawątrobowych, a nawet śródwątrobowych? Ani makroskopowy, ani mikroskopowy obraz wątroby po zamknięciu głównego przewodu żółciowego u zwierzęcia nie wykazuje czegoś podobnego. A czy u człowieka spotykamy się z takim obrazem? — wcale nie, chyba wyjątkowo i to w razie zakażenia dróg żółciowych, wtedy bowiem obraz mikroskopowy z powodu gromadzenia się w przewodach żółciowych wypociny musi być inny i odróżnić należy, na co nacisk kładę, wpływ czysto mechaniczny od zakaźnego. Niedawno spostrzegałem przypadek, który operował Docent Bossowski tworząc przetokę brzuszną w celu umożliwienia odpływu żółci, a w którym to przypadku przewód żółciowy wspólny zarośnięty był przy wejściu w ścianę dwunastnicy. Przewód wspólny uległ kolosalnemu rozszerzeniu, urósł tak bardzo, iż zawierał kilka litrów cieczy, komunikował z przewodem wątrobowym i woreczkowym szczelinowatym otworem, a wątroba nie okazywała śladu rozszerzenia przewodów żółciowych drobniejszych, tylko grubsze przewody żółciowe były rozszerzone, a ściany ich już makroskopowo zgrubiałe.

W zwykłych, tak częstych przypadkach zatkania, zamknięcia dróg żółciowych już nawet międzyzrazikowe przewody żółciowe okazują tylko tu i owdzie ślady rozszerzenia i spłaszczenia wyściółki nabłonkowej, zresztą przewody międzyzrazikowe okazują światło normalne i normalnego kształtu i wielkości komórki nabłonkowe, wyścielające przewód, nie mówiąc już o śródzrazikowych, międzykomórkowych przewodach żółciowych, które w obwodowych częściach zrazików nie są wcale rozszerzone i nagromadzenia żółci nie okazują.

Wobec tych obrazów makro- i mikroskopowych o za-

stoju żółci, potęgującym się w miarę coraz dłuższego trwania zamknięcia odpływu żółci z głównego przewodu żółciowego, mowy być nie może, tem mniej o cofaniu się żółci ku początkom przewodów żółciowych. Takiego wpływu nie mogę również przypisać nieżytowi dróg żółciowych aż do najdrobniejszych gałązek początkowych, gdyż takiego stanu chorobowego w najdrobniejszych gałązkach przewodów nie spotkałem, a w przewodach śródzrazikowych już z przyczyny budowy i składu ścianek być to nie może.

Takie przepełnianie się przewodów żółciowych od głównego począwszy aż do najdrobniejszych, a więc i śródkomórkowych, byłoby tylko wtedy możliwe, gdyby wątroba, (a raczej wszystkie komórki wątrobne po zatkaniu głównego przewodu, lub też wśród wątroby położonych grubszych gałęzi dróg żółciowych), stale a przynajmniej przez czas dłuższy normalną ilość żółci wytwarzała. Tak jednakże widocznie nie jest, a o tem świadczy brak coraz większego w miarę dłuższego trwania zamknięcia dróg żółciowych rozszerzania się dróg żółciowych, dalej jakość obrazu mikroskopowego, o którym powyżej mówiłem. Po zamknięciu, zatkaniu u człowieka, po podwiązaniu u zwierzęcia głównego przewodu żółciowego wątroba coraz mniej żółci wytwarza, a ta zmniejszająca się znacznie ilość żółci wśród wątroby dostaje się w obieg ogólny i stąd brak obrazu makro- i mikroskopowego, który *a priori* biorąc musiałby się rozwinąć, gdyby wątroba w pełnej mierze czynną była.

Powstaje rodzaj nieczynności znacznej części miąższu *(insufficientia hepatica)*, która prawdopodobnie odnosi się nie tylko do funkcyi wytwarzania żółci, ale także do innych, bądź to dotąd znanych, bądź też jeszcze nieznanych funkcyi komórki wątrobnej. Groźne następstwa, jakie w przypadkach niedrożności dróg żółciowych i przerwy w odpływie żółci do przewodu pokarmowego spostrzegamy, nie są, zdaniem mojem, następstwem gromadzenia się żółci we krwi (*cholaemia)*, lęcz wynikiem niedostatecznej czynności, lub nieczynności znacznej ilości komórek wątrobnych.

W jaki sposób przerwa w odpływie żółci z wątroby na tę niedostateczną czynność, lub nawet nieczynność komórek wątrobnych wpływa, nie umiem sobie wytłómaczyć, niemniej, dlaczego bardzo znaczna ilość komórek wątrobnych, tak w obrębie ognisk, w których wśród naczyń włoskowatych krwionośnych mikroskop mniej lub więcej obfite ślady żółci wykrywa, jakoteż poza obrębem tych ognisk, normalne wejrzenie przedstawia, a wątroba niedostatecznie funkcyonuje. Prawda, że ocenianie stanu normalnego lub chorobowego komórek wogóle jest jeszcze bardzo a bardzo niepewne; prawda, że dotąd tylko niejako grubsze, cięższe zmiany chorobowe komórek oceniać umiemy. Dalsze studya, oparte na dokładniejszej aniżeli dotąd znajomości struktury komórki, nauczyć nas muszą oznaczać istniejące zmiany chorobowe komórek, które wskutek naszej dotychczasowej niewiadomości z ich wejrzenia uważamy za normalne. Faktem jest, że t. zw. *hepatargia*, niezdolność czynnościowa, istnieje, że sprawia ona ten skutek, jak gdybyśmy coraz więcej miąższu wątroby usuwali i pozbawiali ustrój coraz większej części narządu, chroniącego go od zatruwania się wytworami chemicznymi, pochodzącymi z przewodu pokarmowego.

Czy moment mechaniczny nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu żółtaczki? Nie, tak nie jest, odgrywa on pośrednią rolę. Wiemy przecież, iż w przypadkach zatkania, niedrożności głównego przewodu żółciowego powstaje żółtaczka; związek między przerwą odpływu żółci, a żółtaczką, nie da się zaprzeczyć. Wiemy również, iż po usunięciu chirurgicznem np. kamieni żółciowych, zatykających przewód żółciowy, żółtaczka ustępuje, a wątroba dalej jest czynną z różną energią, zależną od stopnia stałych zmian, jakie w ciągu dłuższy czas trwającego zatkania przewodu żółciowego w wątrobie rozwinąć się mogą, a które tu pomijam, jako ze sprawą patogenezy żółtaczki nic wspólnego nie mające. Związek ten pomiędzy zamknięciem dróg żółciowych, a żółtaczką jest, zdaniem mojem, tylko pośredni.

Zatkanie przewodu żółciowego sprowadza za sobą napełnianie się żółcią, z samego początku normalnie przez wątrobę wytwarzaną, głównego przewodu i grubszych gałęzi dróg żółciowych wśród wątroby. Przy pewnym stopniu napełnienia grubszych przewodów żółciowych uciskają one żyły śródwątrobowe, a w dalszym ciągu powstaje rozszerzenie naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych. To rozszerzenie naczyń włoskowatych krwionośnych wśród zrazików spotyka się w przypadkach przewlekłej żółtaczki u człowieka, spotykają i stwierdzają eksperymentatorowie, którzy studyowali wątrobę po podwiązaniu głównego przewodu żółciowego u zwierząt, a co i w naszym instytucie stwierdził dr. Gliński. Powstaje więc zaburzenie w krążeniu śródzrazikowem, objawiające się niekiedy nawet wybroczynami. Zaburzenie to w krążeniu żylnem i włoskowatem krwionośnem jest analogiczne z tem, jakie spotykamy w nerce, przynajmniej w pierwszych dniach po podwiązaniu moczowodu. Przekrwienie zrazików, a mianowicie części ich środkowych około żyłki środkowej (*vena centralis*), to pierwszy krok ku powstaniu żółtaczki, dostania się żółci w obieg ogólny. Związek między przekrwieniem śródzrazikowem, a żółtaczką wyjaśnimy później.

Momentu mechanicznego jakiejkolwiekbądź przyrody w wielu przypadkach żółtaczki nie ma wcale w żadnej części dróg żółciowych, ani wśród, ani też po za wątrobą. Spotykamy się z żółtaczką w przypadkach transfuzyi krwi, zatruciach substancyami chemicznemi, wpływającemi na krwinki czerwone, przeprowadzającemi hemoglobinę w roztwór, w toku chorób zakaźnych ostrych, w przypadkach hemoglobinemii, pod wpływem psychicznym i t. d. Powstawanie żółtaczki w tych przypadkach tłómaczą dotąd zboczeniami czynności samych komorek wątrobnych, w ogólności stanem chorobowym komórki wątrobnej (*icterus akathecticus*, *parapedesis bilis*, *paracholia*), która w nieprawidłowym kierunku żółć ku naczyniom limfatycznym wydala.

Wspomniałem powyżej, że obraz mikroskopowy co do siedziby złogów żółci w naczyniach krwionośnych włoskowatych, komórkach ściennych naczyń, co do wejrzenia komórek wątrobnych, jest nawet w ostrej formie żółtaczki, jak po zatruciu psa toluilendiaminą lub w żółtaczce noworodków, dalej u psa np. po kilkudniowem zwężeniu głównego przewodu żółciowego ten sam, co w przewlekłych formach żółtaczki. Szczegół ważny, który świadczy, iż w różnych tych formach żółtaczki przyczyna i sposób dostawania się żółci w obieg ogólny jest jeden i ten sam. (Dok. nast.)

III. **Ze Szpitala Sgo Ludwika i Kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.**

W sprawie gruźlicy u dzieci.

(Częstość i szerzenie się gruźlicy u dzieci; uwagi nad jej rozpoznawaniem).

Podał
Dr. Jan Raczyński
Docent pedyatryi Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

Wymieniając w dalszym ciągu objawy, które zużytkowujemy do rozpoznawania gruźlicy u dzieci, zaznaczyć muszę wielką ważność wyników badania narządu wzrokowego. Tutaj posłużyć nam mogą już pewne właściwości w odcieniu barwy białkówki, znamienne dla oczów u gruźliczych; dalej stałe rozszerzenie źrenic, mające się przydarzać u osób gruźliczych, wskutek podrażnienia nerwu spółczulnego (Harington); świeże lub przebyte zapalenia pryszczykowe i t. d.; ale największą wagę przywiązywać należy do wyniku badania dna oka, mianowicie co do obecności gruzełków. Jest to objaw równoznaczny z wykazaniem prątka gruźliczego w jednej z wydzielin lub tkanin ustroju; w dyagnostyce gruźlicy u dzieci jest to prawie jedyny pewny objaw, tem większego nabierający znaczenia, że przydarza się w przypadkach, w których rozpoznanie jest najtrudniejsze, t. j. w gruźlicy ogólnej.

Patologia uczy nas, że rozmiękłe ognisko gruźlicze, komunikujące z naczyniem, może dać powód do przedostania się do krwi zarazka gruźliczego i rozprzestrzenienia się tą drogą po ustroju; wiemy również, że przedostanie się takie zwykle nie odbywa się jednorazowo (*„auf einen Schub“* Weigerta), lecz że dziać się to może przez pewien czas; wiemy wreszcie, że przedostanie się prątków gruźliczych nie zawsze odrazu prowadzi do sprawy chorobowej zw. *tuberculosis miliaris acuta*, gdyż czasami upływa pewien czas, a sprawa chorobowa przybiera charakter przewlekły.

Na podstawie znajomości patogenezy tej sprawy chorobowej z wyników sekcyjnych, wykazujących tak znaczny odsetek gruźlicy ogólnej u dzieci, twierdzićby też można, że tego rodzaju przewlekłe gruźlice ogólne nie są rzadkie. Od rozpoznania usuwają się one jednak prawie zupełnie. Jak nieocenionym może być w tych przypadkach wynik badania dna oka, pouczyć może nader zajmujący przypadek, spostrzegany przezemnie wspólnie z ś. p. Drem Fr. Sroczyńskim;

P. F., żona urzędnika poczt., przyprowadziła do mnie w maju 1898 r. dziewczynkę 3-letnią, (dziecko odbyło pieszo drogę z ulicy Blichowej do rynku) opowiadając, że dziecko przebyło przed kilku miesiącami krztusiec, w czasie którego gorączkowało, poczem powróciło do zdrowia; przed tygodniem zaczęło gorączkować, a obecnie gorączka minęła, dziecko jakby zdrowe, ale trochę chudnie, nie ma łaknienia, ani humoru, a nadto zauważono pogorszenie wzroku.

Przedmiotowo stwierdziłem u dziecka dość dobrze odżywionego, niegorączkującego, powiększenie wszystkich gruczołów chłonicznych i migdałków; — wywiady co do zdrowia matki wykazały, że cierpi ona na chorobę piersiową, połączoną z krwotokami i t. d.

Nie znalazłszy przyczyny dla opisywanych przez matkę objawów ze strony narządu wzrokowego, odesłałem ją do zbadania ócz dziecka do ś. p. Dra Doc. Fr. Sroczyńskiego, który stwierdził na obu oczach obecność gruzełków w naczyniówce. Ten wynik badania oczów wyjaśnił całą sprawę; opierając się na tym objawie, można było rozpoznać gruźlicę prosówkową ogólną, *(tuberculosis miliaris)*, przypuszczając, że przed kilku dniami, czy też dawniej, a może być, że właśniewówczas, kiedy matka zauważyła gorączkę, nastąpiło rozsianie prątków po ustroju z których pewna część dostała się z prądem krwi do naczyniówki. — Odpowiednio do rozpoznania należało matkę przygotować na prawdopodobieństwo dalszego przedostawania się zarazków gruźliczych do krwi i niekorzystne zejście. Nastąpiło to rzeczywiście, dziecko zmarło wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowych w dwa tygodnie później.

Ten pokrótce skreślony przebieg naszego przypadku jest pouczającym przykładem, jak niepostrzeżenie, bez gorączki, prawie bez objawów, bez nadwerężenia sił dziecka, przebiegać może tak groźna sprawa chorobowa, jaką jest gruźlica ogólna, a równocześnie wykazuje najlepiej jak niesłychanie ważne jest badanie ócz nietylko, jak to zwykle bywa, dla wykazania przyrody zapalenia opon mózgowych, ale w ogóle w przypadkach, w których podejrzywamy tak często u dzieci gruźlicę ogólną.

Między środkami, służącymi do rozpoznawania gruźlicy, zajmuje wybitne miejsce tuberkulina. Wypowiedziano już o niej bardzo wiele zapatrywań. Po przejściu okresu gwałtownego starcia się zdań za i przeciw, urabia się dziś zapatrywanie, poparte dłuższem doświadczeniem na dużym materyale (Hutinel, Beck), że tuberkulina jest pewnym środkiem dyagnostyeznym, a odpowiednio zastósowana, środkiem nieszkodliwym [1]). Jasnem jest, że, jako środek rozpoznawczy, może ona być zastósowaną w przypadkach podejrzywania gruźlicy u dzieci niegorączkujących.

Usprawiedliwione, czy nie usprawiedliwione obawy przed stósowaniem tuberkuliny, a równocześnie dążenie wyzyskania odczynu gorączkowego ustroju dla rozpoznania, naprowadziły na myśl stósowania w tym celu podskórnych wstrzykiwań płynów obojętnych dla ustroju, jak n. p. wody z dodatkiem chlorku sodowego. Francuscy badacze nazwali te płyny surowicą sztuczną „serum artificiel“. Pierwsze poważniejsze doświadczenia z tą surowicą, przeprowadzone przez Hutinela (1895), wykazały, że środek ten wywołuje rzeczywiście w przypadkach rozwiniętej gruźlicy, zwłaszcza płuc, odczynową gorączkę do 39^0 C., że jednak posiada on te ujemne strony, iż w przypadkach gruźlicy utajonej zawodzi; dalej, że czasem wywołuje on znaczne podniesienie ciepłoty u osobników niegruźliczych; innemi słowy, z doświadczeń Hutinela wynikło, że surowica sztuczna tego składu nie daje pewnych wyników, dających się użyć w rozpoznaniu gruźlicy.

Tymczasem w r. 1897 pojawiło się doniesienie Sirota, który zmieniwszy skład surowicy przez dodanie siarkanu potasowego i siarkanu magnowego, uzyskał, na niewielkiej wprawdzie liczbie chorych, wyniki zadawalniające.

Wobec tych sprzecznych zdań [2]) uważałem za rzecz odpowiednią wykonać z tą surowicą kilka doświadczeń, tem bardziej, że doświadczenia mogłem wykonać w większym rozmiarze na użyczonym mi łaskawie przez prof. Jakubowskiego materyale szpitala Śgo Ludwika. Przyrządziłem w tym celu płyn według Sirota *(Natri chlorati 6.0, Na-*

---

[1]) Obaj referenci „O sprawie gruźliczej u dzieci“ w sekcyi pedyatr. Zjazdu międzynar. w Paryżu wyrazili się niekorzystnie o tuberkulinie.

[2]) Było to w r. 1898; praca Poljakowa z tegoż roku wówczas nie była mi znaną; później przekonałem się, że wyniki jej są zupełnie zgodne z moimi.

tri sulfurici 10, Magn. sulfur. 2, Aquae d. 1.000), aby przedewszystkiem wykonać kilka próbnych doświadczeń na osobnikach zdrowych. Doświadczenia te miały też na celu oznaczenie dawki, choćby w przybliżeniu; Sirot wstrzykiwał dorosłym 20 sz. ctm.; u dzieci należało stósować od 3—10 sz. ctm.

Pierwsze doświadczenia wykonałem na zupełnie zdrowym 10-letnim chłopcu, któremu wstrzyknąłem 10 sz. ctm., a zabieg ten nie wywołał żadnego odczynu, lub zaburzenia w ustroju. W dwa tygodnie później powtórzyłem doświadczenie na tym samym osobniku, wstrzykując mu 15 sz. ctm., a tym razem wywołałem bardzo typowy odczyn gorączkowy; w ciągu 3-ch godzin po zabiegu ciepłota podniosła się do 39·6, a po 16 g. opadła znów do prawidłowej. To drugie doświadczenie wzbudziło we mnie pewną nieufność do surowicy Sirota; jeżeli ustrój zdrowy, a za takiego musiałem uważać badanego, przy przekroczeniu pewnej dawki tak wybitnie oddziaływa, to jasnem jest, że nieznając dawki dla danego osobnika, często możemy tę nieznaną dawkę mimowoli przekroczyć, wywołać odczyn gorączkowy i odnieść go do nieistniejącej gruźlicy. Ale nie był to jedyny zawód w tych doświadczeniach; temu możnaby jeszcze zaradzić, wstrzykując małe dawki. — W dalszym ciągu doświadczeń zawiodła mnie ta surowica, nie wywołując odczynu gorączkowego w przypadkach rozwiniętej gruźlicy, stwierdzonej później sekcyą. Tak n. p. nieotrzymałem podniesienia ciepłoty w przypadku gruźlicy płuc o przebiegu przewlekłym u 9-letniego chłopca, nadzwyczaj wyniszczonego chorobą, jak również u 4-letniej dziewczynki, której zastrzyknąłem 5 sz. ctm. owej surowicy w pierwszym okresie później sekcyją stwierdzonej *meningitis tuberculosa*.

Nie mogę jednak twierdzić, aby wszystkie doświadczenia szły tak na opak, — przeciwnie z 30 kilku doświadczeń (szczegółów nie przytaczam) wypadło przeszło 20 nadzwyczaj jasno, odczyn gorączkowy występował w ciągu 3—7 godzin po zastrzyknięciu, ciepłota dosięgała lub przekraczała 39° C., aby po upływie mniej więcej 24 godzin ustąpić zupełnie. O dzieciach tych można było przypuszczać, że były gruźlicze, a było to tem więcej ciekawe, że były między niemi także przypadki, klinicznie jako zołzy się przedstawiające, jeden przypadek *lymphongioma colli* i t. d. W kilku dalszych przypadkach nie otrzymałem wcale odczynu; u reszty wystąpiło podniesienie ciepłoty ciała, nie przekroczyło jednak 38° C., a wynik taki był wątpliwy.

Prawda, że wobec pierwszych doświadczeń i stałej obawy, że odczyn pochodzi z przekroczenia dawki, takie same wątpliwości można było mieć i co do przypadków, w których odczyn wystąpił wybitnie. Ztąd też i ogólne wrażenie tych doświadczeń jest takie: że surowica sztuczna, użyta jako środek rozpoznawczy, w wielu razach pozostawi nas w tej samej niepewności, tak jak i inne środki, służące do rozpoznawania gruźlicy.

Nieotrzymawszy korzystnych wyników z doświadczeń nad sztuczną surowicą, zadałem sobie pytanie, czy do wykazania przynajmniej niektórych postaci gruźlicy nie możnaby użyć badania krwi pod względem obecności w niej prątków gruźliczych? Nie ulega wątpliwości, że prątki gruźlicze we krwi się znajdować mogą, jest to bowiem naturalnem następstwem, że się tak wyrażę, mechanizmu uogólniania się gruźlicy. Jeżeli bowiem zarazek gruźliczy roznoszony bywa po ustroju drogą krążenia, jeżeli nadto, jak to słusznie Weigert twierdzi, nie odbywa się to na jeden raz, to mimo znanego faktu, że prątek gruźliczy we krwi się nie rozwija, przecież muszą być pewne okresy czasu, w których on się we krwi znajduje. Podjęcie badań w tym kierunku u dzieci wydawało się tem więcej uzasadnione, że właśnie u dzieci częste są te postacie gruźlicy, w których przychodzi do przedostania się prątków gruźliczych do krwi; w mojem zestawieniu (*Przegląd lekarski* Nr. 29 b. r.) blizko połowa dzieci, ginących do 3 roku życia z gruźlicy, uległa gruźlicy ogólnej. Znajdując uzasadnioną myśl samą, należało zastanowić się nad sposobem badania; znane są prace Lustiga, Stickera i t. d., którym udało się wykazać prątki gruźlicze we krwi w przypadkach gruźlicy ogólnej za pomocą badania wprost pod mikroskopem kropli krwi, odpowiednio zabarwionej, wiadomo jednak, jak tego rodzaju badania tylko niesłychanie rzadko uwieńczone zostają wynikiem dodatnim. Należało więc obrać inną drogę, a najprostszą i najpewniejszą wydawała się droga, używana także do wykazania gruźlicy w tkankach, wydzielinach i t. d., to jest droga doświadczalna.

Doświadczeń tego rodzaju, o ile mi wiadomo, dotąd nikt nie wykonywał; badania Maragliano odnosiły się do toksyczności krwi gruźliczych.

Wykonanie samego doświadczenia przedstawiało się bardzo prosto; należało wziąć pewną ilość krwi z chorego na gruźlicę ogólną i zaszczepić ją zwierzęciu.

W maju 1899 przedsięwziąłem też, przy chętnej pomocy asystenta kliniki pedyatrycznej, Dra Ks. Lewkowicza, tego rodzaju doświadczenia i wziąwszy w trzech przypadkach, później sekcyą stwierdzonej gruźlicy ogólnej i równoczesnego zapalenia gruźliczego opon mózgowych, po 1—3 sz. ctm. krwi z żyły pośrodkowej, zastrzykiwaliśmy ją natychmiast, poprzednio tuberkuliną badanym świnkom.

We wszystkich trzech przypadkach wynik tych szczepień był ujemnym, zwierzęta nie okazywały żadnych zmian gruźliczych.

Czy wobec tego możemy twierdzić, że prątków gruźliczych we krwi w tych przypadkach w chwili badania nie było? Mojem zdaniem, nie, gdyż przedewszystkiem mogły być, ale w tak niewielkiej ilości, że niewystarczyły do wywołania gruźlicy u świnek; powtóre, twierdzimy, że gruźlica ogólna przychodzi w ten sposób do skutku, iż prątki z krwią tętniczą krążąc dostają się jak na sączki do narządów i tam też się zatrzymują, t. j., że prątki głównie znachodzić się będą w krwi tętniczej; tymczasem my badaliśmy krew z żyły. Stać się więc mogło, że to był jeden z powodów ujemnego wyniku doświadczeń; może być, że biorąc krew z tętnicy, bylibyśmy w stanie udowodnić obecność w niej prątków, ale byłby to już zabieg większy, a dotychczasowe doświadczenia były wystarczające dla wykazania, że i tą drogą celu zamierzonego, tj. korzyści dla klinicznego rozpoznania nie osiągniemy.

IV. Wyciągi.

Prof. Kruse (Bonn). **O czerwonce, jako chorobie pospólnej i o jej przyczynie.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1900, Nr. 40). W osta-

tnich dwudziestu latach nie pojawiała się w państwie Niemieckiem prawie wcale nagminna czerwonka, prócz Prus i Poznańskiego. Ostatni groźny jej wybuch na zachodzie Niemiec w roku 1870 pozostawił wprawdzie przez kilka lat następnych pomniejsze ogniska, jednakże później i one zupełnie wygasły, aż dopiero teraz pojawiła się czerwonka na nowo ze znacznem nasileniem w zachodnich fabrycznych okolicach Niemiec. Kruse ostrzega, że stamtąd może być przez ruchomą ludność robotniczą rozwleczoną po całych Niemczech, podobnie, jak po wojnie francusko-pruskiej rozwleczoną została przez wojsko. Kruse, znany już z badań nad etyologią dysenteryi stref gorących, którą przypisuje działaniu pełzaków, wyprawił się w r. b. do Laar, gdzie od lipca grasuje czerwonka, aby wykryć przyczynę choroby. Przedewszystkiem stwierdził, że nie są nią pełzaki (znalazł je tylko w jednym przypadku). Natomiast badając grudki ropne, zawarte w stolcach wczesnych okresów czerwonki, zdołał w tych grudkach wykryć, a następnie wyhodować prątki, które uważa za właściwą przyczynę choroby i wprost już prątkami czerwonki nazywa. Prątki te hodowlą swoją najwięcej przypominają prątki durowe, jednakże różnią się od nich bardzo znacznie postacią; różnią się także znamiennie od prątka okrężnicy *(b. coli)*. Wprawdzie doświadczalnie nie powiodło się Krusemu wywołać zapomocą nich czerwonki u zwierząt (nawet u bardzo na dysenteryę stref gorących wrażliwych kotów), jednakże stałe ich znachodzenie się w stolcach chorych, oraz zjawisko aglutynacyi (zlepiania się), jakie w hodowlach wywołuje surowica ozdrowieńców po czerwonce, przemawiają za rolą przyczynową wykrytego drobnoustroju. Zupełnie podobne prątki wykrył zresztą niedawno Shiga w przypadkach nagminnej czerwonki w Japonii.

Ciechanowski.

Doc. Bernheim (Zurich). **O drobnoustrojach, wywołujących zapalenie płuc, a podobnych do dwoinek zapalenia opon mózgowych.** *(Deutsche med. Wochs.* 1900, Nr. 40). W przypadku ogniskowego zapalenia płuc u 14 mies. dziecka, w którym — zwykły zresztą — przebieg zakończył się szybko śmiercią, wykrył B. w płucach dwoinki, zupełnie podobne postacią i hodowlą do *meningococcus intracellularis* Weichselbauma. Wprawdzie dwoinki Weichselbauma wywołują, jak stwierdzono wielokrotnie, — wtórne zapalenie płuc w przebiegu zapalenia opon, jednakże dotąd nie opisano przypadku pierwotnie przez nie wywołanych zmian w płucach, aczkolwiek jest wielce prawdopodobne, że t. zw. *coccus catarrhalis* Pfeiffera, będący przyczyną śmiertelnych niekiedy zapaleń oskrzeli u osesków, nie jest niczem innem, jak dwoinką Weichselbauma. Zestawiając spostrzeżenia Pfeiffera ze swoim przypadkiem, wysnuwa z tego autor wskazówkę, że na owe, napozór nieraz dość niewinne, nieżyty oskrzelowe u dzieci należy odtąd baczniejszą zwracać uwagę, bo w tych razach, w których wywołał je *meningococcus*, może on drogą oskrzeli wtargnąć w głąb ustroju i doprowadzić do zabójczego zapalenia opon. *C.*

Sommerfeld. **Użytek termoforu na mleko.** *(Berlin. klin. Wochs.* 1900. Nr. 41). Termofory na mleko, wprowadzone niedawno do handlu, spotkały się odrazu z niedowierzaniem. Wszak w obawie przed rozwojem bakteryi nauczono się mleko po wyjałowieniu przechowywać w lodowni, tymczasem wbrew tej regule ma właśnie termofor utrzymywać mleko na ciepło (około 50° C), zaoszczędzając przygrzewania mleka przed podaniem dziecku. Tymczasem badania Dunbara, Dreyera i Kobraka niespodziewanie wykazały, że ilość bakteryi w mleku, przechowywanem w termoforze, nie wzrasta. S., badając wartość termoforów z polecenia prof. Bagińskyego, w zupełności potwierdza to spostrzeżenie i dochodzi do następujących wniosków: Surowe mleko, po przechowaniu przez (przynajmniej!) 5 godzin w termoforze zawiera tylko bardzo mało bakteryj, i to nie więcej niż mleko, wyjałowione sposobem Soxletha lub wygotowane, a niekiedy nawet wcale bakteryj nie zawiera. Pięciogodzinne działanie termoforu niszczy w mleku napewno prątki durowe i gruźlicze. Prątki, tworzące zarodniki, zachowują się w mleku surowem zupełnie taksamo, jak wszystkie inne prątki, t. j. giną w termoforze. Wreszcie działanie termoforu jest korzystne także dla mleka gotowanego, pasteuryzowanego lub wyjałowionego, gdyż znajdujące się jeszcze w takiem mleku prątki, w termoforze szybko giną, a po 5 godzinach często nie ma ich ani śladu. Wobec tego zaleca S. gorąco termofory, których jedyną wadą jest obecnie dość wysoka jeszcze cena. *Z.*

Prof. Kehrer (Heidelberg). **Rzadki przypadek azoospermii.** *(Münch. med. Wochenschft Nr. 36, 1900).*

W przypadku tym, który dla swej oryginalności zasługuje na szczególniejszą wzmiankę, wymagał pacyent od autora kategorycznej decyzyi, czy on (pacyent) jest zdolnym do rozpłodu, tem bardziej, że według zeznania żony, ojcem istniejących dwojga dzieci miał być innym mężczyzna. Na podstawie tedy ścisłego badania, wykazującego zupełną azoospermię, pooperacyjny brak jednego jądra, nadto przebytą przewlekłą rzeżączkę, oświadczył autor, że pacyent wprawdzie jest płciowo zdolnym, jego nasienie atoli nie ma siły zapładniającej — wobec czego zeznanie żony zasługuje na zupełną wiarę. K. więc radzi wszystkim młodym ludziom, którzy przebyli przewlekłą rzeżączkę, a w ciągu tego i zapalenie jąder, poddać się przed ożenieniem ścisłemu badaniu lekarskiemu, by w ten sposób zapobiedz późniejszym niesnaskom domowym. Referent nie może pominąć ciekawego jednego szczegółu, odnoszącego się do powyższego przypadku. Skoro rzeczony pacyent chciał się zrzec rzekomych swych dzieci, sąd zmusił go, by je stosownie wychował z tem nadmienieniem, że są zupełnie legalnem potomstwem, albowiem pacyent, jako ojciec (w obliczu prawa), nie zaprzeczył ojcowstwa zaraz w ciągu ich pierwszego roku życia, czego ustawa wymaga.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. Groedel (Nauheim). **Leczenie przewlekłego zapalenia nerek.** *(Deutsche Medicinal-Zeitung* 1900, Nr. 27). Stosowanie kąpieli w leczeniu przewlekłego zapalenia nerek natrafia czasem na poważne przeciwwskazania; do nich autor zalicza: 1) przypadki przewlekłego zapalenia miąższowego lub śród-miąższowego nerek, w przebiegu których od czasu do czasu występuje zaostrzenie sprawy zapalnej ze zwiększoną ilością białka i krwi w moczu; 2) przypadki śród-miąższowego zapalenia nerek, do których przyłączają się wysokiego stopnia zaburzenia w krążeniu krwi tak, że wywołują objawy zastoju, zadyszkę i t. d. przy rozszerzonem i niedomożnem sercu; 3) przypadki, w których marskość nerek schodzi się z silnem stwardnieniem tętnic: 4) wreszcie wszystkie te przypadki, przy których miały miejsce: udar mózgowy, obrzęk płuc, objaw Cheyne-Stockesa. Zatem wodoleczenie należy stosować tylko w tych przypadkach śródmiąższowego zapalenia nerek, w których zaburzenia w krążeniu krwi są jeszcze w początkowym okresie; takim chorym kąpiele w szczawach solankowych mogą przynieść istotną ulgę, a to przez pobudzenie czynnościowe skóry, podobne w skutkach do leczenia potnego, oraz przez wzmożenie przemiany materyi. Główne działanie tych kąpieli polega na korzystnym wpływie na serce, a tem samem na poprawę krążenia krwi, oraz na zmniejszenie się podmiotowych dolegliwości chorego. Kwas węglowy rozszerzając naczynia, zmniejsza w nich parcie ościenne, a tem samem ułatwia pracę sercu, na które kwas węglowy prócz tego wpływa skrzepiająco; zapewne do tego wpływu na obieg krwi i pracę serca należy odnieść zwiększoną ilość wydzielanego moczu. *A. K.*

Dr. L. Brodier i Dr. Durand-Viol. **Dusznica bolesna na tle dny.** *(La Presse médicale* 1900 Nr. 83). Dusznica bolesna u cierpiących na dnę nie należy do rzadkości i zależy od przyczyn nader rozmaitych. Są to bądź napady dusznicy istotnej, będącej następstwem zapalenia tętnicy głównej i zwężenia światła tętnic wieńcowych serca; bądź też cierpienie to jest przyrody newralgicznej, zależne od zwykłej niestrawności; wreszcie dusznica bolesna może być bezpośrednim następstwem dny, t. j. zależeć od wpływu skazy dnawej na splot sercowy i stanowić równoważnik napadów dny stawowej, z którymi dusznica często naprzemian występuje. Ta odmiana dusznicy bolesnej na tle dny dawno była znaną i przyjętą przez wszystkich autorów. Ze względu na nadzwyczajną rzadkość sekcyi zwłok takich chorych, autorowie przytoczyli przebieg choroby spostrzeganego przez nich przypadku i podali szczegóły anatomiczne, których dostarczyła sekcya. Wnioski ich są następujące: ponieważ sekcya nie wykryła żadnej zmiany w tętnicy głównej i w tętnicach wieńcowych serca, przeto sądzą autorowie, że napady dusznicy bolesnej, spostrzegane za życia, należy odnieść do rwy splotu sercowego. Napady dusznicy bolesnej występowały u tego chorego naprzemian z napadami dny stawowej. Wystąpienie nagłe dusznicy bolesnej bezpośrednio po ustaniu napadu dny stawowej ma być, według Hucharda, cechującem dla napadów dusznicy na tle dny, czyli, że w przypadku, opisanym przez autorów, mieli oni do czynienia z dną splotu sercowego. *A. K.*

Bozzalo. **Najwcześniejsze objawy gruźlicy.** *(The Lancet* 1900 Nr. 31). Do najwcześniejszych oznak zapowiadających gruźlicę, Bozzalo zalicza: 1) białkomocz naprzemian z fosfaturyą; 2) błednicę wrzekomą, różniącą się od błednicy istotnej mniej wybitnem zmniejszeniem się hemoglobiny i mniejszem natężeniem objawów w zakresie krążenia krwi; 3) zaburzenia w trawieniu (brak łaknienia, gastralgia, nudności, wymioty); 4) przyspieszenie tętna w stanie bezgorączkowym; 5) obniżenie parcia śródnaczyniowego; 6) podniesienie ciepłoty po zmęczeniu cielesnem lub umysłowem; 7) łatwe pocenie się przy wysiłku cielesnym lub umysłowym, poty nocne; 8) bóle czołowe, nad oczami i w karku; 9) nieznaczną nierówność źrenic, silnie zwykle rozszerzonych; 10) występowanie półpaśca; 11) obrzęk śledziony. *A. K.*

na wsi pod strzechą wiejską. U obu nie dostrzeżemy w kierunku rozwoju władz umysłowych subtelniejszych różnic mniejwięcej do szóstego miesiąca życia; lecz w tym czasie, gdy wogóle już dzieci zaczynają poznawać matkę i niańkę, zwracać uwagę na różne przedmioty, dziecię wychowywane pod strzechą wiejską, zapoznając się ze swem otoczeniem, wpatruje się z wielką ciekawością w płonące na kominie ognisko, zwraca uwagę na uwijającą się po podłodze kurę z kurczętami i sięga rączką, by je pochwycić. Wyniesione na próg domu, z ciekawością patrzy na pasące się stado gęsi, śledzi wzrokiem ruchy powracającego z pola bydła i koni. Obrazy te, przesuwając się codziennie przez rok cały przed wzrokiem dziecka, utrwalają się w jego pamięci, a ptactwo i zwierzęta domowe stają się jego dobrymi znajomymi. Gdy przy końcu drugiego roku życia zacznie na dobre chodzić i biegać, nie boi się wcale znanego mu już ptactwa i zwierząt. Odważnie wpada z małym pręcikiem w ręku między stado gęsi, które spłoszone, ku jego i rodziców wielkiej uciesze, rozpierzcha. Również bez obawy zbliża się wyzywająco do krowy i konia, a od zapędów tych ostrożna matka wstrzymywać go musi, by nie doznał szwanku.

Jeśli do tej samej zagrody wiejskiej wprowadzimy nagle dwuletnie dziecię, wychowywane w mieście, to ten świat nowy i nieznany wprowadzi go w zdumienie. Wszystkiemu, co tu zobaczy, przyglądać się będzie równocześnie z ciekawością i zaniepokojeniem. Wyniesione na podwórko na ręku matki lub trzymając się silnie jej sukni, obserwować będzie ptactwo i zwierzęta z pewnem niedowierzaniem i obawą. Pozostawione przypadkowo samo, natknąwszy się zblizka na jedną niewinną gąskę, popadnie w śmiertelną trwogę, a obraz jej, jakby apokaliptycznego potwora, pozostawi w jego wyobrazni głębokie wrażenie i stać się może przyczyną więcej nerwowego usposobienia na przyszłość.

Dwa dopiero co opisane, a wszystkim dzieciom bez wyjątku właściwe instynkta: ciekawości i ducha zachowawczego, znane są dobrze pedyatrze i liczy się z nimi zawsze przy obserwowaniu i badaniu małych pacyentów (szczególniej w wieku między drugim a czwartym rokiem życia). By pozyskać ich zaufanie, powinien lekarz, wchodząc do pomieszkania, nie zwracać się wprost i szybko do dziecka, lecz przez pewien czas udawać, że go nie widzi, dając mu w ten sposób możność do zaspokojenia ciekawości i przyzwyczajenia się do obecności nowego przybysza. Wśród tego nawiązać należy z matką rozmowę, ale nie o małym pacyencie, lub o jego chorobie, lecz o takich przedmiotach, lub rzeczach, znajdujących się w pomieszkaniu, które dziecko zna i niemi się zajmuje, jak np. o wiszącym na ścianie zegarze, lub o świecących ramach obrazu. Dziecię zwykle rozmowę taką rozumie, przysłuchuje jej się z ciekawością i w loice swej dochodzi do wniosków, że skoro nowego przybysza matka się nie boi i ono bać się go nie potrzebuje; a to tembardziej, że temu nowemu przybyszowi podobają się też same przedmioty i zabawki, co jemu. Tak postępując, lekarz wpływa uspakajająco na instynkty: ciekawości i zachowawczy i po chwili spokojnie do dziecka zbliżyć się może.

W wykładzie moim zająłem się nieco obszerniej opisem kilku szczegółów, odnoszących się do rozwoju władz umysłowych u dzieci; uczyniłem to jednakże w tym celu, by udowodnić, że przy obecnym kierunku gruntowniejszych badań co do powstawania i rozwoju ducha ludzkiego przez psycho- i socyologów, w dostarczeniu materyału kazuistycznego lekarz pedyatra pomocnym być może. Na potwierdzenie powyższego zdania nadmienić muszę, że Dr W. Preyer zajmując się od r. 1880 z wielkiem zamiłowaniem psycho-genezą człowieka, śledząc za pierwszymi zawiązkami powstawania i rozwijania się władz umysłowych, z największą ścisłością spostrzegał własnego syna od urodzenia do końca trzeciego roku życia, spisując trzy razy dziennie dostrzeżone u niego objawy rozwijających się zmysłów i władz umysłowych. Na podstawie poczynionych spostrzeżeń spisał dzieło objętości 462 stronic [10]), które od roku 1895 doczekało się czterech wydań.

Znakomity francuski psycholog Gabriel Compayré, rektor akademii w Lyonie, w dziele: „Evolution intellectuelle et morale de l'enfant", uwieńczonem przez akademię francuską, (a o którem już powyżej wspomniałem), w wielu miejscach przy omawianiu spraw, odnoszących się do rozwoju władz umysłowych u dziecka, powołuje się na spostrzeżenia Preyera, jako obecnie najpewniejszego obserwatora-lekarza, znającego dziecko.

Lecz nie na tem jeszcze kończy się zakres działania pedyatry. Wspólnie z chemikiem pracuje on nad udoskonaleniem i obmyśleniem najodpowiedniejszego pożywienia dla dziecka w pierwszym roku życia, któreby pierś macierzyńską zastąpić mogło. Jest to jedna z najżywotniejszych spraw w obecnej dobie, gdy kobiety, coraz więcej oddając się pracom w zakładach i fabrykach, zajmując stanowiska w zakładach przemysłowych, biurach, urzędach i szkołach, coraz mniej mają czasu i coraz mniej poczuwają się do obowiązku macierzyńskiego karmienia dzieci, wskutek czego coraz liczniejsza rzesza nowo na świat przychodzących niemowląt sztucznie musi być żywioną.

Wreszcie, gdy patologowie wśród poszukiwań histologicznych odkryli drobnoustroje, stwierdzając, że w nich tkwią przyczyny chorób zakaźnych i gdy w ostatnich latach dla zwalczania ich zostały wynalezione swoiste leki w antytoksynach, na pedyatrę, który u dzieci spotyka się najczęściej z najgroźniejszemi chorobami zakaźnemi, w pierwszym rzędzie spadł obowiązek stósowania tych nowych leków i wydawania opinii o ich skuteczności. Jak pedyatrzy z zadania tego się wywiązują, stwierdza piśmiennictwo, a głównie wykazy i szczegółowe sprawozdania, ogłaszane drukiem w rocznikach, poświęconych chorobom dzieci. Za przykład posłużyć może dopiero co w lipcu r. 1900 ogłoszona drukiem statystyczna rozprawa Dra Siegerta, docenta w Strassburgu, na temat: „Cztery lata przed i po wprowadzeniu leczenia błonicy surowicą" [11]). W rozprawie tej podaje autor, na podstawie materyału, zebranego ze sprawozdań szpitali dziecięcych w Europie (od r. 1890 do r. 1898), tablice statystyczne o dokonanych operacyach w przebiegu dławca błoniczego u dzieci, opierające się na imponującej liczbie 37.000 przypadków. Jeżeli na tem miejscu coś o własnym domu powiedzieć się godzi, to do zestawienia tej statystycznej pracy krakowski nasz szpital św. Ludwika przy-

[10]) »Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwickelung des Menschen in den ersten Lebensjahren«.

[11]) »Vier Jahre vor und nach der Einführung der Serumbehandlung der Diphterie«. Jahrbuch für Kinderheilkunde, dritte Folge, 2 Band, 1 Heft pag. 56—115.

czynił się liczbą 1017 w przebiegu dławca operowanych (tracheotomie, intubacye) i równocześnie surowicą leczonych przypadków.

Wśród wytrwałej pracy we wszystkich krajach zwiększają się zastępy zawodowych pedyatrów, którzy owoce swej pracy ogłaszają we własnych, dzisiaj licznych, czasopismach i rocznikach [12]).

[12]) Profesor Dr. Karol Hennig w najobszerniejszej dotąd historyi nauki o chorobach dzieci, wydanej w zbiorowem dziele Gerhardta „Handbuch der Kinderheilkunde" (tom I w ed. II 1882 pag. 73), wylicza celniejsze czasopisma, wydawane wyłącznie w zakresie tego przedmiotu. Od owego czasu w tej gałęzi piśmiennictwa peryodycznego znaczne zaszły zmiany. Mówiąc tutaj o postępie i rozwoju pedyatryi, uważam za stósowne podać wykaz szczegółowy, tak dawniej wydanych, jak i dotąd wychodzących roczników i czasopism.

I. Czasopisma, które już nie wychodzą:

1. Bibliothek für Kinderärzte, r. 1792—93, Wiedeń, wydaje Ahorner.
2. Sammlung auserlesener Abhandlungen über Kinderkrankheiten od r. 1830 do 1838, Praga, wydawca Franciszek Mexler, (ogółem tomów 8).
3. Analecten über Kinderkranheiten od 1834 do 1857 w Stuttgardzie (ogółem wyszło tomów 4).
4. Journal für Kinderkrankheiten od 1843 do 1872 w Erlangen. W poważnym okresie lat 30 zmieniali się wydawcy; byli niemi z początku Drowie Behrend i Hildebrand w Berlinie, przy końcu prof. Dr. Antoni Wintrich w Erlangen (ogółem wyszło tomów 59).
5. Österreichische Zeitschrift für Kinderheilkunde od r. 1855 do 1857 w Wiedniu pod redakcyą prof Mauthnera i Dra Krausa (tomów 2).
6. Österreichische Jahrbuch für Paediatrik od r. 1870 do r. 1877 w Wiedniu pod redakcyą prof. Rittershaina z Pragi i Maxymiliana Herza z Wiednia (tomów 7).
7. Centralzeitung für Kinderheilkunde od r. 1877 do r. 1879 w Berlinie, wydają Dr. Adolf Bagińsky z Berlina, Dr. Aloizy Monti z Wiednia (tomów 2).
8. Centralblatt für Kinderheilkunde w r. 1887 w Pradze pod redakcyą Raudnitza (tom 1).

II. Obecnie wychodzą następujące czasopisma:

1. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung od r. 1858, a w szczególności:
   a) Pod kierunkiem prof. Mayera, Drów Politzera i Szullera w Wiedniu od r. 1858 do 1866 (ogółem tomów 8);
   b) Nowe wydawnictwo (neue Folge) od r. 1868 do r. 1899 w Lipsku pod zmieniającemi się w ciągu lat redaktorami głównemi, z których jedynie przez cały czas stale spotykamy się z nazwiskiem prof. Widerhofera z Wiednia (ogółem tej drugiej seryi wydawnictwa, w ciągu 31 lat wyszło tomów 50).
   c) Trzecia serya rocznika (dritte Folge) rozpoczyna się z r. 1900 w Lipsku pod redakcyą Drów O. Heubnera, A. Steffena, H. v. Widerhofera.
2. Archiv für Kinderheilkunde wychodzi od r. 1880 w Stuttgardzie pod redakcyą Bagińskyego, Herza i Montiego (dawnych redaktorów niewychodzącego już Centralzeitung für Kinderheilkunde).

Jak widzimy, do tego czasu z zakresu pedyatryi wychodziły pisma peryodyczne tylko w języku niemieckim; umieszczali w nich jednak prace swe pedyatrzy innych narodowości, a szczególniej Francuzi i Anglicy. Od r. 1883 zaczynają wychodzić pisma peryodyczne z zakresu chorób dziecięcych i w innych językach, jako to (podaję tu znane mi):

3. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, od r. 1883 w Paryżu pod redakcyą Drów Cadet de Gassicours i de Saint-Germain.
4. Archivio di patologia infantile od r. 1883 pod redakcyą prof. Luigi Somma.
5. Revista de Enfermedades de Ninos od r. 1883 w Madrycie.
6. The archivies of pedatrics a monthly journal devited to the diseases of infants and children, od r. 1884 Jersey City N. J. wydawca William Perry Watson.

W ostatnich czasach wychodzą jeszcze w Niemczech:

7. Centralblatt für Kinderheilkunde od r. 1895 w Lipsku pod redakcyą Graetzera.
8. Der Kinderarzt od r. 1889 w Lipsku pod redakcyą Sonnenbergera.

W Moskwie wychodzi:

9. Dietskaja medicina (ros.), wydaje prof. Filatow.

W Niemczech, Ameryce i Francyi zawiązały się w ostatnim dziesiątku lat osobne stowarzyszenia pedyatrów, odbywające peryodycznie (zwykle corocznie) zjazdy i wydające szczegółowe sprawozdania z odczytywanych rozpraw i prowadzonych dyskusyi na posiedzeniach [13]).

Oto w ogólnych ramach ujęty zakres działania i obowiązków w dziedzinie nauk lekarskich i przyrodniczych zawodowego pedyatry, który, jeżeli z rozległego zakresu swej specyalności wybierze jeden szczegół do bliższego zbadania, gdy przy dociekaniu nasuwających się zjawisk i śledzeniu za ich przyczynami po długich miesiącach lub latach dojdzie do pewnych wyników, lecz dostrzeże, że w sprawie przezeń badanej nowe otwierają się wątpliwości, wymagające wyjaśnień, — powtórzyć musi tak prawdziwe, a od lat dawnych przez uznojonych, lecz nie strudzonych pracą badaczy wypowiadane zdanie:

„Ars longa, vita brevis".

[13]) Na 56 Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy we Freiburgu w r. 1883 zawiązało się stowarzyszenie pedyatrów: „Gesellschaft für Kinderheilkunde", które corocznie w miejscu odbywających się zjazdów przyrodników i lekarzy niemieckich miewa swe posiedzenia, z których ogłasza drukiem sprawozdania w osobnym roczniku: „Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde" (Redaktor Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden) Od r. 1883 wyszło takich sprawozdań 16. O czynności i żywotności stowarzyszenia pedyatrów w Niemczech świadczy ostatni rocznik (XVI) zjazdu w Monachium w r. 1899, obejmujący 340 stronic druku. Ze sprawozdania dowiadujemy się, że do stowarzyszenia w tymże roku należało 161 członków.

Stowarzyszenie pedyatrów w Ameryce istnieje od r. 1889; sprawozdania z odbytych zebrań wydaje w dzienniku: „Transactions of the American Pediatric Society", wreszcie takież stowarzyszenie we Francyi, zawiązane w r. 1899, wydaje: „Bulletins de la Societé de Pediatrie de Paris".

VII. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

III.

Na placu Alma w pałacu Kongresów znajduje się wystawa stowarzyszeń wstrzemięźliwości we Francyi, Rosyi, Niderlandach i Szwajcaryi. Ze stowarzyszeń francuskich wzięły udział w Wystawie trzy: 1) *Societé francaise de temperence* jest najstarsze, założone w r. 1872 przez Dra Lunier; przedstawiło ono w liniach graficznych znaną równoległość, zachodzącą między ilością spożywanego wyskoku, a liczbą zbrodni, samobójstw, rozwodów, pomięszania zmysłów i t. d. Obraz olejny przedstawia zestawienie dwojga dzieci, z których jedno krzywicze, pochodzi z rodziców opilców, drugie rozwinięte wspaniale po rodzicach wstrzemięźliwych. Stowarzyszenie to wydaje *Bulletin*, zawierający często poważne rozprawy z zakresu alkoholizmu, ogłasza broszury w celu szerzenia wstrzemięźliwości, rozdaje nagrody osobom odznaczającym się powściągliwością w piciu. 2) *L' Union française antialcoolique*, założone w r. 1895 przez Dra Legraina, posuwa wstrzemięźliwość do granic zupełnego powstrzymania się; wychodzi ono z zasady, że „umiarkowanie jest cnotą bez należycie określonych granic, przeto należy je odrzucić". Posługuje

się drukiem i mownicą do szerzenia swych zasad, posiada jadłodajnie przeciwalkoholiczne i dosięgło 45 tysięcy członków. Wydaje dwa czasopisma: *L'Alcool* i *La Revue Bleue*. 3) *L'Association de la jeunesse française tempérante* zostało założone w r. 1895. Stowarzyszenie to rekrutuje swych członków wśród młodzieży szkół gminnych; wychodzi ono z zasady, że wstrzemięźliwość nie stoi na przeszkodzie do używania napojów, wytworzonych przez kiśnienie (fermentacyę), jak wino, jabłecznik, piwo i t. d.; natomiast występuje bezwzględnie przeciw napojom przekroplonym, jak koniak i inne wytwory wyskokowe. Stowarzyszenie to zwalcza najostrzej piołunówkę (absynt), w wysokim stopniu, jak wiadomo, nadużywaną we Francyi. Tablice, wystawione przez pannę Leclere i pana Bocquillon, pouczają w sposób prosty i pouczający o niszczeniu zdrowia, które sprowadza piołunówka. Liczba członków tego stowarzyszenia wynosi 2000; posiada ono własny organ *La Jeunesse;* zresztą, jak i inne, wpływa na ogół drogą odczytów i broszur.

Francuzkie stowarzyszenia wstrzemięźliwości znajdują poparcie w prasie i produkcyach artystycznych malarzy.

W dziale wstrzemięźliwości zastępuje Szwajcaryę na wystawie stowarzyszenie „Błękitnego Krzyża“, założone w r. 1877 przez pastora Rochat. W istocie stowarzyszenie to jest raczej międzynarodowe, gdyż posiada sekcye we Francyi, Belgii i Niemczech. Trzyma się zasady wstrzemięźliwości bezwzględnej.

Niderlandy rozpoczęły walkę z opilstwem jeszcze w r. 1842, w którym powstało w tym kraju *Société Néerlandaise pour l' abolition des boissons fortes;* posiada ono własny organ *Volksvriend* (przyjaciel ludu). Stowarzyszenie to dało bodźca do założenia innych tego rodzaju związków, które uwidoczniły na wystawie swoją działalność o tyle skuteczną, że ilość wypijanego wyskoku w Niderlandach zmniejsza się z roku na rok. W Amsterdamie istnieje stowarzyszenie wstrzemięźliwości nauczycieli, którzy rekrutują członków wśród dzieci z ludu.

Stósownie do formy monarchicznej rządu, sprawa wstrzemięźliwości w Rosyi spoczęła w rękach władzy, która w r. 1895 zaprowadziła monopol wyrobu i sprzedaży wyskoku, biorąc tem samem pewną odpowiedzialność za jakość produktu. Monopol dał rządowi znakomite wyniki pieniężne, zapobiegł fałszowaniu wódki (co poniekąd mogłoby zachęcić do jej spożywania), ale w istocie nadużywaniu wyskoku tamy nie położył: kasując szynki, nie dozwalając używania wódki na kieliszki w lokalach jej sprzedaży, rząd tylko przeniósł miejsce pijaństwa z dawnych szynków do oberż i domostw prywatnych. Pragnąc zapobiedz nadużyciu i obejściu zarządzeń władzy, rząd rosyjski zorganizował urzędowe komitety wstrzemięźliwości po wielkich miastach, których zadaniem jest skierować lud do takich przybytków, w których czeka go rozrywka tańsza i zdrowiu nieszkodliwa. Rząd wymaga od tych urzędowych komitetów wstrzemięźliwości: 1) ażeby czuwały nad samą sprzedażą wyskoku w sklepach monopolu; 2) ażeby szerzyły wśród ludności zrozumienie niebezpieczeństwa, które za sobą pociąga nadużycie wyskoku; 3) dalej, by zakładały dla ludu herbaciarnie, czytelnie, urządzały zabawy, odczyty i t. d.: 4) budowały szpitale dla alkoholików; 5) wspierały stowarzyszenia prywatne, mające ten sam cel.

Rząd zasila pieniężnie urzędowe komitety wstrzemięźliwości, przeznaczając każdemu po 50.000 rubli rocznie. Statystyka wykazuje, że do dnia 1 lipca 1898 r. komitety te założyły 1713 herbaciarni, w których używanie napojów wyskokowych jest zakazane, 747 czytelni, 501 sal dla koncertów i odczytów, 91 teatrów ludowych i 138 orkiestr wiejskich. W r. 1899 rząd wyasygnował komitetom wstrzemięźliwości 7,500.000 franków. Liczba komitetów, w miarę dalszego zaprowadzania monopolu, wzrasta z roku na rok.

Wystawcy starali się uzmysłowić działalność urzędowych komitetów wstrzemięźliwości: część sali poświęcono na przedstawienie herbaciarni: cała budowa i sprzęty z drzewa, robota trwała, umożebniająca przestrzeganie czystości. Naprzeciw bufetu z herbatą i ciastem znajduje się szafa z książkami o treści zabawnej lub pouczającej; obok biblioteczki znajduje się pozytywka z mechanizmem automatycznym, grająca po wrzuceniu do szczeliny 5 kopijek; dalej ustawiono stereoskop z licznymi i rozmaitymi widokami. Na stole szachy, dzienniki illustrowane, wydawnictwa popularne i t. d. Na ścianach portrety rodziny panującej, obrazy treści religijnej itd. Wreszcie rysunki, przedstawiające złowrogie następstwa opilstwa, zastósowane do umysłów ciemnych i nieokrzesanych.

W tejże sali znajduje się znaczna liczba dokumentów, odnoszących się do założenia i działalności rządowych komitetów wstrzemięźliwości: są tu plany wszelkiego rodzaju budowli, należących do dzieła wstrzemięźliwości, teatrów ludowych na 200, 400 i 800 widzów; dalej idą fotografie, przedstawiające sceny z życia w herbaciarniach, czytelniach, podczas różnych uroczystości, przedstawień i t. d.

Dodać należy, że wszystkie wydatki, które ponosi rząd rosyjski dla zwalczania alkoholizmu, pokrywają się z dochodów, które przynosi tenże sam alkoholizm.

Umoralnienie tłumów możebne jest tylko przy podniesieniu w masie narodu skali rzetelnej oświaty: zabiegi rządu rosyjskiego ku zwalczaniu opilstwa zasługują na śledzenie z najwyższą uwagą. Stosunki społeczne w zachodniej Europie kształtują się w ten sposób, że sam ogół roztacza opiekę nad wszelkiem dobrem społecznem: na tej drodze już wiele pożytecznego zdziałano i wiele jeszcze pozostaje do zrobienia. Być nie może, by wśród reform, dążących do uzdrowienia, oświecenia i uszlachetnienia społeczeństw, ostało się opilstwo, będące właśnie zaprzeczeniem warunków dobrobytu, oraz zdrowia fizycznego, umysłowego i moralnego: do podjęcia walki z alkoholizmem na gruncie społecznym, zarządzenia rządu rosyjskiego stanowić mogą nieocenione studyum.

Dr. A. Kwaśnicki.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya psychiatryczna.

Zestawił Dr. B. Kupczyk.

Przewodniczący sekcyi Magnan zagaja posiedzenie przemówieniem, w którem kładzie nacisk na nowe kierunki, zmierzające do wyjaśnienia pewnej liczby chorób umysłowych wpływem zakażeń i samozakażeń. Wynika stąd dla psychiatry obowiązek zwracania bacznej uwagi na stan cielesny chorego i otwierają się nowe drogi dla zabiegów leczniczych.

Psychozy wieku pokwitania.

Marro (Turyn) streszcza wyniki swoich spostrzeżeń w następujących twierdzeniach: 1. Pokwitanie wywiera znaczny wpływ na życie duchowe, nadaje istniejącym chorobom umysłowym pewne cechy, których nie miały poprzednio, lub posiadały je w mniejszym stopniu i otwiera wrota obłąkaniu. 2. Przytępienie umysłowe *(hebephrenia)* jest psychozą właściwą wiekowi pokwitania i odznacza się zbiorem cech, które po części dzieli z innemi chorobami umysłowemi, a które w niej jednej znachodzą się zebrane. 3. Objawy tej postaci obłąkania i badania pośmiertne wykazują, że przyczyna leży w zmianach anatomicznych kory mózgowej i opon. Z drugiej strony, początkowe objawy choroby pozwalają z pewnem prawdopodobieństwem upatrywać źródła w sprawie samozakażenia, pochodzącego z przewodu żołądkowo-jelitowego. 4. Okres pokwitania, a zwłaszcza przedwczesne i nieprawidłowe wykonywanie czynności płciowych, wywołuje inne chorobliwe objawy, które wyciskają trwałe piętno na charakterze osobnika, choć wiek i korzystne warunki życiowe mogą je zmazać po części. 5. Sposoby zapobiegawcze polegają na usuwaniu przyczyn, upośledzających rozwój cielesny i duchowy w tym ważnym okresie życia, do których należy nadmierne zmęczenie cielesne i duchowe, a przedewszystkiem przedwczesne i nieprawidłowe wykonywanie czynności płciowych.

Voisin (Paryż). 1. Przez psychozy wieku pokwitania należy rozumieć choroby umysłowe, które rozwijają się między 14 a 22 rokiem życia. Ten okres odznacza się dojrzewaniem płciowem i rozwojem cielesnym i duchowym osobnika. 2. Wszystkie odmiany

obłąkania mogą się znachodzić w tym okresie; przytępienie umysłowe *(hebephrenia)*, jako jednostka chorobowa, nie istnieje; nazwę tę należy stosować do przypadków niedołęztwa umysłowego *(dementia)*. Psychozy, które rozwijają się w początkach dojrzewania płciowego, są mniej ciężkie, niż te, które się rozwijają w przebiegu lub ku końcowi pokwitania. Pierwsze można nazwać psychozami pokwitania, drugie zasługują na nazwę psychoz wieku młodocianego. 3. Skłonność dziedziczna jest przeważną przyczyną tych chorób; upośledzony rozwój duchowy nadaje chorobie piętno, zwane przytępieniem umysłowem *(hebephrenia)*. 4. Częste psychozy pokwitania, albo raczej zbliżone do postaci czystych, nie przedstawiają typowych obrazów obłędu, lecz obraz postaci mięszanych, które kończą się wyzdrowieniem w więcej niż połowie przypadków. 5. Zaduma zjawia się najczęściej w ciężkiej postaci osłupienia *(stupor)*, omamów, myśli przymusowych, czynów popędowych, skierowanych przeciwko życiu samego chorego i otoczenia. Nierzadko towarzyszy im mistycyzm i samogwałt. 6. Obłęd okazuje się rzadko w łagodnej postaci, najczęściej przyjmuje charakter szału i zawiera wiele pierwiastków popędowych. 7. Przedwczesne przytępienie umysłowe *(hebephrenia)*, opisane przez Kahlbauma, występuje w dwojakiej postaci: ciężkiej i łagodnej. Postać ciężka okazuje objawy osłupienia, niedołęztwa umysłowego (*dementia)*, katatonii, pomięszania umysłu. Postać lekką czyli przedwczesne otępienie proste (piętno zwyrodnienia duchowego, Morel) należy odróżnić od porażenia postępowego i otępienia w przebiegu padaczki. 8. Pomięszanie umysłowe przedstawia majaczenia *(deliria)*, podobne do majaczeń w przebiegu opilstwa. Ten rodzaj majaczeń stanowi cechę właściwą psychozom na tle samozakażeń. Połowa przypadków ulega wyzdrowieniu, które oznajmia się ślinieniem, potami, biegunką, miesiączkowaniem, ropniami i t. p. Prawie zawsze można stwierdzić niepamięć wsteczną. 9. Porażenie postępowe tego okresu odróżnia się od porażenia postępowego u dorosłych brakiem urojeń wielkości i powolnym przebiegiem. Wielka liczba autorów uważa za czynnik etyologiczny kiłę dziedziczną. 10. Psychozy zwyrodnienia i neuropsychozy są bardzo częste i powtarzają się w wieku dojrzałym. 11. Medycyna sądowa psychoz pokwitania podlega zwykłym prawidłom medycyny sądowej, dotyczącej obłąkanych. Ze względu na prawną zdolność do działania w sprawach cywilnych *(capacité civile)* choroby pokwitania nie mają znaczenia sądowo-lekarskiego, ponieważ ustawa francuska przyznaje ją dopiero po 21 roku życia; pozostają tylko przypadki, mające związek z poczytnością karną, która rozpoczyna się po 16 roku życia.

Ziehen (Jena) opiera swoje wyniki na 400 przypadkach między 13 a 21 rokiem życia: 1. Okres pokwitania obfituje w choroby umysłowe. Główną przyczyną wielkiej chorobliwości umysłu jest obciążenie dziedziczne, prócz niego niedokrewność, nadmierne wytężenie cielesne i duchowe, ostre choroby zakaźne i nadużycia płciowe. 2. Prawie wszystkie znane postacie obłąkania zdarzają się w czasie pokwitania. Szczególny wpływ, jakie wywiera dojrzewanie płciowe, okazuje się tylko w tem, że niektóre psychozy przeważają i często, jednak nie zawsze, podlegają pewnym odmianom pod względem objawów i przebiegu. Błędem jest więc mówić o szczególnej psychozie pokwitania, która ma obejmować większość przypadków chorobowych w tym czasie. Jedyna psychoza, która zdarza się wyłącznie w okresie pokwitania, *hebephrenia* Kahlbauma, dostarcza stosunkowo małej ilości przypadków. 3. Oprócz przytępienia umysłowego *(hebephrenii)*, występują w okresie pokwitania: obłąkanie okresowe, obłęd (mania), zaduma, pomięszanie umysłu ostre i szaleństwo na tle histeryi i padaczki. 4. Najważniejsze odmiany obłędu, które wywołuje pokwitanie, są następujące: słabość, połączona z drażliwością afektów *(dissociation affective)*, rozdźwięk, brak stosunku pomiędzy zboczeniem afektu a odczynem mimicznym *(paramimie hébéphrenique)*, pewien brak związku i rozluźnienie nietylko urojeń, lecz także prawidłowych myśli, skłonność do stereotypii w mimice i w mowie, nielogiczny, trywialny i fantastyczny charakter urojeń, wreszcie skłonność do okresowego powtarzania się choroby i do postępowego zaniku władz umysłowych. 5. Rokowanie w psychozach pokwitania jest w ogólności gorsze z powodu wyżej przytoczonych odmian, niż w psychozach późniejszego wieku. 6. Leczenie zgadza się w ogólności z leczeniem innych psychoz; tylko trwałe umieszczenie w łóżku dozwolonem jest jedynie w przypadkach, połączonych z wybitnym upadkiem sił; wielką wagę ma regularne zajęcie, wyznaczone na każdą porę dnia. Używanie leków nasennych powinno być o ile możności ograniczone. W końcu konieczną jest ostrożność pod względem doboru dorosłych chorych, których umieszcza się w jednej sali wspólnie z chorymi w okresie pokwitania.

Tokarski (Moskwa) przytacza jako duchowe oznaki przytępienia umysłowego (*hebephrenii)* teatralne pozy, patetyczne deklamacye i t. p.

Mabille (La Rochelle) spostrzegał liczne przypadki psychoz pokwitania i nie uznaje istnienia obłąkania, właściwego okresowi pokwitania, o szczególnej fizyognomii klinicznej.

Dalsze rokowanie w psychozach pokwitania.

Cullerre (La-Roche-sur-Yon). Na podstawie 120 przypadków w wieku 15—18 lat autor sądzi, że jakkolwiek poszczególne napady obłąkania w okresie pokwitania dają korzystne rokowanie (70% ulega wyzdrowieniu), to jednak późniejsze rokowanie jest bardzo ponure; osobnik, który wyleczył się z tego rodzaju psychozy, narażony jest na nawroty choroby, na przedwczesne otępienie *(dementia praecox)*, obłąkanie okresowe i t. p. W najlepszym razie nawroty są rzadkie i przedzielone długimi okresami mniej lub więcej prawidłowego zdrowia duchowego.

Anatomia patologiczna tępoty umysłowej *(Idiotie)*.

Sprawozdawcy Shuttleworth i Beach.

Autorowie podają następujące zmiany anatomiczne, spostrzegane w przypadkach tępoty umysłowej. Pierwsza gromada: 1. małogłowie *(microcephalia)*; 2. wodogłowie; 3. głowa łódkowata *(scaphocephalia)*; 4. wadliwa budowa tkanki kostnej, skóry, błon śluzowych, serca; 5. przypadki wrodzonego usposobienia neuropatycznego o zwojach mózgowych dużych i prostych, lub małych, cienkich i przypłaszczonych *(microgyria)*; 6. przypadki wrodzonej ślepoty; 7. matołectwo sporadyczne skutkiem wadliwej budowy lub braku gruczołu tarczykowego; 8. wady miejscowe, jak n. p. niedokształcone spoidło mózgowe (*corpus callosum*) lub *porencephalia*.

Druga gromada: 1. drgawki (*eclampsia*) z ogniskami krwotocznemi i zapalnemi w mózgu; 2. padaczka; 3. kiła i porażenie postępowe wieku młodzieńczego; 4. przypadki porażenia, w których znachodzą się zmiany w naczyniach mózgu lub zanik mózgu. Przyczynę stanowić tu mogą: wrodzona drżączka porażna, krztusiec lub inne sprawy patologiczne.

Trzecia gromada: 1. przypadki urazowe wskutek ucisku wywartego na główkę w czasie czynności porodowej przy ścieśnionej miednicy, lub przy zbyt długiem trwaniu porodu, albo, co się rzadziej zdarza, skutkiem użycia kleszczy i następstwie przypadkowych obrażeń; 2. objawy zapalne w mózgu po sprawach gorączkowych; 3. tępota umysłowa na tle stwardnienia, choroba opisana po raz pierwszy przez Bournevillea w r. 1882.

Bourneville rozróżnia pod względem anatomo-patologicznym następujące postacie tępoty umysłowej: 1. tępota umysłu, jako następstwo przewlekłego zapalenia opon mózgowych; 2. jako następstwo zapalenia opon mózgowych i istoty mózgowej; 3. tępota umysłu z powstrzymanego rozwoju zwojów mózgowych bez zniekształtnień, ze zmianami w komórkach nerwowych (*Idiotie congenitale idiopathique)*; 4. jako wynik stwardnienia, połączonego z przerostem mózgu; 5. stwardnienia, połączonego z zanikiem mózgu: *a*) stwardnienie jednej lub obu półkul mózgowych; *b*) zrazu mózgowego; *c*) pojedynczych zwojów; 6. tępota umysłowa z porażeniem połowiczem lub obustronnem na tle chorób ogniskowych, wskutek zamknięcia światła naczyń i krwotoków; 7. jako następstwo wodogłowia; 8. braku gruczołu tarczykowego; 9. powstrzymanego rozwoju mózgu z wrodzonemi zniekształtnieniami *(porencephalia)*, braku spoidła mózgowego i t. d.; 10. tępota umysłu, jako wynik małogłowia przez wstrzymanie rozwoju mózgowego, bez zniekształtnień lub z niemi, albo przez działanie pewnych chorób po urodzeniu.

Autor nie spostrzegał ani jednego przypadku tępoty umysłowej, którą możnaby przypisać wyłącznie schorzeniom kości, w szczególności przedwczesnemu zrostowi kości czaszki.

Mierzejewski (Petersburg). Klasyfikacya różnych postaci tępoty umysłowej, podana przez poprzedniego mowcę, oparta na grubszych, wybitnych, przeważnie morfologicznych, zmianach anatomo-patologicznych układu nerwowego, odpowiada praktycznym potrzebom wiedzy w jej stanie obecnym; lecz klasyfikacya anatomopatologiczna oparta na badaniu budowy tkanki nerwowej i jej pierwiastków, oraz na ścisłych pojęciach embryologicznych, narzuci się z postępem naszych wiadomości. Podstawę wszystkich zmian anatomicznych w przebiegu tępoty umysłowej stanowi zboczenie w rozwoju tkanki nerwowej; początku zboczenia należy szukać w życiu płodowem, albo w schorzeniach, które nawiedzają mózg w bardzo wczesnym okresie po urodzeniu i są punktem wyjścia zboczeń w późniejszym rozwoju. Niema wstrzymania rozwoju pod względem morfologicznym lub histologicznym, obejmującego mózg w całości; odnosi się ono tylko do pewnych okolic tkanki mózgowej i objawia się obecnością neuroblastów. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej uchwalił na posiedzeniu w dniu 3 października wnieść z powodu zasądzenia na grzywnę jednego lekarza za odmówienie wykonania sekcyi, następujące pismo:

Do Prezydyum c. k. Sądu krajowego karnego we Lwowie.

Doszło do wiadomości Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, że sędzia w miejscowości N. skazał lekarza Dra N. N. na grzywnę 20 koron i zwrot kosztów 2 kor. 4 h. za to, że ten odmówił ustnemu wezwaniu sędziego, aby się udał tego samego dnia z komisyą sądową w celu wykonania obdukcyi zwłok, pomimo, że swą odmowę motywował głównie niemożebnością wykonania obdukcyi z powodu poprzedniego skaleczenia ręki.

Gdy we wspomnianym przypadku zachodzi kwestya zasadnicza, czy skaleczenie na ręce jest dostatecznym motywem do odmówienia wykonania obdukcyi zwłok, sądzi Izba lekarska, że swej kompetencyi nie przekroczy, jeżeli na tę sprawęośmieli się zwrócić uwagę Prezydyum c. k. Sądu krajowego karnego.

Jest rzeczą powszechnie znaną, na jak wielkie niebezpieczeństwo naraża się każdy, kto, wykonując obdukcyę zwłok, dozna skaleczenia ręki, lub wykonywa obdukcyę ręką, poprzednio skaleczoną. To niebezpieczeństwo, znane nietylko lekarzom, ale prawie wszystkim ludziom, posiadającym jakie takie wykształcenie, czyni rozkaz wykonania obdukcyi zwłok lekarzowi, mającemu skaleczoną rękę, rozkazem narażenia życia lekarza na niewątpliwe niebezpieczeństwo utraty jego.

Lekarz wprawdzie każdego czasu może być narażony na niebezpieczeństwo zarażenia się od chorych, których zmuszony jest badać i leczyć, lecz naraża się on w tem przekonaniu, że spełnia swój obowiązek, ratując zagrożone życie bliźniego. To szlachetne poczucie obowiązku przypłaca też stan lekarski, szczególnie naszego kraju, kilku lub kilkunastu ofiarami rocznie z pośród swych sił najmłodszych i często najdzielniejszych, bez szemrania, w poczuciu spełnionego obowiązku. W tych wreszcie przypadkach może zarażenie nastąpić, lub nie, a lekarz, który mu uległ, może się wyleczyć, lub nie.

Wykonanie zaś obdukcyi zwłok nie jest niesieniem pomocy bliźniemu, a wykonywać ją ze skaleczoną ręką jest poprostu samobójstwem, gdyż naraża wykonującego na śmiertelne zakażenie jadem trupim.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska, jako instytucya, która ze swego urzędu i założenia ma bronić godności i interesów stanu lekarskiego, która ma karcić wszelkie usuwanie się lekarzy do niej przynależnych od obowiązków, lub złe ich spełnianie, z powodu przytoczonego przypadku kategorycznie oświadczyć musi, że każdy lekarz sądowy ma prawo odmówić sądowi wykonania obdukcyi na zwłokach, lub jakiejkolwiek czynności z trupiemi częściami, lub zakażającemi wydzielinami osób żyjących, jeżeli ma choćby najmniejsze skaleczenie lub zadraśnięcie ręki i to z przyczyn powszechnie znanych.

Żądać ofiary życia może tylko państwo od swych żołnierzy i to w czasie wojny; narażanie się na tę ofiarę mogą narzucić obowiązki wyższe, dobro bliźnich mające na celu, a wreszcie cele jeszcze wyższe, naukowe, zdążające do odkryć, będących dobrodziejstwem dla całej ludzkości. Sąd jednak dla wykonania obdukcyi wymagać nie może ofiary z życia, a za odmówienie usług w podobnych przypadkach nie powinien karać.

Takie jest przekonanie zasadnicze Izby lekarskiej i jak sądzi taż Izba, takiem jest zapewne i przekonanie Prześwietnego c. k. Sądu.

Gdy jednak wspomniany przypadek jest jaskrawym przykładem niewyrozumiałości sędziego, pozwala sobie Izba lekarska zwrócić uwagę c. k. Sądu kraj. karnego na powyżej wyłuszczoną kwestyę zasadniczą, z niego wypływającą.

Zarazem uprasza Izba lekarska c. k. Sąd krajowy karny, jako II instancyę, by uwzględniając słuszność przytoczonego wywodu, zniósł wzmiankowane orzeczenie sędziego i w celu uniknienia podobnych wydarzeń, zechciał zarządzić, co uzna za stosowne.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 18 października 1900.

* Akademia Umiejętności przesłała nam do ogłoszenia dwa wielkiej wagi dla polskiego słownictwa chemicznego dokumenta, które w dosłownym odpisie podajemy:

Na posiedzeniu administracyjnem d. 8 b. m. Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zajmował się sprawą ujednostajnienia polskiej terminologii chemicznej, oddaną mu do rozstrzygnięcia przez ogół chemików, znajdujących się na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich. Powzięto w tej sprawie cały szereg uchwał, dążących do tego, aby rzecz była rozstrzygniętą na podstawie najgruntowniejszej, w sposób bezstronny, liczący się tylko z potrzebami nauki i względem na czystość języka. W początkach grudnia zbierze się ankieta przedstawicieli najważniejszych naukowych instytucyj, oraz Rady szkolnej krajowej, a do ogółu chemików zostanie wydana osobna odezwa.

Odezwa do chemików.

Ogół chemików na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich powierzył ujednostajnienie terminologii chemicznej Akademii Umiejętności w Krakowie, oświadczając z góry, że się podda jej orzeczeniu. Wydział matematyczno-przyrodniczy rozumie, że obie strony oddały dlatego tę kwestyę w jego ręce, żeby odegrał rolę bezstronnego sędziego, który, powodując się tylko względami potrzeb naukowych, a zważając na czystość języka, wybrał z każdej z dwu do dziś dnia istniejących terminologij to, co one mają najlepszego; tylko bowiem wzajemne ustępstwa mogą stworzyć rzecz trwałą i sprowadzić tak pożądane porozumienie.

W celu rychłego a pomyślnego załatwienia sprawy postanowił więc Wydział na posiedzeniu dnia 8 października zwołać w grudniu br. ankietę, do której powoła po jednym reprezentancie z wyboru 9 ciał i towarzystw naukowych przyrodniczych, oraz reprezentanta Rady szkolnej krajowej. W celu ułatwienia pracy tej ankiecie wybrał dalej Komisyę, która przygotowuje materyał do dyskusyi na ankietę. Wreszcie, chcąc umożliwić ogółowi chemików zabranie głosów w tej sprawie, wzywa ich, aby zechcieli swoje zapatrywania nadsyłać na piśmie po dzień 1 grudnia b. r. tej Komisyi, pod adresem Wydziału przyrodniczo-matematycznego Akademii Umiejętności w Krakowie.

W Krakowie d. 11 października 1900 roku.

Józef Rostafiński, sekretarz Wydziału.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Bossowski przedstawił dziecko z wrodzoną nieprawidłowością jelita grubego; kol. dr. Żydłowicz przedstawił chorego z wrzodem twardym na palcu; wreszcie kol. dr. F. Krzyształowicz miał odczyt p. t. »Wysypki kiłowe w obrazach drobnowidowych.«

* Na 1-szy kurs medycyny w Uniw. warszaw. zapisało się słuchaczów 90; w Uniwersytecie lwowskim 35 (30 mężczyzn, 5 kobiet); w Uniwersytecie Jagiellońskim 32 (mężczyzn 24 kobiet 8). Liczby podane dla uniwersytetów galicyjskich ulegną jeszcze zmianie.

* Wydział lekarski Uniwersytetu wiedeńskiego liczy w rozpoczynającem się półroczu profesorów zwyczajnych 28, nadzwyczajnych 44, docentów i asystentów razem 104. Słuchaczów medycyny w przeszłem (letniem) półroczu było 1033 zwyczajnych i 90 nadzwyczajnych, 397 t. zw. frekwentantów i 19 hospitantek. Największej liczby słuchaczów zwyczajnych dostarczyła Austrya Niższa i Morawia; nadzwyczajnych Austrya Niższa i Węgry; frekwentanci zaś pochodzili głównie z Rosyi, Ameryki, Prus i Galicyi; hospitantek najwięcej było z Rosyi i Niższej Austryi

* „Allgemeine Wiener medizinische Zeitung« w Nr. 42 donosi że Wydział lekarski wiedeński zamierza wezwać na katedrę chirurgii, opróżnioną przez śmierć prof. Alberta, berneńskiego prof. Kochera; w razie gdyby ten odmówił, są na widoku: Mikulicz, Eiselsberg i Hochenegg.

* Do dnia dzisiejszego zapisało się na Wydział lekarski wiedeński słuchaczek zwyczajnych 11; są to dawniejsze hospitantki, które już poprzednio słuchały pojedyńczych przedmiotów.

* Nowe rozporządzenie ministeryalne dla studyów i egzaminów lekarskich w uniwersytetach austryackich wchodzi w życie. W rozpoczynającem się I-szem półroczu wykładać się będą podług nowej ustawy następujące przedmioty: fizyka, chemia, ćwiczenia chemiczne, anatomia i ćwiczenia anatomiczne na zwłokach, ogólna biologia. W półroczu letniem będą te same przedmioty, z wyjątkiem ćwiczeń anatomicznych. Jednocześnie wydano ogłoszenie, że dla przystąpienia do pierwszego egzaminu ścisłego potrzeba 4-ch półroczy studyów, które

wtenczas dopiero policzone będą, gdy student będzie słuchać wykładów przynajmniej po 20 godzin tygodniowo w pierwszych trzech półroczach, a 16 w czwartem.

* Czasowym zastępcą śp. prof. Alberta w wiedeńskiej klinice chirurg mianowany został prof. Hochenegg.

* »Bolnicznaja gazeta Botkina« zdaje sprawę z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sprawozdawcą jest Dr. U. Wierciński, współpracownik wspomnianego tygodnika.

* Dr. Vlasak również drukuje w Časopisie lék. č. obszerne i wyczerpujące sprawozdanie z lipcowego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

* Niżej ogłaszamy program kursów dla lekarzy przy Uniw. Jagiellońskim. Przeszłoroczna próba tych kursów dowiodła zupełnej ich u nas możebności, a tegoroczna uchwała, powzięta na IX Zjeździe lekarzy polskich, ażeby takie kursa zostały zorganizowane w stałą instytucyę, dowodzą odczucia ich potrzeby przez ogół lekarzy.

Gdy się zważy, że obecny postęp wiedzy lekarskiej więcej się odbywa w zakresie techniki niż teoryi, i że tej techniki nie można sobie przyswoić z książki lub czasopisma, potrzeba kursów dla lekarzy, oddawna i u nas odczuta, dziś w interesie ogółu lekarzy stała się koniecznością.

* W celu uczczenia 20-letniej pracy nauczycielskiej profesora kliniki lekarskiej czeskiego Wydziału lekar. w Pradze, Dra Emeryka Maixnera, uczniowie zasłużonego profesora złożyli się na wydanie numeru zbiorowego »Časopisu lekařů českych« do czego redakcya rzeczonego tygodnika życzliwie przyłożyła ręki, pragnąc i ze swej strony uczcić trud swego 20-letniego współpracownika. Wszystkie 10 prac, ogłoszonych w Nr. 41 »Časopisu l. č.« wykonane zostały w klinice prof. Maixnera.

Szczerem sercem łączymy się z kolegami czeskimi w oddaniu hołdu znakomitemu uczonemu i życzymy Mu, by w najdłuższe jeszcze lata pracował jak dotąd dla dobra nauki i ku chwale ojczyzny czeskiej.

Mianowania. Dr. de Boeck mian. profes. nadzwyczajnym psychiatryi w Brukseli. Dr. Schütz mian. profes. gimnastyki leczniczej a Dr. Zabłudowski profes. masażu w Berlinie. D-rowie: E. Bloch (otologia), G. Killian (laryngologia) i F. Keibel (anatomia) zostali mianowani rzeczywistymi profes. nadzwycz. w Freiburgu.

Nekrologia. Zmarli: Wynne Foot b. profes. medycyny, zmarł w Dublinie. Doc. E. Kotlar, redaktor »Jeżeniedielnika« zmarł nagle w Petersburgu. Dr. Siegenbeck van Henkelom, profes. anatomii patol. w Leiden zmarł w 50 roku życia. Dr. Da Costa profes. med. wewn. zmarł w Filadelfii. Dr. Alb. Sayere znany chirurg amerykański zmarł w Nowym Yorku, licząc lat 81.

Artykuły oryginalne z czasopism lekarskich polskich. W *Nowinach Lekarskich* Nr. 17 i 18: Biro M. Kilka słów o leczeniu padaczki. Radziwiłłowicza R.: Znaczenie odśrodkowych włókien nerwowych w dośrodkowych drogach zmysłowych. Sędziaka I.: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych ostrych. W *Medycynie* Nr. 41: Dr. Kramsztyka I: O rumieniu powracającym podobnym do płonicy (dok.) W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 41. Dra Nartowskiego: Wpływ jadów błonicznych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłonicznej. Prof. Browicza: Patogeneza żółtaczki (dok.) Pruszyńskiego I: O powstawaniu i wydzielaniu się kwasu moczowego, oraz o warunkach wytwarzania złogów moczanowych. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 19. Dra Bregmana L. E.: O padaczce (c. d).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

W roku bieżącym odbędzie się w Krakowie, poczynając od *dnia 25 listopada*

4-tygodniowy kurs wakacyjny dla lekarzy,

podobnie, jak w roku zeszłym, lecz w znacznie rozszerzonym zakresie. Wykłady będą następujące:

I. Chirurgia. Doc. Dr. *Kryński:* Kurs operacyi chirurgicznych na zwłokach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej). Od godz. 9—10 rano w poniedziałki, wtorki, środy, czwartki i piątki, w zakładzie Anatomii patologicznej. (Opłata 50 koron).

Doc. Dr. *Rutkowski:* Dyagnostyka chirurgiczna. Godz. 10—11 we środy i piątki. (Opł. 40 koron).

Prof. Dr. *Trzebicky:* Operacye chirurgiczne. Godz. 10—11 w poniedziałki, wtorki i czwartki. (Opł. 40 koron).

II. Dentystyka. Doc. Dr. *Łepkowski.* Ćwiczenia w wyjmowaniu i plombowaniu zębów. Codziennie od 8—9 rano, z wyjątkiem niedziel, w Zakładzie własnym (ul. Straszewskiego 26. — Opł. 100 koron).

III. Dermatologia i syfildologia. Prof. Dr. *Reiss:* Dyagnostyka chorób skórnych i wenerycznych. Godz. 10—11 we wtorki, czwartki i soboty, w klinice dermatologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

IV. Laryngologia. Prof. Dr. *Pieniążek:* Ćwiczenia w laryngoskopii i rynoskopii. Godz. 10—11 codziennie, prócz sobót i niedziel, w klinice laryngologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

V. Medycyna wewnętrzna. Doc. Dr. *Korczyński:* Metody ściślejszych badań klinicznych, oraz demonstracye ciekawszych przypadków chorobowych. Godz. 6—7 wieczorem, w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki, w klinice lekarskiej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

VI. Okulistyka. Prof. Dr. *Wicherkiewicz:* Dyagnostyka i terapia chorób ocznych. We wtorki i piątki, godz. 11—12, w klinice okulistycznej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

VII. Otyatrya. Prof. Dr. *Browicz:* Ambulatoryum chorób usznych. W poniedziałki i czwartki, od godz. 12—12, w klinice laryngologicznej. (Opł. 40 koron).

VIII. Pedyatrya. Doc. Dr. *Raczyński:* Dyagnostyka chorób dzieci ze szczególnem uwzględnieniem błonicy. (Ćwiczenia w Intubulacyi). Godz. 11—12 codziennie, w ambulatoryum i Szpitalu Św. Ludwika. (Opł. 50 koron).

IX. Położnictwo. Doc. Dr. *Braun:* O postępowaniu w przypadkach poronienia. W poniedziałki od godz. 5—6, w klinice położniczej Uniw. Jagiell. (Opł. 20 koron).

Prof. Dr. *Rosner:* Ćwiczenia w badaniu i operacyach położniczych. W soboty i niedziele od g. 10—11. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Switalski.* Dyagnostyka ginekologiczna. W poniedziałki, środy i piątki od g. 8—9 rano w klinice położniczej Un. Jag. (Opł. 40 koron).

X. Anatomia patologiczna. Prof. dr. *Ciechanowski.* Ćwiczenia w sekcyach patologicznych. Codziennie (niewyłączając niedziel) od g. 8—9 rano w Zakładzie Anatomii patologicznej. (Opł. 40 koron).

XI. Bakteryologia. Prof. dr. *Nowak.* Ćwiczenia bakteryologiczne. Codziennie prócz niedziel od g. 7—8 wieczorem w Zakładzie Weterynaryi Uniw. Jag. (Opł. 40 koron).

XII. Chemia lekarska. Doc. dr. *Lemberger.* Badania chemiczno-mikroskopowe środków lekarskich i chemia sądowa. Codziennie prócz niedziel od g. 3—5 po poł. w Zakładzie farmakologii. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Seńkowski.* Ćwiczenia w chemii klinicznej. Codziennie prócz niedziel od g. 5—6 po poł. w Zakładzie Chemii lekarskiej. (Opł. 40 koron).

XIII. Medycyna sądowa. Prof. dr. *Wachholz.* Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich. We wtorki, czwartk- i soboty od g. 12—1 w poł. w Zakładzie medycyny sądowej. (Opł. 40 koron).

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tego kursu udziela doc. dr. *Kryński* (ul. Franciszkańska 1), opłatę zaś za wykłady składać należy u kwestora Uniwersytetu p. Sołtyska *(Collegium novum)*.

Rok XXXIX. Kraków, 27 Października 1900. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka we Lwowie.

Ciała obce żelazne lub stalowe w gałce ocznej i technika ich wydobywania.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. Asystent kliniki.

(Wykład w sekcyi okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polsk.)

Zastósowanie elektro-magnesu i igły magnetycznej do operacyi i do rozpoznania obecności ciał obcych żelaznych lub stalowych w oku jest ważną zdobyczą, świadcząca o postępie naszej wiedzy. Największe zasługi na tem polu należą się Hirschbergowi i Asmusowi. Hirschberg podając swój mały elektro-magnes, sprowadził operacyę wydobycia kawałków żelaza z oka do rzędu operacyi pospolitych, igła zaś magnesowa dopiero w sideroskopie Asmusa znajduje praktyczne zastosowanie w okulistyce. W ślad za publikacyami przytoczonych autorów wzrasta tu odnoszące się piśmiennictwo w obu kierunkach i dziś już posiada za sobą przeszłość, a żywotność swoją ciągle zaznacza nowemi zdobyczami.

Pierwszy w r. 1842 Dr. Meyer z Minden wydobył dużym elektro-magnesem kawałek żelaza z wnętrza gałki ocznej przez rankę twardówkową.

Minęło przeszło ćwierć wieku, aż M'c Keown (1874) wyjmuje znów sztabką magnesową z ciałka szklanego kawałek żelaza, robiąc cięcie południkowe w twardówce.

Hirschberg wykonał w r. 1879 pierwszą swą operacyę przyrządem, sporządzonym odpowiednio do celów operacyjnych, t. zw. małym elekro-magnesem Hirschberga. Od tego czasu setki przypadków ogłasza piśmiennictwo, a mały elektro-magnes Hirschberga, podobnie jak nożyk Graefowski, stał się przyrządem, wchodzącym w skład każdego okulistycznego zbioru narzędzi. Zapał do operacyi szybko wzrastał, równocześnie jednak z licznymi szczęśliwie kończącymi się przypadkami było i dużo takich, w których elektro-magnes zawiódł, a co ważniejsza, były i takie przypadki, gdzie operacya wprawdzie szczęśliwie wypadła, żelazo z oka wydobyto i to na czas, chory mimo tego jednak wzrok później tracił, a tracił najczęściej wskutek następowego oderwania się siatkówki — spowodowanego, jak przeważnie mniemano, zmianami w ciałku szklanem skutkiem urazu, wywołanego przez wprowadzenie doń końca elektro-magnesu. To też pojawienie się w r. 1892 dużego elektro-magnesu Haaba natchnęło otuchą operatorów i wielkie wzbudziło nadzieje, nim bowiem można było wyjmować kawałki żelaza z oka bez zadania rany ciałku szklanemu, a nawet bez cięcia twardówkowego.

Nowy rywal szybko zdobywał sobie zwolenników; elektro-magnes Hirschberga jednak, jako starszy i znacznie tańszy, wytrzymywał współzawodnictwo, zwłaszcza, że główna ta jego wada, iż koniec elektro-magnesu trzeba przybliżyć prawie do ciała obcego, gdyż siła jego magnetyczna mało działa na odległość, ustąpiła z ukazaniem się w r. 1894 sideroskopu Asmusa, którym ciała obce stalowe lub żelazne możemy ściśle zlokalizować, a wiedząc już, gdzie ciało obce się znajduje, przybliżyć koniec elektro-magnesu do niego stało się rzeczą prostą.

Odkrycie promieni Roentgena począwszy od r. 1896 znajduje i w okulistyce zastosowanie w celach rozpoznawczych ciał obcych.

Ze strony teoretycznej, mającej przytem doniosłe znaczenie praktyczne, zajęli się wpływem żelaza na gałkę oczną Leber, Hippel i inni, określając działanie jego chemiczne.

Z polskich prac przytoczyć należy rozprawę Gepnera (syna): „O ciałach obcych metalicznych w oku“; A. Bednarskiego: „Kilka przypadków wykrycia ciał obcych żelaznych lub stalowych w oku zapomocą sideroskopu Asmusa z następowem ich wydobyciem elektro-magnesem Hirschberga“; E. Macheka: „Badania promieniami Roentgena w przypadkach utkwienia ciał obcych w oku i oczodole.“

Ciała obce, nim utkwią we wnętrzu gałki, muszą przebić jej ściany i wywierają na nią uraz cięższy lub lżejszy, który do pewnego stopnia wikła przypadek, tak jak i wielkość ciała obcego; główne jednak znaczenie, jakie ma obecność ciał obcych żelaznych lub stalowych w oku, zależnem jest od ich umiejscowienia, zakaźności i działania chemicznego.

Co do umiejscowienia ciał obcych w gałce ocznej uważam jako najodpowiedniejszy podział na 1) ciała obce, które nie przeszły przez ciałko szklane i 2) ciała obce, które przez nie przeszły i albo w niem pozostały, albo też poszły dalej i utkwiły w ścianach gałki. Nieskończenie wielka bowiem zachodzi różnica pod względem znaczenia między ciałami obcemi, znajdującemi się w rogówce, w przedniej komorze, w tęczówce, w soczewce i w twardówce, a temi, które zraniły ciałko szklane, podczas gdy mała jest różnica tak pod względem znaczenia klinicznego, jako też wyboru operacy czy ciało obce znajduje się tuż poza soczewką w ciałku szklanem, a więc w przedniej części gałki ocznej, czy też więcej ku tyłowi, więc w tylnej części gałki. Wyjątkowe znaczenie co do umiejscowienia mają rzadko zdarzające się przypadki zranienia głównego pnia naczyń środkowych siat-

kówki, pociągające za sobą natychmiastową utratę wzroku skutkiem krwotoku, lub też zranienia plamki żółtej.

Sprawa zakaźności ciał obcych jest jedną z najważniejszych pod względem wpływu swego na gałkę oczną, a przytem pojęcie zakaźności ciał obcych stanowi kwestyę bardzo zawiłą i dotychczas należycie nie rozwiązaną, chociaż na pozór bardzo prostą. I tak wedle Hirschberga jeżeli ciało obce żelazne, które się dostało do wnętrza gałki, było zakaźne, to w 24—48 godzin, rzadko po 72 godzinach, wywołuje ono zawsze zapalenie całego ciałka szklanego *(Panophtalmitis)*. Cóż się jednak dzieje, jeżeli ciało obce żelazne po kilku dniach nie sprowadza objawów ropienia? Często takie ciało obce otarbia się wskutek wywołania miejscowego zapalenia. Jak to miejscowe zapalenie należy rozumieć? Elschnig robi tu porównanie z ogniskami gruźliczemi, mówiąc: „Drobnoustroje, wywołujące zapalenie, mogą uraz z ciałem obcem w oku przebywać, a później skutkiem nieznanych przyczyn, podobnie jak ogniska gruźlicze, zdające się być zupełnie uleczone, a nawet zwapniałe, po latach mogą dać powód do wybuchu ostrej gruźlicy, ich tylko utajona działalność może się rozwinąć i utratę wzroku spowodować.“

Należałoby więc w myśl tego rozróżniać między ciałami zakaźnemi, ciała, wywołujące ogólne ropne zakażenie ostre *(panophtalmitis)* i ciała, wywołujące miejscowe tylko przewlekłe zakażenie, które jednak może w danym razie dać powód do ogólnego zapalenia przewlekłego.

Wedle Hippla „koło ciała obcego niezakaźnego nie tworzy się nigdy zbita, otaczająca całe ciało obce torebka tkankołącznowa; wytwarzanie się jej jest następstwem silnego odczynu zapalnego miejscowego, wywołanego przez miejscowe zakażenie. Nie może ulegać wątpliwości, że zależnie od jakości, ilości i żywotności drobnoustrojów, które wraz z ciałem żelaznem dostały się do oka, zapalenie odczynowe może być silniejsze lub słabsze, więcej lub mniej rozległe. Zelazo niezakaźne nigdy nie wywołuje ropienia.“ Oprócz wpływu zakaźności niewątpliwie i działanie mechaniczne, jako też działanie chemiczne żelaza przyczyniają się w mniejszym lub większym stopniu do wywołania miejscowego zapalenia; czy te trzy wpływy (zakaźny, chemiczny i mechaniczny) działają razem, czy jeden z nich wywołuje główne działanie (np. zakaźny), lub czy jeden z nich tylko działa (np. chemiczny), od tego zależnym jest przebieg cierpienia i los oka zranionego.

Obok umiejscowienia i zakaźności bardzo ważne miejsce zajmuje wpływ chemiczny ciał żelaznych na gałkę oczną. Jak to Leber doświadczalnie wykazał, żelazo pod wpływem kwasu węglowego tkanek rozpuszcza się i jako dwuwęglan żelazawy (dwuwęglan żelaza v. żelazisty) przenika tkanki gałki ocznej na mocy dyfuzyi, a następnie pod wpływem tlenu krwi tętniczej zamienia się na nierozpuszczalny tlenek żelaza, który osadza się w komórkach wchodząc w połączenia z ich istotami białkowatemi. Obok tego działania pośredniego, żelazo działa i wprost na najbliższe otoczenie, czyli wywołuje t. zw. syderozę bezpośrednią w odróżnieniu od tamtej, t. zw. syderozy pośredniej (Hippel). Perls, Hippel i in. wykazali, że również i żelazo, zawarte we krwi, może pod tymi samymi warunkami osadzać się w komórkach, jako nierozpuszczalny tlenek żelaza, czyli wywołuje tak samo, jak kawałki żelaza, w gałce ocznej syderozę, którą zowiemy hematogenetyczna, w odróżnieniu od tamtej, zwanej syderozą ksenogenetyczną. Niektóre szczególniej komórki mają większą zdolność wiązania tlenku żelaza, mianowicie przybłonek ciałka rzęskowego, części rzęskowej siatkówki i torebki soczewkowej (Hippel). Na preparatach drobno-widowych syderoza przedstawia się jako brunatne ziarnka barwika, złożone w komórkach, które nie różnią się wcale od barwika prawidłowego komórek barwikowych; pod wpływem jednak wody chlorowej barwik prawidłowy gałki ocznej rozpuszcza się zupełnie, zaś barwik pochodzący z żelaza nie ulega zmianie. Pod wpływem żelazosinku potasowego i kwasu solnego (odczyn Perlsa) barwik z żelaza przyjmuje zabarwienie wybitnie niebieskie. Barwik brunatny pod wpływem działania 5% kw. solnego ginie, jeżeli żelazo pochodziło z ciał obcych; zaś nie ginie, jeżeli żelazo jest pochodzenia hematogenetycznego; tym więc sposobem możemy odróżnić syderozę hematogenetyczną od ksenogenetycznej. Obok odczynu Perlsa mamy odczyn Quinkego, za pomocą siarczku amonowego, przyczem tworzy się siarczek żelaza w postaci czarno-zielonych ziarenek, a obok tych dwóch są jeszcze inne, mające mniejsze zastósowanie.

Klinicznie obraz syderozy najwybitniej występuje na soczewce, tworząc wieniec złogów rdzawych pod torebką soczewkową; wieniec taki uprawnia nas do rozpoznawania ciała obcego żelaznego w gałce ocznej; barwa zaś rdzawa tęczówki może być pochodzenia tak hematogenetycznego, jak i ksenogenetycznego. Syderoza rogówki dotychczas nie została naukowo stwierdzoną. Obok tego żelazo daje powód do zwyrodnień siatkówki, objawiających się głównie zwężeniem pola widzenia, zmniejszeniem poczucia światła i barw. Nim przyjdzie do objawów syderozy, potrzeba na to dłuższego czasu, zwykle paru miesięcy; zależy to od umiejscowienia ciał żelaznych; tak np. znane są przypadki odłamków żelaza w tęczówce, które po kilkunastu latach nie wywołują objawów syderozy; obok tego zależy jeszcze od wielkości, a często od przyczyn nieznanych. Leber już po 24 godzinach spostrzegał na królikach wpływ chemiczny żelaza na gałkę oczną; zwykle występuje on po kilku dniach, a niekiedy po paru tygodniach dopiero.

Oprócz tych szkodliwych w. o. wpływów żelaznych ciał obcych na gałkę oczną, może obecność ich wywołać złowrogie zapalenie sympatyczne drugiego oka i jakkolwiek obecności odłamków żelaza w oku nie można zaliczyć do rzędu przyczyn, wywołujących najczęściej zapalenie sympatyczne i chociaż w świeżych przypadkach, nie powikłanych cięższem zranieniem, nie należy się go obawiać, to jednak obecność żelaznych ciał obcych w oku stanowi przecież ciągły miecz Damoklesa, tem więcej złowrogi, że utajona działalność po latach może się rozwinąć. I tak Copper opisał przypadek, w którym żelazo 5 lat przebywało w oku i dopiero po upływie tego czasu wywołało zapalenie n. wzrokowego i siatkówki drugiego oka. W przypadku Collina w 15 lat po zranieniu ciałem żelaznem wystąpiło sympatyczne zapalenie oka. Banistet opisuje przypadek, gdzie kawałek żelaza, 2 mm. długi, 1 mm. gruby, leżał 17 lat w oku zanikłem, nie wywołując zapalenia sympatycznego, aż wreszcie po latach 17 przyszło do zapalenia sympatycznego. Powen znalazł kawałek żelaza $2^1/_2$ mm. długi, wklinowany w nerwie wzrokowym, gdzie spokojnie leżał przez lat 17, aż wreszcie po tym czasie przyszło do za-

palenia sympatycznego, objawiającego się światłowstrętem, łzawieniem, nastrzykaniem rzęskowem itp.

Z drugiej strony ciała obce żelazne lub stalowe mogą długi czas w oku pozostawać nie wywołując w nim szkodliwych wpływów. Hippel zebrał 34 takich przypadków z literatury; szczególniej odnosi się to do ciał, które nie przeszły przez ciało szklane. Topolański np. opisał przypadek, w którym ciało żelazne tkwiło 22 l. w przodkowej komorze bez szkody dla oka. A. Bednarski spostrzegał przypadek w lwowskiej klinice okulistycznej, w którym kawałek żelaza leżał w tęczówce od lat 15, nie wywołując szkodliwego wpływu. Schlösser opisał przypadek, gdzie żelazo leżało 3 lata w soczewce przeźroczystej itp.

Nim przyjdzie do tych bliższych lub dalszych następstw obecności odłamków żelaza lub stali w oku, zwracają one naszą uwagę pod względem rozpoznawczym, a szczególniej dawniej rozpoznanie ich należało do rzędu najtrudniejszych. Na pewno bowiem rozpoznawać możemy je wtedy, gdy je wprost lub zapomocą wziernika widzieć możemy; okienko w tęczówce, lub kanał, widoczny w soczewce, są również pewnemi oznakami obecności ciał obcych w gałce. To jednak rzadko się zdarza i dla tego obecność tych ciał obcych najczęściej „rozpoznawano,“ ale rozpoznanie nie równa się pewności, a dopiero zastosowanie igiełki magnetycznej lub promieni Roentgena pewność tę nam daje.

Jakkolwiek użycie igły magnetycznej do celów rozpoznawczych odłamków żelaza lub stali w oku nie jest świeże, a wspomnę tu próby Polleya, Grüninga, Pagenstechera, Fröhlicha i in., to jednak praktyczne zastosowanie igły magnetycznej weszło dopiero w użycie z podaniem magnetometru Gerarda w r. 1890 i później sideroskopu Asmusa w roku 1894. Wartość obu tych przyrządów polega głównie na wprowadzeniu lupy, która najlżejsze wychylenia igiełki możemy obserwować, a skutkiem tego wykrywać najdrobniejsze kawałki żelaza lub stali, a nawet je lokalizować.

Sideroskop Asmusa, jako czulszy i dokładniejszy pod tym względem, dzisiaj znajduje powszechne zastosowanie. Za daleko by mnie zaprowadziło opisywanie tutaj przyrządu lub sposobu jego użycia, zresztą tąk jedno, jak i drugie są to rzeczy powszechnie znane. Ograniczę się tylko do wypowiedzenia kilku uwag, które po kilkoletniej praktyce w tym względzie mi się nasunęły. Wartość lokalizacyi ma tylko wtedy znaczenie dla operatora, jeżeli jest jak najdokładniejszą. Zupełnie nie wystarcza ograniczyć się do lokalizacyi do kwadrantów przedniej połowy gałki ocznej. Pomijając ciała obce w przedniej komorze, tęczówce lub soczewce, które gołem okiem widzieć możemy, należy przy ciałach obcych, leżących w przedniej połowie ścian gałki lub ciałku szklanem tuż po za soczewką, zlokalizować je nie popełniając większej omyłki nad 2—3 mm. (Dok. n.)

II. Patogeneza żółtaczki.

Podał

Prof. Browicz.

(Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie 23 lipca 1900).

(Dokończenie).

Na podstawie tego w czterech niejako różnych formach żółtaczki zgodnego obrazu mikroskopowego, a mianowicie na tej podstawie, iż komórki wątrobne tak w ostrej, jakoteż przewlekłej postaci żółtaczki złogów żółci nie zawierały, lub niekiedy nieznaczne tylko złogi, a wobec zgodnego we wszystkich przypadkach pojawiania się złogów żółci w naczyniach włoskowatych krwionośnych doszedłem do następującego tłómaczenia powstawania żółtaczki.

Wskazałem powyżej, że zastoju żółci i cofania się jej aż do najdrobniejszych, a raczej początkowych gałązek przewodów żółciowych obrazy mikroskopowe nie wykazują, nie może on więc być przyczyną przelewania się żółci z przewodów żółciowych międzykomórkowych do naczyń limfatycznych lub krwionośnych. Musi działać tu inna przyczyna, której następstwem — dostawanie się żółci w obieg ogólny. W przypadkach zaś, gdy niema śladu ani makroskopowej, ani mikroskopowej jakiejkolwiekbądź mechanicznej przeszkody odpływu żółci, samo przez się rozumie się, iż w czem innem przyczyny dostawania się żółci w obieg ogólny upatrywać musimy. Z obrazów mikroskopowych komórki wątrobnej w toku przekrwienia biernego u człowieka, gdy pewna ilość krwinek czerwonych w tak leniwo wśród rozszerzonych naczyń włoskowatych krążącej krwi niszczeje, a hemoglobina w roczyn przechodzi, (obacz pracę: „Śródkomórkowe kanaliki żółciowe i t. d.“ jakoteż „O patologicznym stanie jądra komórki wątrobnej“), z obrazów komórki wątrobnej psa po wstrzyknięciu roczczynu hemoglobiny do krwi (obacz tę pracę) wynika, iż komórka wątrobna może wciągnąć [komórka w pochłanianiu materyału odżywczego i czynnościowego bierze czynny udział, nie zachowuje się biernie, nie dzieje się to drogą dyfuzyi (obacz pracę: „O drogach odżywczych w komórce wątrobnej“)] znaczną ilość hemoglobiny płynnej, następnie z obrazów komórki wątrobnej, które opisałem w pracy o pochłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną, wynika, iż komórka wątrobna wciągnąć może znaczniejszą nawet ilość krwinek czerwonych, wnosić można, iż komórka wątrobna, jakimkolwiekbądź sposobem podrażniona, pracować może z większą energią. Naturalnie może to uczynić tylko komórka zdrowa, normalna, która ten nadmiar materyału pochłoniętego przerobić może na żółć i wydalić następnie w normalnym kierunku do przewodów żółciowych międzykomórkowych. Tak pochłanianie większej ilości materyału, przerobienie tegoż, jakoteż całkowite wydalenie z komórki może być, powtarzam to raz jeszcze z naciskiem, dziełem tylko komórki zdrowej, a nie schorzałej. A komórki wątrobne w wątrobie żółtaczkowej w ogniskach, gdzie żółć znajduje się w świetle naczyń włoskowatych krwionośnych, właśnie nie zawierają złogów żółci, albo też bardzo nieznaczne; natomiast widać przewody żółciowe międzykomórkowe przepełnione żółcią, dokąd żółć tylko z komórek wątrobnych dostać się mogła. Mimochodem nadmieniam, iż, zdaniem mojem, akt wydalania żółci z komórki, kurczenie się jej niejako, jest jedną z przyczyn wypływu żółci z przewodów międzykomórkowych do przewodów śródbeleczkowych, a stamtąd do przewodów żółciowych śródzrazikowych obwodowych, wyścielonych nabłonkiem [1]).

Nadmierna ilość żółci, wydalona do przewodów międzykomórkowych (które znowu, jak to z mojej pracy: „O bu-

[1]) W zraziku wątroby odróżnić należy cztery części przewodów żółciowych: *a)* śródkomórkowe *b)* międzykomórkowe *c)* śródbeleczkowe a wreszcie *d)* przewody wysłane nabłonkiem w obwodowych częściach zrazików łączące się z przewodami międzyzrazikowymi.

dowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń włoskowatych i krwionośnych“ wynika, stykają się z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi), znajduje się tamże pod większem ciśnieniem, rozrywa ściankę przewodu, jakoteż naczynia włoskowatego krwionośnego i wlewa się do krwi. Widzimy jednak tak w przypadkach ostrej, jakoteż przewlekłej żółtaczki, że komórki ścienne naczyń krwionośnych, tak przylegające ściśle do komórek wątrobnych, jakoteż oddzielone, złuszczone i wolno w świetle naczynia leżące, zawierają złogi żółci, która, jak to z pracy mojej: „O budowie ścian naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych“ wynika, dostać się tam może wprost z komórek wątrobnych bez względu na to, czy przyjmiemy istnienie dróg odżywczych w komórce wątrobnej, łączących się z komórkami ściennemi naczyń włoskowatych krwionośnych, co na podstawie moich badań twierdzę, czy też nie przyjmiemy. Jakkolwiekbyśmy tłómaczyli zjawisko to, faktem niewątpliwym jest, iż tak w ostrej, jakoteż w przewlekłej żółtaczce złogi żółci znajdują się w komórkach ściennych naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych. Podwójną więc drogą dostać się może żółć do krwi. Przyjmując istnienie dróg odżywczych w komórce wątrobnej, które z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi muszą być w ścisłym związku (patrz pracę: „Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę“, jakoteż „O drogach odżywczych w komórce wątrobnej“, niemniej „O budowie ścian naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych“), możemy sobie łatwo wytłómaczyć dostawanie się żółci do komórek ściennych naczyń krwionośnych włoskowatych, a stamtąd do krwi. W miarę bowiem wytwarzania przez komórkę wątrobną nadmiaru żółci może łatwo z powodu bliskiego sąsiedztwa śródkomórkowych dróg żółciowych i odżywczych nastąpić wśród komórki wątrobnej przebicie się, przelanie się żółci z dróg żółciowych do odżywczych i wydalanie żółci z komórki wątrobnej w dwóch kierunkach: ku przewodowi żółciowemu międzykomórkowemu i ku naczyniu krwionośnemu włoskowatemu.

Na podstawie więc tych obrazów mikroskopowych odnoszę powstanie żółtaczki, jakkolwiek to paradoksalnie brzmi, do komórki wątrobnej zdrowej, która podrażniona pochłaniać może nadmiar materyału odżywczego i czynnościowego, a więc i hemoglobiny, bądź to płynnej, bądź w krwinkach czerwonych zawartej, wytwarzać może nadmiar żółci i wydalać ją tak do przewodów żółciowych międzykomórkowych, jakoteż przez komórki ścienne, przez ścianę naczyń włoskowatych krwionośnych do krwi. Że przepełnienie przewodów żółciowych międzykomórkowych nie jest wyrazem stopniowego rozszerzania się przewodów żółciowych wśród wątroby w razie działania momentu mechanicznego, dowodzi ta okoliczność, którą powyżej z naciskiem podniosłem, iż komórki wątrobne nie zawierają złogów żółci, a powinnyby je obficie zawierać, gdyby żółć coraz wyżej się cofała wskutek przepełniania się niższych części przewodów żółciowych, po drugie to, iż ten sam obraz spotykamy w przypadkach żółtaczki, gdzie o działaniu jakiegokolwiekbądź momentu mechanicznego mowy niema. Moment mechaniczny wywołując, jak to powyżej podałem, przekrwienie bierne wśród zrazików, działa pośrednio, ma niewątpliwie znaczenie, a żółtaczka powstaje nie wskutek uciskania przewodów żółciowych śródzrazikowych przez rozszerzone naczynia włoskowate, lecz wskutek pochłaniania nadmiaru hemoglobiny i wytwarzania nadmiaru żółci. Do tego potrzeba jednakże podrażnienia komórki wątrobnej, podniecenia jej energii czynnościowej.

Żółtaczka u noworodków powstaje, według mego zdania, w ten sam sposób, a za tem przemawia zgodność obrazu mikroskopowego z obrazami ostrej żółtaczki u psa po toluilendiaminie i w przewlekłej żółtaczce u człowieka. Wskutek stanu przekrwienia wątroby u noworodka, wskutek zwiększonej energii komórek wątrobnych w czasie poczynającego się trawienia, wskutek obfitego niszczenia krwinek czerwonych w pierwszym okresie życia noworodka istnieją te same warunki do wytwarzania rzeczywistego nadmiaru żółci, a przynajmniej barwnika żółci, przez komórki wątrobne, jak u zwierzęcia w następstwie eksperymentu, lub u człowieka wskutek pośredniego działania momentu mechanicznego lub stanów chorobowych krwi, w których niszczeją obficie krwinki czerwone, hemoglobina w rozczynie we krwi się znajduje.

Co się tyczy drugiego zagadnienia w kwestyi patogenezy żółtaczki, to obrazy tak w przypadkach ostrej żółtaczki u psa i u noworodka, jakoteż u człowieka w przypadkach przewlekłej żółtaczki, świadczą niewątpliwie, iż od początku rozwoju żółtaczki żółć do naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych się dostaje.

Już w poprzednich pracach moich wskazałem, że kwestya naczyń limfatycznych wśród zrazików wątroby jest niejasną. Ścisły związek, jaki istnieje pomiędzy komórkami wątrobnemi a naczyniami krwionośnemi, a raczej ich komórkami ściennemi, przez które odpowiedni materyał odżywczy i czynnościowy, tak płynny, jakoteż stały (krwinki czerwone), do komórki wątrobnej się dostaje, czyni istnienie przestworów limfatycznych okołonaczyniowych niemożliwem, a naczynia limfatyczne w tej formie, jak je dotąd przyjmujemy, nie istnieją. Istnienie naczyń limfatycznych wśród zrazików wątroby w ogóle jest bardzo problematyczne i podzielam zdanie Teichmanna, który *(Rozprawy wydz. matem.-przyr. Akad. Umiej. t. 34)* wprost twierdzi, iż naczynia limfatyczne w zrazikach wątroby nie istnieją.

Czy naczynia limfatyczne wątroby w dostawaniu się żółci w obieg ogólny wcale udziału nie biorą? Nie sądzę. — Według mego zdania odbywa się dostawanie się żółci w obieg ogólny przez naczynia limfatyczne nie wśród zrazików wątroby, gdzie żółć wprost do naczyń krwionośnych się dostaje, lecz w obrębie grubszych przewodów żółciowych, jakoteż przy wnęce wątroby położonych, w których to przewodach żółciowych od chwili działania momentu mechanicznego, a tem bardziej w razie doraźnego zamknięcia głównego przewodu żółciowego, coraz więcej żółci się gromadzi, rozszerza je i tu żółć naczyniami limfatycznemi wchłoniętą być może. Zapatrywanie to usuwałoby sprzeczność różnych eksperymentów z podwiązywaniem równoczesnem głównego przewodu żółciowego i piersiowego. Do wywarcia wpływu podwiązania głównego przewodu żółciowego, napełniającego się żółcią, na krążenie śródzrazikowe potrzeba pewnego czasu, a dopiero po rozwinięciu się przekrwienia istnieją warunki dostania się żółci do naczyń krwionośnych, do krwi, gdy z przepełnionych grubych przewodów żółciowych żółć prędzej naczyniami limfatycznemi w obieg ogólny dostać się może. Po podwiązaniu głównego przewodu żółciowego u królika, u którego

w stosunku do wagi ciała obfita ilość żółci się wytwarza, spotkać można żółtą treść przewodu piersiowego, a więc limfę, zabarwioną żółcią, co świadczy o wchłanianiu żółci także drogą naczyń limfatycznych.

Wszystkie, powyżej na wstępie przytoczone, różnie modyfikowane eksperymenta wskazują, iż żółć dostaje się w obieg ogólny także naczyniami limfatycznemi i że prędzej czy później barwnik żółci w limfie wykazywano. Czy to dzieje się, jak ja sobie wyobrażam, drogą naczyń limfatycznych w obszarze grubszych dróg żółciowych, na to dowodu mikroskopowego dzisiaj jeszcze dostarczyć nie mogę, a tylko mikroskopowo szczegół ten udowodnić można.

Zestawiając wynik moich badań w kwestyi patogenezy żółtaczki, opartych na obrazach mikroskopowych wątrób w przypadkach ostrej żółtaczki u psa np. toluilendiaminą wywołanej, w przypadkach kilka dni trwającego zwężenia głównego przewodu żółciowego u psa, żółtaczki noworodków, jakoteż przewlekłej żółtaczki u człowieka, doszedłem do następujących wniosków:

1. Podstawę żółtaczki upatruję w spotęgowanej czynności komórki wątrobnej zdrowej, jakimkolwiekbądź sposobem podrażnionej, która wtedy pochłonąć może większą ilość hemoglobiny i wytworzyć może większą ilość żółci, a względnie barwnika żółci.

2. Komórka wątrobna zdrowa, która może pochłonąć większą ilość hemoglobiny i wytworzyć większą ilość żółci, wydala ją całkowicie, co tylko komórka zdrowa uczynić jest w stanie, do przewodów żółciowych międzykomórkowych, skąd, po części także przez komórki ścienne naczyń krwionośnych, żółć dostaje się do naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych, wprost do krwi.

3. Moment mechaniczny, przeszkadzający odpływowi żółci, działa tylko pośrednio w powstaniu żółtaczki wywołując wskutek uciskania gałązek żylnych śródwątrobowych przez rozszerzone grubsze przewody żółciowe przekrwienie wśród zrazików wątroby, nastręczające komórkom większą ilość hemoglobiny.

4. Drogą, którą żółć dostaje się w obieg ogólny, są naczynia włoskowate krwionośne śródzrazikowe, a tylko w małej części naczynia limfatyczne około grubszych przewodów żółciowych.

5. Wszystkie formy żółtaczki sprowadzam więc do jednego mianownika t. j. do spotęgowanej czynności komórki wątrobnej, wytwarzającej nadmiar żółci.

Dopiero teraz dostała mi się w ręce druga praca Wertheimera i Lepagea pod tytułem: „Sur les effets de la ligature simultanée du canal choledoque et du canal thoracique“ *(Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1899). Doszli oni znowu drogą eksperymentu co do dróg, któremi żółć w obieg ogólny się dostaje, do tego samego wyniku, do którego ja doszedłem drogą badania mikroskopowego.

* * *

III. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

(Ciąg dalszy).

W wszystkich podobnych wątpliwych przypadkach istniejące i stale się utrzymujące upośledzenie słuchu pochodzenia wykazalnie błędnikowego przemawia za zajęciem błędnika, a przeciw przyrodzie ogólno nerwowej. Gdy zaś, jak wyżej wspomnieliśmy, głuchota nie jest stałym objawem każdego przypadku wstrząśnienia błędnika, to często będziemy w stanie sprawę wyjaśnić dopiero po dłuższem i bacznem spostrzeganiu napadów zawrotu. objawów poprzedzających i następujących, po dokładnem rozważeniu wywiadów i przebiegu. I tak n. p. obciążenie dziedziczne, mimowolne oddawanie moczu i kału, dłuższy czas trwająca bezprzytomność, dłuższe zamroczenie świadomości po napadzie, napady tężcowo-drgawkowe i t. p., objawy rzadko, albo wcale nie zdarzające w zawrocie błędnikowym, to są czynniki przemawiające za padaczką, a przeciw zajęciu błędnika. To samo można powiedzieć *mutatis mutandis* o odróżnieniu wstrząśnienia błędnika od innych stanów nerwowych, przedstawiających nieraz podobne objawy, jak *hemicrania*, neurastenia, choroba Basedowa. Towarzyszące lub czasowo pojawiające się objawy kliniczne tej lub owej nerwicy dostarczać będą zawsze ważnych wskazówek rozpoznawczych. I tak nieprawidłowy stan nerwowy i psychiczny, parestezye błony śluzowej górnych dróg oddechowych zauważa się według Cozzoliniego tylko u neurasteników lub u osób skłonnych do neurastenii Zwykłym objawem u neurastenika usznego (otoneurastenique) jest też przeczulica słuchowa *(Hyperacusis)* i szczególnie tony jaskrawe, rażące, sprawiają takim chorym przykre i nieprzyjemne wrażenia.

Zawsze jednak i o tem pamiętać należy że choroba, nerwowa może z jednej strony być pierwotnym, bezpośrednim skutkiem urazu i przyczyną objawów błędnikowych, z drugiej następstwem wstrząśnienia błędnika, wywołanego przez uraz. Podobnie jak niektóre inne choroby uszne mogą dać powód do napadów padaczkowych, tak również nie jest wykluczonem, że takie napady mogą nieraz wystąpić wskutek wstrząśnienia błędnika. Cozzolino odróżnia otoneurastenię istotną, to jest cierpienie uszne na tle neurastenii, od neurastenii, powstałej wskutek choroby usznej, szczególnie błędnika, i dalej neurastenię „ototraumatyczna“, podobnie do histeryi „ototraumatycznej“ (p. wyżej), t. j. neurastenię z objawami zawrotu, niedosłyszenia, i t. d., powstałą wskutek urazu.

Że objawy uszne, jak głuchota, zawrót głowy, uporczywy szum, sprawiają nietylko cierpienia fizyczne, lecz także moralne i że przez przygnębienie umysłu i rozdrażnienie mogą, szczególnie u osób, do tego usposobionych, doprowadzić do różnych chorób nerwowych i umysłowych, o tem poucza często doświadczenie. W ten sposób mogą zdarzać się przypadki, w których istnieją równocześnie obok siebie zajęcie błędnika i nerwica ogólna. Określenie wzajemnego

stosunku obu cierpień, ich kolejności, zależności od siebie i związku przyczynowego przedstawia nieraz wielkie trudności i wymaga dłuższego spostrzegania i dokładnej rozwagi, aby rozstrzygnąć, czy w danym razie np. neurastenia jest choroba główną, pierwotną, podstawową, której objawem częściowym są zaburzenia w narządzie słuchowym i statycznym, czy też pierwotną sprawą jest wstrząśnienie błędnika usznego, które następowo pociągnęło za sobą rozstrój nerwowy.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że prawie wszystkie choroby uszne mogą dać początek objawom zawrotowym, pomimo że błędnik jest nienaruszony. Mogłaby więc taka choroba istniejąca oddawna, albo powstała dopiero po urazie, a nawet w jego następstwie, być przyczyną takich objawów. Z drugiej strony uraz mógłby spowodować np. ostre zapalenie ucha środkowego, które nie tylko drogą odruchową, ale wprost rozszerzając się na błędnik, może stać się źródłem owych objawów. Choroba zatem błędnika, nawet jeżeli występuje po urazie, niekoniecznie musi być bezpośredniem jego następstwem, lecz może być następstwem innej choroby usznej, powstałej skutkiem urazu. Nagłe pojawienie się, jak również powolne rozwijanie się tych objawów może nastąpić także w różnych innych chorobach błędnika i n. słuchowego, szczególnie w obecności i na tle innych spraw chorobowych, sprzyjających powstaniu cierpienia błędnika. Jako takie wymienić należy, oprócz chorób innych części ucha, kiłę, zapalenie nagminne gruczołów przyusznych *(Parotitis epidemica)*, dur, grypę, ostre zakaźne osutki i inne choroby zakaźne, dalej białaczkę, zapalenie nerek, moczówkę, dnę, gościec i zaziębienie, jak głuchotę t. zw. gośćcową, dalej uwiąd rdzenia, obrzęk śluzakowy, bezwład postępujący. Tu należą również zaburzenia krążenia, jak przekrwienia i niedokrewność błędnikowa pierwotna albo następowa np. po operacyi, miażdżyca tętnic, zator tętnicy słuchowej, oraz nowotwory błędnika i n. słuchowego i ogólne choroby nerwowe. W ciąży, połogu i różnych zaburzeniach płciowych u kobiet zdarzają się niewytłómaczone dotąd zaburzenia słuchowe. Nareszcie spotykamy podobny zupełnie obraz chorobowy, mianowicie chorobę Ménierea nieurazowego pochodzenia, po zaziębieniu, przepracowaniu się, po obfitych ucztach, wpływach psychicznych i w wymienionych wyżej chorobach ogólnych.

Otóż wywiady co do dawniejszego stanu narządu usznego, dokładne badanie otoskopem, a szczególnie wykazanie głuchoty błędnikowej i zbadanie stanu ogólnego i wszystkich narządów całego ustroju mogą w wątpliwych przypadkach przysporzyć nam szczegółów, rozstrzygających rozpoznanie. Najważniejszą wskazówkę zajęcia błędnika stanowi nerwowe upośledzenie słuchu, mianowicie połączone z zmniejszeniem przewodzenia kostnego, co można wykazać za pomocą znanych prób słuchowych, zapomocą różnych strojników i słuchomierzów. Za zajęciem błędnika przemawiają nadto według Gradenigo: 1) nagłe powstanie głuchoty wysokiego stopnia obok ujemnego wyniku badania otoskopem, 2) nagłe wystąpienie ciągłych podmiotowych wrażeń słuchowych, 3) pojawienie się szumu w uszach muzykalnego charakteru, 4) brak bólów, uczucia ciężaru, pełności i t. d. w uchu, i 5) bolesna nadczułość wobec silnych dźwięków *(Hyperacusis dolorosa*, acustische schmerzhafte Hyperaesthesie).

Za zajęciem n. słuchowego przemawia prędkie wyczerpanie czynnościowe percepcyi słuchu, zmniejszenie bystrości słuchu, przeważnie dla tonów średniej wysokości; natomiast w chorobach samego tylko błędnika brakuje w polu słuchowem tylko wysokich tonów.

Nowotwory błędnika i n. słuchowego rzadko tylko są pierwotne, a przeważnie wychodzą albo z jamy czaszkowej, albo z ucha zewnętrznego i środkowego, dają się zatem na podstawie objawów ze strony tych części nieraz łatwo rozpoznać.

Zator w zakresie n. słuchowego zdarza się przeważnie w zapaleniu wsierdzia, w zaniku ogólnym *(marasmus)* i w innych chorobach, szczególnie narządu krążenia, których objawy dostarczą wówczas wskazówek rozpoznawczych.

Podobnież i inne choroby, stanowiące tło zajęcia błędnika, posiadają swoje objawy (jak kiła wrodzona i nabyta i t. d.), które nieraz łatwo można stwierdzić albo wykluczyć, byleby tylko o nich pamiętać i zwracać na nie uwagę.

Morf radzi zawsze wobec zaburzeń słuchowych bez innych przyczyn badać dokładnie mocz. Zależność stopnia niedosłyszenia od objawów nerkowych, mianowicie moczniсowych i obrzękowych, przy których pogorszeniu i słuch się pogarsza i *vice versa*, daje dobre wskazówki rozpoznawcze i przemawia za zależnością zaburzeń usznych od zapalenia nerek.

W chorobach n. słuchowego przyrody gośćcowej znajduje się zwykle równocześnie zmiany w zakresie innych nerwów mózgowych, szczególnie n. twarzowego, trójdzielnego i t. d.

Zresztą według Pollaka i Gradenigo nieprawidłowe zachowanie się n. słuchowego wobec drażnienia prądem galwanicznym, mianowicie powiększenie jego pobudliwości elektrycznej przy braku ogólnej nerwowości, przemawia za urazowem pochodzeniem choroby błędnika. Natomiast Alt wykazał we wszystkich chorobach nietylko błędnika, ale także ucha środkowego, połączonych z podmiotowemi wrażeniami słuchowemi i zawrotem głowy, wzmożoną pobudliwość elektryczną n. słuchowego. Rozumie się samo przez się że w przypadkach, w których objawy te pochodzą z kilku różnych przyczyn, będzie nieraz bardzo trudno roztsrzygnąć, czy te przypady zależne są od tej lub owej przyczyny. Naprzykład po urazie rozwija się jakaś inna choroba uszna. Po niejakim czasie pojawiają się przypady błędnikowe, które mogłyby powstać drogą odruchową wskutek owej choroby, albo też mieć przyczynę w wstrząśnieniu błędnika, wywołanem wprost przez uraz, równocześnie z ową chorobą uszną. Albo też chory na uszy doznał np. urazu. Po jakimś czasie występują objawy zawrotowe, mogące mieć źródło albo w dawnej chorobie usznej, albo też w wstrząśnieniu po urazie. Dalej uwiąd rdzenia, stwardnienie rozsiane w ośrodkowym układzie nerwowym i inne choroby nerwowe mogą powstać wskutek urazu i być przyczyną choroby błędnika, która jednakże może również zależeć wprost od urazu. W podobnych przypadkach, gdzie istnieje współzawodnictwo przyczyn, tylko ścisłe spostrzeganie przebiegu, poboczne, towarzyszące objawy choroby usznej dawniejszej, dokładne wywiady, wpływ leczenia na chorobę błędnikową i t. d., pozwolą względnie *ex juvantibus et nocentibus* wnosić o pochodzeniu i przyrodzie tej choroby.

Różne lekarstwa, jak chinina, połączenia salicylowe, nikotyna, ołów, chloroform i i., szczególnie ich nadużywanie,

mogą sprowadzić objawy, podobne do opisanych, i dać powód w danym przypadku do pomyłki rozpoznawczej. Sapolin spostrzegał objawy Méniera po używaniu azotanu srebrowego do farbowania włosów, Eitelberg po pędzlowaniu gardła 10% rozczynem tego samego leku. Wywiady, przebieg odróżniają jednak różne te stany.

Według Woakes zmiany dolnego zwoju szyjnego n. spółczulnego mogą być powodem objawów błędnikowych. Zwój ten wywiera z jednej strony wpływ na tętnicę kręgową, a zatem także na naczynia błędnika, z drugiej zaś na rozgałęzienia n. błędnego. Cierpienie zatem tego zwoju może sprowadzić ze strony błędnika niedosłyszenie szum w uszach, zawrót głowy, a ze strony n. błędnego nudności, wymioty, i t. p. Na to należy w danym razie w rozpoznaniu zwrócić uwagę. Zaburzenia słuchowe, występujące nieraz równocześnie z zaburzeniami naczynioruchowemi w zakresie n. spółczulnego spostrzegali Urbantschitsch i i. Że w licznych i różnorodnych zboczeniach organicznych i czynnościowych w zakresie narządów płciowych u kobiet, jak podczas ciąży, miesiączki, okresu przejściowego, w chorobach macicy, samogwałcie i i występują nieraz różne zaburzenia słuchowe, szmery podmiotowe, o tem już wyżej wspomnieliśmy. Nie ulega wątpliwości, że zawsze zdarzać się będą przypadki, w których odróżnienie rozpoznawcze będzie niemożebnem.

Trudniej jeszcze rozstrzygnąć pytanie, czy wspomniane przypady pochodzą tylko ze wstrząśnienia tj. czy rozwinęła się sprawa czysto nerwowa, czy też zaszły jakieś zmiany anatomiczne w błędniku. Z jednej strony bowiem mogą powstawać zmiany anatomiczne, niedostępne badaniu przedmiotowemu i nie dające się klinicznie wykluczyć. Z drugiej strony wobec wykazanych nawet zmian organicznych w narządzie słuchu, często trudnem a nawet niemożebnem może być rozstrzygnięcie, czy dane objawy od nich zależą, czy też powstały niezależnie od nich wskutek równoczesnych zaburzeń nerwowych czynnościowych. Otóż bóle głowy, bóle w uchu, zajęcie n. twarzowego, albo innych nerwów mózgowych, objawy uszkodzeń ubocznych, szczególnie mózgu, objawy wynaczynień w jamie czaszkowej, albo w mózgu, krwawienie z nosa, z ust, z ucha, uszkodzenie ucha środkowego i zewnętrznego itp. przemawiają za zmianą organiczną, a względnie za pęknięciem podstawy czaszki, albo kości skalistej; brak zaś takich objawów przemawia za wstrząśnieniem. Zdaniem Briegera czynnościowe uszkodzenie błędnika odróżnia się od uszkodzenia organicznego niestałością objawów i równoczesnemi zaburzeniami czuciowemi w uchu zewnętrznem. Z tem zgadzam się tylko o tyle, że cechy te właściwe są nerwicy błędnikowej, jako częściowemu objawowi ogólnej nerwicy urazowej, podczas gdy w innych, zupełnie samoistnych nerwicach błędnikowych może zupełnie brakować tych cech rozróżniających. Dalej nierównomierne upośledzenie słuchu, brak percepcyi dla pewnych tylko tonów i dźwięków, ma przemawiać za krwawieniem w błędniku. Stany, w których istnieje skłonność do zaburzeń krążenia, jak choroby narządu krążenia, nerek, białaczka, krwawiączka, plamica i t. p. każą przypuszczać przekrwienia albo wynaczynienia skutkiem urazu. Wykluczenie takich i podobnych objawów przemawia za czystem wstrząśnieniem; w każdym razie pewne rozpoznanie pod tym względem nie będzie częstem, co należy uwzględnić w leczeniu.

Bezpośrednio po zadziałaniu silnych dźwięków przytępienie słuchu i szum w uchu nie zawsze polegają na wstrząśnieniu n. słuchowego, lecz mogą także mieć źródło w skurczu odruchowym m. napinającego błonę bęb., który to skurcz zwykle po krótkim czasie ustępuje. Wykluczenie tej przyczyny może być bardzo trudne, a nawet niemożliwe. Najpewniejszym środkiem rozpoznawczym byłoby przecięcie tego mięśnia. Ustąpienie objawów po tym zabiegu przemawiałoby za ostatnią przyczyną i odwrotnie.

Jeszcze trudniej rozróżnić, czy dany uraz spowodował wstrząśnienie, względnie uszkodzenie czynnościowe samych zakończeń nerwu słuchowego, czy też jego jąder ośrodkowych. Równoczesne zaburzenie czynnościowe w zakresie sąsiednich nn. mózgowych przemawia za ostatniem. Jednakże rozróżnienie tych stanów napotyka często na niezwalczone przeszkody. Na szczęście odróżnienie to nie posiada większego praktycznego znaczenia.

3) W 3 gromadzie przypadków nareszcie, w której objawy zawrotowe szybko przemijają, rozpoznanie co do związku przyczynowego nie może sprawiać znaczniejszych trudności, i to tem mniej, ponieważ zależność choroby od urazu jest tu zawsze widoczną, a i przypady przeważnie ustępują w chwili, w której działanie przyczyny zewnętrznej czyli urazu ustaje. Choroba opisana przez Politzera i nazwana przez niego „naczynio-ruchowem porażeniem n. słuchowego“, przebiega wprawdzie całkiem podobnie, objawiając się nagłem wystąpieniem nudności, zawrotu, szumu w uszach i przytępienia słuchu, które to objawy prędko ustępują, i mogłaby dać powód do pomyłki rozpoznawczej. Jednakże nagłe zblednięcie twarzy z początku, ustępujące z końcem napadu, znamionuje dostatecznie to cierpienie; od pomyłki z wstrząśnieniem błędnika chronią już zresztą odmienne wywiady.

W końcu należy zaznaczyć, że w przypadkach, w których objawy nie pojawiają się natychmiast po urazie, rozpoznanie urazowej, czynnościowej choroby błędnika może być najczęściej tylko mniej lub więcej prawdopodobnem, rzadziej pewnem. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Kluczenko (protomedyk Bukowiny). **Odkażanie formaldehydem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1900, Nr. 41). Odkażające własności aldehydu kwasu mrówkowego polegają głównie na silnej jego skłonności redukującej, dzięki której gaz ten już w powietrzu łatwo utlenia się na kwas mrówkowy. Do odkażania używa się rozmaitych przetworów formaldehydu, jakoto: 1) formaliny (40% rozczyn formaldehydu w wodzie), 2) paraformolaldehydu (stały produkt polimeryzacyi formaldehydu), 3) holzyny (rozczyn w wyskoku metylowym), 4) glikoformolu (mięszanina formaliny z 10% gliceryny). Formaldehyd odkaża przedmioty tylko na powierzchni, nie wnikając w głąb. Aby pary formaldehydu działały skutecznie, muszą być nasycone parą wodną. Ponieważ formaldehyd drażni silnie błony śluzowe, przeto po dokonanem odkażeniu starać się trzeba jak najszybciej je usunąć z odkażonego mieszkania, co dokonywa się zapomocą par amoniaku, wprowadzonych natychmiast po ukończeniu odkażania. Powstaje wówczas bezwonne, stałe ciało: hexametylentetramina. — Najlepszym i najtańszym środkiem odkażającym jest formalina, z zalecanych zaś przyrządów najlepszymi są te, które równocześnie z formaliną rozpylają odpowiednią ilość pary wodnej (Praussnitza, Flüggego, czyli t. zw. wrocławski, Schlossmana, ulepszony przez Czaplewskiego. Należy dążyć do zbudowania przyrządów jeszcze prostszych, a przedewszystkiem tańszych). Na 100 m.³ odkażonej przestrzeni należy liczyć 1 litr formaliny, 3 l. wody i 1 l. wyskoku (jako materyału opałowego). Formalin z parą wodną wprowadzać należy najmniej przez 7 godzin. Używając podwójnej ilości formaliny można

czas ten skrócić o połowę. Ciepłota w odkażanej przestrzeni musi wynosić conajmniej 12° C. i to we wszystkich jej częściach powinna być równą. Przedmioty, znajdujące się w mieszkaniu, powinny być tak ustawione, aby formalina działać mogła na wszystkie ich powierzchnie. Wszystkie szpary i t. d. w mieszkaniu muszą być szczelnie zatkane, obrazy i t. p. ze ścian pozdejmowane, pościel, bielizna i t. d. szeroko porozwieszane i porozpinane. Przyrządy, wywiązujące formalinę, powinny stać tak, aby nie przeszkadzały otwarciu drzwi i nie groziły pożarem. Służba, zatrudniona przy odkażaniu, pracować ma w płaszczach płóciennych i kaloszach i po ukończeniu przygotowań zdjąć płaszcze odkażonemi (2% karbolem lub lyzolem) rękami i zawiesić w odkażanem mieszkaniu; przed rozpoczęciem swych czynności mieć wszystko potrzebne pod ręką, a w ich czasie nie powinna wchodzić do innych mieszkań. Po 7-miogodzinnem działaniu przyrządów odkażających wprowadza się do mieszkania pary 25% kupnego amoniaku, w stosunku 8 cm.³ na 1 m.³ odkażanej przestrzeni; w godzinę potem otwiera się okna i drzwi mieszkania dla przewietrzenia na czas jak najdłuższy. (Przedmioty metalowe w mieszkaniu należy zaraz do suchości obetrzeć, gdyż inaczej ulegają uszkodzeniu). Odkażanie formaliną zalecać należy w przypadkach błonicy, płonicy, odry, ospy, duru osutkowego, grypy, moru i gruźlicy. W cholerze, czerwonce i durze brzusznym nie zaleca się ten sposób odkażania: lepiej odkazić pościel, bieliznę i suknie zapomocą pary, łóżko chorego i otoczenie zmyć roztworem kwasu karbolowego i odkazić wychodki mlekiem wapiennem: jednakże i po tych chorobach można użyć odkażenia formaliną, jako odkażenia wstępnego. Przyrząd do wytwarzania par formaliny kosztuje od 50—72 koron, przyrząd do amoniaku 32 koron, drobniejsze przedmioty potrzebne 30 k.; formalina 3·20 k. za litr, amoniak 1·20 k. za litr. Prawdopodobnie jednak przyrządy w przyszłości stanieją. — Obecnie wyrabia Elb w Dreznie t. zw. cegiełki (briquettes) karboformalowe, których zalety wysoko podnosi Enoch, które jednakże wymagają dokładniejszych jeszcze badań swej wartości. *C.*

Doc. Pick. **O sposobach przechowywania okazów anatomicznych w postaci naturalnej.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, Nr. 41 i 42). P. podaje następujący przepis. Po ustaleniu okazu w formalinowym roztworze soli karlsbadzkiej, przenosi go do 80—85% wyskoku, a następnie przechowuje w glicerynowym roztworze octanu sodowego. Sposób Picka jest zatem podobny do sposobów dawniejszych Melnikow-Raswedenkowa, Joresa i Kaiserlinga, różniąc się tylko tem, że P. nie używa silniejszych roztworów formaliny nad 5%, wprowadza zamiast mięszanin Joresa sól karlsbadzką, a zamiast octanu potasowego tańszy octan sodowy. P. zwraca uwagę, że sposobu przechowywania okazów trzeba się, jak wszystkiego, starannie uczyć, stosując go odpowiednio do przedmiotu, a nie szablonowo według jednej recepty. Inaczej najlepszy nawet przepis składu środków konserwujących nie na wiele się przyda. *C.*

Prof. Hansemann. **Niektóre zagadnienia nauki o komórkach i znaczenie ich w uzasadnieniu organoterapii.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, Nr. 41 i 42). H. na zasadzie dawniejszych swych badań i wywodów doszedł doszedł do następujących pojęć o wzajemnym stosunku komórek ustroju: 1) Pomiędzy rozmaitymi rodzajami komórek istnieje związek altruistyczny w tem znaczeniu, że pewien rodzaj komórek (przy ich różnicowaniu się) obejmuje w ustroju pewne określone zadania za drugie, i na odwrót, inne rodzaje komórek pełnią znów inne zadania za tamten rodzaj. 2) Zmianie jednego rodzaju komórek towarzyszy zmiana wszystkich innych rodzajów komórek, mianowicie zmianom postępowym (progressiv) altruistyczny przerost, zmianom wstecznym altruistyczny zanik (np. w postaci związku całego ustroju z rozwojem lub zanikiem narządu płciowego). Organoterapia spoczywa na dwóch zasadach, t. j. właśnie na zasadzie altruizmu komórek i na zasadzie ich swoistości (Specifität), jakiej nabierają, różnicując się w ustroju. Mianowicie usiłuje organoterapia wprowadzać do ustroju swoiste substancye, wytwarzane w prawidłowych warunkach przez pewien rodzaj komórek, jeśli ten rodzaj w ustroju zanikł, czyli usiłuje ona wypełnić brak altruistycznych czynności tego właśnie rodzaju komórek. Oczywiście usiłowanie to wtedy tylko będzie skuteczne, jeżeli chodzi o wypełnienie braku t. zw. przez Hansemanna „dodatniej“ czynności, to jest t. zw. wydzielania wewnętrznego. Natomiast poronione są wszelkie próby podawania narządów, których czynność nie jest wyłącznie „dodatnią“, lecz oprócz stwierdzonego lub domniemanego wydzielania wewnętrznego obejmuje także wydzielanie na zewnątrz, (jak np. trzustka, wątroba). Rozważywszy zasadę altruizmu i swoistości komórek, dojść się musi dalej do wniosku, że organoterapia nie ma żadnego celu w tych razach, gdy czynność jakiegoś narządu jest już nadmierną. Przyjmując, że choroba Basedowa wywołana jest nadmierną czynnością gruczołu tarczykowego, a akromegalia nadmierną czynnością przysadki mózgowej, odmówić należy wszelkiej podstawy podawaniu tyreoidyny w pierwszej, hipofizyny w drugiej chorobie. W końcu zważyć należy, że to, co w organoterapii chorym się podaje, przechodzi przedtem różne mechaniczne i chemiczne manipulacye, które cały ten sposób leczenia do tego stopnia pozbawiają cech swoistości, iż prawie dziwić się należy rzeczywiście przez organoterapię w niektórych razach osiągniętym skutkom, tembardziej, że podawane leki przechodzą jeszcze przez sprawę trawienia i w ten sposób nie mogą w żadnym razie działać taksamo, jak te substancye, które prawidłowy ustrój sam dla siebie wytwarza. Konieczną potrzebą jest obecnie dokładne chemiczne zbadanie tych substancyj, które rzeczywiście, a nie fikcyjnie, do ustroju w organoterapii wprowadzamy, bo oprócz jodotyryny Baumana nie znamy dotąd właściwie żadnej z nich. *C.*

Jacobson (Berlin). **W sprawie leczenia schorzeń oskrzeli przez ułożenie.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 41, 1900). Metoda ta, podana już przez Quinckego, a mająca na celu szybkie wydalenie plwociny, zasadza się na poziomem ułożeniu chorego, przyczem część stopowa łóżka ma być na wyższym poziomie, aniżeli głowowa, czyli że chory leży na „równi pochyłej“. Oczywiście, że sposób ten zastosować się da jedynie w cierpieniach narządu oddechowego, połączonych z nadmiernem wydzielaniem plwociny (rozstrzeń oskrzeli, nieżyty i t. d.). U chorego bowiem, leżącego głową niżej, aniżeli nogi, plwocina, dzięki sile ciężkości, usuwa się zwolna również ku dołowi, a więc ku tchawicy; powtóre, wskutek zmienionego położenia plwociny, zachodzi możność dostania się do pęcherzyków płucnych powietrza, które działa jako „vis a tergo“: jeśli do tego jeszcze dodamy wysokie ustawienie przepony wskutek lekiego napięcia trzew, otrzymamy dość czynników, powodujących ułatwione odkrztuszanie. Tylko w przewlekłych cierpieniach oskrzeli można liczyć na pomyślne wyniki, tu bowiem błona śluzowa mniej lub więcej utraciła swą prawidłową pobudliwość odruchową, a mięśnie gładkie swoje natężenie (tonus), wskutek czego lekkie bodźce (nagromadzona plwocina) nie wywołują już odczynu (kaszlu); przeciwnie rzecz się ma w przypadkach ostrych; tu już mała ilość wydzieliny wystarcza do wywołania kaszlu, dlatego ułożenie według modły Quinckego pozostanie w takich razach nietylko bez wpływu, ale jest przeciwwskazanem. Przez ustawiczne bowiem napływanie plwociny do tchawicy bywa jej błona śluzowa ciągle drażnioną, pociągając za sobą nieustający prawie kaszel, który chorego zbyt męczy, przyczem i odpluwanie w opisanej pozycyi jest utrudnione. Metody „ułożenia“ używał autor w kilku przypadkach rozstrzeni oskrzelowej z wynikiem nader pomyślnym. *Dr. Henryk Pisek.*

Rostoski (Würzburg). **Badania nad położeniem żołądka u chorych niedokrewnych.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 40, 1900). Autor, starając się wyjaśnić związek przyczynowy, jaki zachodzi między opadnięciem żołądka (gastroptosis), a niedokrewnością, wykonał szereg badań w kilkudziesięciu dotyczących przypadkach chorobowych i stwierdził, że opadnięcie żołądka bynajmniej nie musi towarzyszyć niedokrewności, a już wcale nie bywa jej przyczyną. Równocześnie także wykazały te badania, że wczesne noszenie gorsetu (przed 14-tym lub 15-tym rokiem życia) może u dziewcząt za sobą pociągnąć (ale nie musi!) opadnięcie żołądka. *Dr. Henryk Pisek.*

Doc. Schlesinger (Wiedeń). **Zjawiska ruchowe w jamie ustnej i gardle przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 40, 1900). W niektórych przypadkach wymienionych wad krążenia można zauważyć lekkie, rytmiczne wstrząśnienia poszczególnych części jamy ustnej i gardła, pojawiające się, skoro chory przy otwartych ustach spokojnie oddycha. Wstrząśnienia te, przez Hucharda „pouls amygdale“ nazwane, bywają albo udzielane od przebiegającej w sąsiedztwie tętnicy szyjnej (carotis), albo też powstają skutkiem rytmicznego obrzmiewania części miękich — migdałków, łuków podniebiennych, języczka i nasady języka. W przypadkach, spostrzeganych przez autora, występowały podobne objawy także na dziąsłach i błonie śluzowej podniebienia twardego; czasami można tylko było zauważyć lekkie, rytmiczne ruchy języczka, odpowiadające skurczowi i rozkurczowi serca. *Dr. Henryk Pisek.*

Fleuroff. **Kumys, jako środek leczniczy.** (*Russkij archiw patologii*, 1900. Tom X, zesz. 2). Na podstawie sześcioletnich prób i spostrzeżeń dochodzi F. do następujących wyników: 1. W 29 przypadkach rozmaitego rodzaju niedokrewności, tudzież w histeryi i neurastenii, poprawiał się pod wpływem kumysu stan ogólny. 2. W kolce nerkowej i wątrobowej wywoływał kumys zwiększenie się bólów. 3. W chorobach serca i naczyń wyniki leczenia kumysem były ujemne, co więcej, następowały nieraz przykre objawy (*stenocardia, tachycardia*), jako skutek zwiększenie pracy serca przez wprowadzenie znacznych ilości płynów do ustroju. 4. W gruźlicy płuc ostrej u osób młodych, w gruźlicy płuc przewlekłej, bar-

dzo posuniętej, i w gruźlicy wielu narządów wynik był zupełnie ujemny. 5. W początkowych okresach gruźlicy poprawia kumys stan ogólny, wzmaga łaknienie i ciężar ciała, zmniejsza kaszel i ilość plwociny, łagodzi gorączkę i t. d., wskutek czego uważa autor kumys w tych przypadkach za jeden z najlepszych środków leczniczych. 6. Leczenie kumysem powinno się ciągnąć jak najdłużej. 7. Przeciwwskazanym jest kumys w miażdżycy tętnic i chorobach serca, w przekrwieniach narządów brzusznych, w gośćcu i dnie, w przekrwieniach mózgu, w późnych okresach gruźlicy płuc, w kolce nerkowej i wątrobowej. 8. Należy dążyć do tworzenia zakładów leczenia kumysem na wschodzie Rosyi. *Z.*

A. Freudenberg. **O przyrządzie Downesa.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 42, 1900). Otrzymywanie moczu z każdej nerki oddzielnie jest bezsprzecznie bardzo ważnym środkiem do rozpoznawania chirurgicznych chorób nerek. Doniosłość praktyczna tego środka rozpoznawczego, nie potrzebująca zresztą bliższego uzasadniania, zrodziła długi szereg mniej lub więcej udatnych pomysłów. Nawet z chwilą wprowadzenia uretercystoskopii poszukiwania za przyrządem, umożliwiającym otrzymanie moczu oddzielnie z jednej nerki, nie ustały, czego dowodem jest niniejsza praca F., mająca na celu polecenie chirurgom przyrządu Downesa. Przyrząd ten, będący właściwie modyfikacyą przyrządu Harrisa, składa się z dwóch części. Jedna, przeznaczona do pęcherza, złożoną jest z dwóch metalowych cewników, leżących równolegle obok siebie i spojonych metalową płytką w sposób, umożliwiający zapomocą śruby obracanie cewników około ich osi. Po wprowadzeniu tej części do pęcherza nastawia się cewniki zapomocą wspomnianej śruby tak, że dzioby tworzą kąt 135°, przyczem okienka ich ustawiają się przed ujściami moczowodów. Druga część przyrządu jest grubym drutem, połączonym na jednym końcu z częścią pierwszą w ten sposób, że kąt nachylenia obu części do siebie może być dowolnie zmniejszany tak, że przy zupełnem zamknięciu drut układa się całą swą długością w rowku między cewnikami. Część drugą wprowadza się do odbytnicy, względnie u kobiet do pochwy. Z chwilą zbliżenia obu części do siebie wypukla się ściana pęcherza przed drutem i tworzy fałd podłużny, wypełniający dokładnie rowek między cewnikami, dzielący zatem jamę pęcherza na dwie ściśle przegrodzone części. Mocz spływający z moczowodów natychmiast zostaje odprowadzony odpowiednim cewnikiem na zewnątrz. F. zastósował przyrząd ten w 3 przypadkach. Wynik był zawsze zadawalniający. Podnieść jednakowoż należy ten szczegół, że autor zastósował sposób ten u kobiet, u których warunki użycia podobnego przyrządu są korzystniejsze. Jakkolwiek F. przypisuje sposobowi temu wiele zalet, nie zaprzecza jednak, że użycie jego nie zdoła zastąpić uretercystoskopii i że przyrząd ten znaleść może zastósowanie jedynie w przypadkach, w których bezpośrednie cewnikowanie moczowodów pod kontrolą wzroku okazuje się niewykonalnem. *Urbanik.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Antonelli opisał przypadek **wyleczenia przewlekłego zapalenia otrzewnej sposobem Duranta,** polegającym na wstrzykiwaniu J i JK w rozczynie glicerynowym z dodatkiem 20% gwajakolu. Wszystkich wstrzyknięć było 36: 6 po 0,01, 20 po 0,02 i 10 po 0,03 J. Leczenie to spowodowało zupełne wessanie wypociny. (*La Clinica moderna*, 20—81, 1900). *A. K.*

Leczenie jaglicy ichtyolem zaleca za przykładem Ebersona dr. Bielewicz: autor ten przekonał się, że w przypadkach nie zastarzałych po tygodniu błona śluzowa zaczyna klęsnąć, a w okolicznościach sprzyjających już po 3—4 tygodniach wygładza się. Nawet w przypadkach bardzo zaniedbanych, ilość wydzieliny śluzowo-ropnej szybko się zmniejsza. Zdarzało się jednak, że chory wyzdrowiał dopiero po 2-miesięcznem wytrwałem leczeniu. Postać ziarnista jaglicy, bez objawów nieżytowo-zapalnych, ustępuje o wiele trudniej. Dr. Bielewicz jest zwolennikiem słabszych rozczynów ichtyolu; rozpoczyna on leczenie 10% rozczynem, następnie stęża go do 20%; utrzymuje on, że rozczyny 30—50% wywołują silne palenie w oczach. Dr. Eberson używa ichtyolu czystego, lecz po pędzlowaniu spłókuje powieki; tego nie czyni dr. Bielewicz; oprócz pędzlowania, stosuje on także zakraplania 10% ichtyolu, na wzór zwykle używanych kropel do ócz. (*Wracz*, Nr. 40). *A. K.*

Dr. Prussian zachwala **garbnikan oreksyny w praktyce dziecięcej;** stósował on ten lek w wiesbadeńskiej poliklinice u 30 dzieci, cierpiących, dla jakichkolwiek przyczyn, na brak łaknienia; wiek dzieci wahał się od 22 miesięcy do 14 lat. Dzieciom do końca 6 r. życia podawał Prussian 2 razy dziennie po 0,25 sproszkowanego garbnikanu oreksyny, starszym po 0,6. Wynik w 23 przypadkach (77%) był znakomity: u 5 chorych gruźliczych i u 2 blednicczych łaknienie wybitnie poprawiło się; doniosłem jest spostrzeżenie, że chorzy na gruźlicę i na błednicę przybierali na wadze. Najwybitniejszy efekt występował u chorych, których brak łaknienia był samoistny, a nie jako objaw innej toczącej się choroby; przybytek na wadze u takich chorych wynosił 200,0—600,0 tygodniowo. Prussian podziela zdanie Penzoldta, że oreksyna, drażniąc błonę śluzową żołądka, wywołuje obfitsze wydzielenie kwasu solnego i tą drogą zwiększa łaknienie. (*Zeitschrift f. praktische Aerzte* Nr. 34). *A. K.*

Leczenie światłem czerwonem odry, na wzór leczenia tą metodą ospy, zaleca dr. Chatinière z Paryża. Metoda polega na przysłonięciu wszystkich źródeł światła w pokoju zasłoną czerwoną. Autor ten twierdzi, że w 22 przypadkach odry otrzymał przy zastósowaniu czerwonego światła przebieg szybki i zupełne wyleczenie. Najkorzystniej wpływa czerwone światło na stan ogólny, ciepłotę i osutkę; zapobiegać ma również wszelkim powikłaniom. Jeśli inni klinicyści nie otrzymali równie pomyślnych wyników, to przyczyna tego tkwi w niedość ścisłem zastósowaniu szczegółów metody: natężenie czerwonej barwy ma być silne, przykrycie również ma być czerwone, a ciało chorego ma być wystawione na bezpośredni wpływ promieni, gdyż Ch. zawsze spostrzegał, że efekt tego leczenia stokroć jest wybitniejszy na częściach ciała odsłoniętych. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Październik, 1900). *A. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie z dnia 13 lipca 1900 r.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 28.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. A. Gluziński stawia następujące wnioski:

a) Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwala przedłożyć wniosek pełnemu zgromadzeniu lekarzy i przyrodników w Krakowie, by następny Zjazd odbył się we Lwowie.

b) Dodatkowo: wzywa się Szanowne Prezydyum Tow. lek. lwowskiego do zakomunikowania tej uchwały na Zjeździe i do zaproszenia uczestników IX-go Zjazdu na Zjazd do Lwowa.

c) Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwala zawiadomić przez dwóch Delegatów Prezydyum m. Lwowa o odbywającym się obecnie Zjeździe w Krakowie i o zamierzonym Zjeździe za lat trzy we Lwowie, żywiąc nadzieję, że Świetna Rada m. Lwowa zechce uczestników przyszłego Zjazdu w mury swe przyjąć.

Wnioski jednogłośnie przyjęto. — Delegatami obrano prezesa i sekretarza.

III. Kol. Sielski proponuje wybrać na Zjazd higieniczny w Paryżu, jako delegatów Towarzystwa, kolegów: Merunowicza, Bądzyńskiego i Piseka; na Zjazd zaś lekarski w Paryżu kolegów: Rydygiera, Ziembickiego i Obtułowicza. — Propozycye jednogłośnie przyjęto.

Przystąpiono do porządku dziennego.

IV. Kol. Herman przedstawia: 1. Chorą A. H. l. 23, u której przed kilkunastoma dniami wykonano w klinice chirurgicznej wypiłowanie stawu barkowego lewego z powodu gruźlicy. Rana pooperacyjna zgojona przez rychłozrost. U tej samej chorej w jej 6 tym roku życia wypiłowano staw biodrowy prawy, a w 16 roku życia przebyła resekcyę stawu kolanowego lewego. Odżywienie obu kończyn dolnych nie wiele różni się, natomiast długość nogi prawej wynosi 69 ctm., lewej 76 ctm.

2. Następnie przedstawia kobietę K. Ł. l. 38, która ratując krowę zakaziła się wąglikiem (*anthrax*), stwierdzonym w klinice bakteryologicznie. Krosty wąglikowe zajęły oba przedramiona i wystąpiły wielokrotnie; było ich kilkanaście. Mimo to przebieg był bardzo łagodny, bezgorączkowy. Odpowiednio do tego terapii nie było właściwie żadnej, ograniczono się jedynie do chronienia krost od wpływów zewnętrznych. Wyleczenie zupełne po trzech tygodniach.

3. W końcu przedstawia preparat nerki, zajętej rakiem, (tumor Grawitza), uzyskany przez operacyę, dokonaną na 41 let. chorym. Ope-

racyę wykonał prof. Rydygier w znieczuleniu miejscowem płynem Schleicha. Jest to już trzeci z rzędu tego rodzaju zabieg (nephrotomia i nephrectomia), wykonany w znieczuleniu miejscowem. Ból podczas operacyi był bardzo nieznaczny, a zysk zdaje się ogromny. Chloroform bowiem, jak wiadomo, działa niekorzystnie na nerki, a wpływ ten tem fatalniej odbić się może na chorym, że po operacyi pozostaje tylko jedna nerka, która podjąć musi zdwojoną pracę. Wykonując wycięcie nerki w znieczuleniu miejscowem, uda się może usunąć zupełnie wypadki śmierci z zupełnego bezmoczu, jaki się po tych operacyach zdarza.

V. Kol. Zalewski przedstawia dwie chore po t. z. radykalnej operacyi, które były leczone sposobem, dotąd niepraktykowanym. Mianowicie celem leczenia pooperacyjnego było, by jama pooperacyjna zarosła, a nie tak, jak dotychczas robiono, by jamę pooperacyjną utrzymać na zawsze. Pierwsza chora była operowana przez Politzera w Wiedniu w lipcu 1898 roku i do lipca 1899 przebyła kilka nawrotów zapalenia w jamie pooperacyjnej. Już przy wypuszczeniu z kliniki Politzera kol. Z. proponował chorej, by w październiku 1899 roku przybyła do kliniki chirurgicznej lwowskiej, co chora uczyniła z musu, bo znów dostała zapalenia w jamie pooperacyjnej. Po wyleczeniu zapalenia, kol. Z. wykonał za zgodą prof. Rydygiera następującą operacyę: całą wyściółkę jamy pooperacyjnej przy pomocy noża wyciął, a następnie kość, gdzie się dało, okrwawił. Miało to miejsce w listopadzie 1899 roku; w lutym 1900 roku chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa. Jama cała zarosła. Chora dotąd ma się zupełnie dobrze. Nawrotu nie było, gdyż nie miał gdzie powstać. Druga chora, operowana w klinice chir. 6 tygodni temu, leczona w ten sam sposób. Jama też zupełnie zarosła, tylko na powierzchni jeszcze ziarnina nie zamieniła się na tkankę łączną stałą. Sposób dotychczasowego leczenia pooperacyjnego kol. Zalewski uważa za błędny, »bo niezrozumiałem jest wprost«, dlaczego ma pozostawać jama pooperacyjna. Zwykły los dotychczas operowanych jest ten, że co jakiś czas jest nawrót „cieknięcia“ z jamy, które nie jest rzeczą obojętną, a może nawet przyprawić chorego o utratę życia. Jedynie racyonalnem zdaje mu się być leczenie, jakie przeprowadził w tych dwóch przypadkach, t. j. pozwolić jamie pooperacyjnej zarosnąć. Jeżeli myśl ta znajdzie potwierdzenie w dalszych przypadkach, to niewątpliwie wstąpi się w nowy okres leczenia pooperacyjnego po attykoantrotomii i w nowy okres rozwoju tej operacyi.

Dr. Barącz uważa myśl za szczęśliwą; obawia się tylko upośledzenia słuchu po zarośnięciu jamy. Prócz tego zaznacza, że zdaje mu się, iż jakiś Anglik proponował kiedyś to samo postępowanie.

Kol. Zalewski odpowiada, że obawy upośledzenia słuchu nie ma, bo okolica *fenestrae ovalis i rotundae* może pozostać niezarośniętą przez tamponowanie silniejsze. Co do drugiego punktu, to kol. Z. przejrzał dokładnie specyalną literaturę i wzmianki podobnej nigdzie nie znalazł.

VI. Kol. Krzyszkowski, omówiwszy pokrótce powstawanie „tumoru Grawitza“ i okazawszy parę okazów wpryśniętych w nerkę ognisk nadnercza (struma suprarenalis aberrata), demonstruje szereg następujących preparatów:

A) Lipoma coeci submucosum. Preparat pochodzi z mężczyzny, lat 42 liczącego; przedstawia się jako guz ruchomy, wielkości jaja gęsiego; na powierzchni strzępy zmartwiałej błony śluzowej, na przekroju typowa tkanka tłuszczowa i parę ognisk wybroczynowych. Guz ten stał się powodem niedrożności; operowano, podejrzywając wgłębienie; w czasie operacyi uważano guz za raka, wobec czego wyłuszczenia zaniechano; śmierć nastąpiła wskutek zapalenia otrzewnej.

B) Carcinoma colonis ascendentis. Preparat pochodzi z kobiety, l. 30 liczącej. Nowotwór wywołał znacznego stopnia pierścieniowate zwężenie światła w kolosalnie rozszerzonej kiszce ślepej; wśród obfitych mas kałowych znajdowało się kilkanaście pestek ze śliwek. Najbliższe i dalsze gruczoły nie zajęte; mikroskopowo „Adenocarcinoma scirrhosum“. Chora zmarła na zapalenie ropne otrzewnej wskutek przebicia i zgorzeli wyrostka robaczkowego. (Kliniczne rozp. *Exsudatum parametriticum*).

C) Carcinoma pancreatis. Preparat pochodzi z kobiety, l. 66 liczącej. Zajmuje trzon, głowa i ogon trzustki wolne. Mikroskopowo stwierdzić można wyjście z przewodu; część przewodu położona przed zwężeniem znacznie rozszerzona; przerzuty w gruczołach otoczenia i w wątrobie. Klinicznie rozpoznawano gruźlicę otrzewnej; śmierć nastąpiła wskutek ropnego zapalenia otrzewnej, punkt wyjścia, ropienie w nowotworze, wywołane przez „bacterium coli“.

D) Endothelioma pleurae diffusum. (Dwa analogiczne okazy). 1. Jeden pochodzi z mężczyzny l. 44 liczącego. Nowotwór w kształcie grubego pancerza obrasta oba płuca i zajmuje też opłucne ścienne. Blaszki worka opłucnowego lewego zrosłe, w jamie opłucnowej prawej znachodziła się znaczna ilość krwawej cieczy wypocinowej. Przerzuty w miąższu obu płuc, w gruczołach pachwinowych strony lewej i znacznej wielkości przerzut, żłobiący kości miednicze lewej strony.

2. Drugi okaz pochodzi z mężczyzny, l. 73 liczącego. Nowotwór w kształcie pancerza obrasta całe płuco lewe, obie blaszki opłucnej z sobą nowotworowo zrosłe. Przerzuty w miąższu tegoż płuca, w gruczołach wnękowych płuc, w gruczołach nadobojczykowych i pachowych strony lewej, w mięśniu sercowym i w wątrobie.

Obrazy mikroskopowe obu przypadków identyczne, okazują budowę siatkowatą (alweolarną) nowotworu.

W dyskusyi zabierali głos: Kadyj, Gluziński A., Obtułowicz, Szulisławski i demonstrujący.

Dr. J. Krzyszkowski
sekretarz.

VII. Zdrojowiska lecznicze północnego Kaukazu.

podał

Dr. Witołd Eugeniusz Orłowski.

Rosya niemniej od innych państw europejskich jest wyposażoną w miejscowości lecznicze, w których głównymi czynnikami są siły przyrody, mianowicie woda i powietrze. Nie mija dziesiątka lat, żeby na przestrzeni tego obszernego, a mało zbadanego państwa nie wykryto gdziekolwiek źródeł mineralnych, lub miejscowości, posiadającej warunki stacyi klimatycznej. Przeważna część jednak tych zakładów kąpielowych i klimatycznych jest tak mało urządzona, że publiczność nie znajduje tu nawet takich elementarnych i niezbędnych dogodności, jak np. ułatwiona komunikacya, znośne mieszkanie, środki spożywcze, jakakolwiek rozrywka i t. d. Tylko bardzo nieznaczna liczba zakładów czyni jako-tako zadość podobnym wymaganiom.

Jedno z pierwszych miejsc pod tym względem zajmują zdrojowiska północnego Kaukazu: Pjatigorsk, Essentuki, Kisłowodsk i Żeleznowodsk.

Są one położone w tak zwanej Terskiej obłasti, w niewielkiej od siebie odległości, a od 1893 r. są między sobą, a również i z resztą Rosyi połączone za pomocą kolei żelaznej. Wody te nabierają z każdym rokiem coraz więcej rozgłosu i już dziś stanowią cenne bogactwo państwa. Frekwencya leczących się w tych zdrojowiskach wynosiła w r. 1895 — 8200 osób, w 1896 — 8679, w 1897 — 9481, w 1898 — 10,679, w 1899 — 12,996, w 1900 — ponad 15,000. Z biegiem czasu, po zastosowaniu niezbędnych urządzeń i ulepszeń, kaukazkie wody mineralne będą niezawodnie współzawodniczyć z zdrojowiskami zagranicznemi. Spędzając od lat 6 porę letnią w Essentukach, zamierzyłem zapoznać w zarysie ogólnym polskie piśmiennictwo lekarskie z obecnym stanem zdrojowisk kaukazkich. Już bowiem obecnie, wskutek znacznie zwiększonej frekwencyi, nieraz dają się słyszeć głosy w klienteli polskiej o odbytem w któremkolwiek z tych zdrojowisk leczeniu, lub o zastósowaniu tych wód w domu. Przeto poznanie kaukazkich wód i zakładów zdrojowych jest w obecnym czasie poniekąd niezbędne i dla lekarzy polskich.

Najwięcej uczęszczanym z wymienionych zdrojowisk jest Pjatigorsk. Leży on na lewym brzegu potoku Podkumok, u stóp góry Maszuki (993 m. nad poz. morza), pod 44° 3′ szer. północnej i 60° 44′ dług. wschodniej, wznosząc się nad poziom morza na 510 metrów. Pomimo, że Piatigorsk znajduje się na tej samej szerokości, co i Genua, jednak klimat tutaj jest cokolwiek surowszy; wpływa na to wysokość położenia i blizkie sąsiedztwo gór kaukazkich. Średnia ciepłota powietrza w czerwcu wynosi 18,5° C., w lipcu —

20,6°, w sierpniu — 21,5°, we wrześniu — 15,6°; największa różnica w miesiącach letnich między ciepłotą ranną i wieczorną nie przekracza 3° C. Średnie ciśnienie atmosferyczne wynosi 714,9—719,6 mm. Panujące tu wiatry są wschodnie i zachodnie; ostatni najczęściej przynosi deszcze. Najobfitsze opady przypadają na wiosnę. Ilość opadu atmosferycznego stosunkowo niewielka; średnia wilgotność względna — 80%.

Do środków balneo-terapeutycznych Pjatigorska należy szereg źródeł siarczanych, używanych wyłącznie do kąpieli. Skład ich chemiczny najwięcej jest zbliżony do źródeł Akwisgrańskich i Pirenejskich, a pod względem jakościowym przedstawia się jednakowo dla wszystkich źródeł, z wyjątkiem wolnego siarkowodoru, którego ilość niejednaka.

Ciepłota źródeł Pjatigorskich nie jest również jednaka; rozróżniamy tu źródła siarczane letnie i gorące.

Prócz wód siarczanych, Pjatigorsk posiada jeszcze cieplice obojętne (akrotermy), oraz kąpiele błotne, dla których zarząd sprowadza błoto z jeziora Tambukańskiego, odległego o 10 kilometrów od Pjatigorska. Ciepłota tych kąpieli błotnych bywa rozmaita od $37^1/_2$ do 40° C.; zwykle na jedną wannę bierze się od 5 do 12 wiader błota. Z wody jeziora Tambukańskiego wyrabiają tu przez parowanie ług mineralny, który służy dla wzmocnienia mineralizacyi kąpieli piatigorskich. W r. 1900 otwarto tu rządową wodolecznicę, urządzono według najnowszych wymagań nauki. W obecnej chwili w ciągu 10 godzin wydaje się dziennie w Pjatigorsku przeszło 2000 kąpieli. W r. 1898 wydano wanien 136174, w 1899 — 143241.

Wody piatigorskie są skuteczne w pewnych okresach kiły, w przewlekłych cierpieniach stawów, w zołzach i niektórych cierpieniach skóry (łuszczyca, świerzbiączka, liszaj i t. d.).

Sezon trwa od 1 maja do 15 września. Frekwencya chorych w r. 1899 wynosiła osób 6,207, w 1900 — do 7000.

W 15-kilometrowej odległości od Pjatigorska leżą Essentuki. Jest to tak zwana stanica, położona pod 44° 22′ 5″ szer. północnej i 60° 31′ 10″ dług. wschodniej, na wysokości 603 m. nad poziomem morza, na pochyłości Alkalicznej góry. Okolica ta ma cechy miejscowości stepowej. Pyszny park, prawdziwa ozdoba Essentuków, jest całkowicie dziełem rąk ludzkich; naokoło step i tylko na oddalonym widnokręgu wznosi się śnieżny Elborus, a bliżej w stronę Piatigorska, Maszuka i Besztan. Klimat Essentuków jest umiarkowany. Średnia ciepłota w maju wynosi + 15,12°, w czerwcu 19°, w lipcu 19,4° i w sierpniu 19,8° C.; znacznych wahań ciepłoty tu nie bywa. Średnie ciśnienie atmosferyczne 697—719,2 mm. Wilgotność względna, latem najmniejsza, wynosi 77%. Ilość opadów atmosferycznych jest nieznaczna; najobficiej deszcze padają w maju i w początku czerwca; w ciągu zaś największego zjazdu chorych (od 10 czerwca do 1 sierpnia) dnie dżdżyste zdarzają się rzadko. U stóp Alkalicznej góry płynie potok Podkumok, który nadaje sąsiedniej części Essentuków cechę okolicy błotnistej. Nic więc dziwnego, że w tej części ciągle panuje zimnica, wyróżniająca się wielką uporczywością.

Essentuki posiadają źródła dwojakiego rodzaju: słono-alkaliczne i siarczano-alkaliczne. Pierwsze służą do wewnętrznego i zewnętrznego użycia, drugie tylko do kąpieli. Ze źródeł słono-alkalicznych najczęściej bywają używane N. 17, N. 4 i N. 18. Główne ich części składowe są następujące:

W jednym litrze:

Źródło	Dwuwęglan sodowy	Chlorek sodowy	Dwuwęglan tlenku żelaza	Ciepłota
N. 17	4,38734 g.	3,71754 g.	0,00387 g.	10,6° C.
N. 4	3,2065 „	2,57431 „	0,0079 „	11,25° C.
N. 18	4,76798 „	3,80145 „	0,01648 „	13,75° C.

Zdrój N. 17, któremu Essentuki zawdzięczają swoją sławę, został w r. 1897 podzielony na dwie części: zachodnią i wschodnią. Druga część różni się od pierwszej większą zawartością siarkanów, wapnia i magnezyi, wskutek czego znajduje większe zastósowanie w cierpieniach, wikłających się z zaparciem stolca. Do kąpieli używają się zdroje N. N. 20 i 26. Woda N. 20 jest bardzo słabo mineralizowana i używa się do wanien słono-alkalicznych. Dla wzmocnienia mineralizacyi tych kąpieli dodaje się ług mineralny, wyrabiany, jak wspomnieliśmy, z wody jeziora Tambukańskiego; w niektórych zaś przypadkach bywa dodawany wyciąg igliwiowy. Woda siarczano-alkalicznego źródła N. 26, zwanego Gaaz-Ponomarewskiem, jest przeprowadzona do gmachu Mikołajewskich łazienek siarczanych, wybudowanego w r. 1898 według wszelkich wymagań dzisiejszej nauki, oraz do gmachu starego. W tych łazienkach siarczanych znajdują się również i kąpiele błotne. Wanien do kąpieli słono-alkalicznych jest 14, siarczano-alkalicznych 28, błotnych 18; zatem dziennie może zakład dać kąpieli słono-alkalicznych 280, siarczano-alkalicznych 560, błotnych 180. W r. 1898 wydano kąpieli 41,688, w 1899 — 54,227. Wszystkie wymienione zdroje i zakłady znajdują się w parku. Tuż przy nim mieści się prywatna wodolecznica dr. Desnickiego.

Skuteczność wód w Essentukach stwierdzono w 1) nieżytach błon śluzowych żołądka, jelit, miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego, oskrzeli i t. d.; 2) w przekrwieniu wątroby, żółtaczce, kamicy żółciowej, kamieniach nerkowych; 3) w wadliwej przemianie materyi, jak moczówka cukrowa, dna, otyłość; 4) w różnych postaciach niedokrewności; 5) w przewlekłych cierpieniach narządów płciowych kobiecych.

Sezon trwa od 14 maja do 1 września. Frekwencya chorych w r. 1899 wynosiła osób 2878, w r. 1900 — przeszło 3000. (Dok. nast.).

VIII. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

IV.

Wystawa paryzka ma jedną wielką wadę w swem urządzeniu, że organizatorowie wcale nie starali się uczynić jej przejrzystą i łatwą do zoryentowania się. Tak jest przynajmniej z wystawą przedmiotów, należących do zakresu medycyny. Poprzyczepiane do rozmaitych i nader różnorodnych pawilonów, najczęściej zagłuszone jakiemiś bijącemi w oczy wspaniałościami, okazy z zakresu medycyny z trudnością tylko dają się odszukać; a niemożność zestawienia jednoczesnego wytworów różnych krajów i szkół, wprost odejmuje lekarzowi wszelką możność wyrobienia sobie osobistego zdania w tym zgiełku i jarmarcznym chaosie.. Czy w istocie nauka nie zasłużyła sobie na własny kąt, w którym można było skupić myśli i nastroić umysł do jednolitego a poważnego zastanowienia?

Może jeszcze najwięcej poświęcono uwagi wystawie mikrobiologicznej. Znajduje się ona na pierwszem piętrze pawilonu higieny, w salonie Pasteura i zawiera okazy drobnoustrojów, poznane w epoce minionej i obecnej. Salon przedstawia się w kształcie rotundy, w środku której umieszczono narzędzia i przyrządy, które służyły Pasteurowi do pierwszych odkryć w dziedzinie bakteryologii. Według tych przyrządów można śledzić kolejno dzieje wiekopomnych odkryć Pasteura, od epoki, w której mistrz ten nie posiadał nad jeden stary mikroskop, aż do chwili, w której stworzył liczne i najsubtelniejsze metody badania, przy pomocy których odkrył nowe światy. W kierunkach odśrodkowych, po bokach są wystawione modele Instytutu Pasteura i Instytutu w Lille oraz liczne okazy hodowli bakteryjnych.

Niemiecki urząd zdrowia urządził swą wystawę w izbie,

przylegającej do salonu Pasteura. Wielkich rozmiarów model daje dokładne wyobrażenie o wewnętrznem urządzeniu licznych pracowni i ubikacyi do nich przynależnych, sali maszyn, izby do odkażań, sali przeznaczonej dla mikrobiologii rolniczej itd. Dalej idą wykazy statystyczne, oznaczone rozlicznemi barwami, nagromadzone przez biuro higieniczne urzędu zdrowia. Salę te zdobią popiersia Pettenkoffera i Kocha.

Po stronie lewej przedsionka, prowadzącego do salonu Pasteura, znajduje się wystawa administracyi higienicznej królestwa włoskiego: rozwieszono tu liczne tablice statystyczne, dotyczące obszarów nawiedzonych przez zakażenie zimicze. Dalej idą wykazy z Instytutu leczenia surowicami w Medyolanie, oraz kartony, na których akwarelowo przedstawione są sanatorya we Włoszech.

Wystawa mikrobiologiczna szwajcarska zajmuje małą przestrzeń obok włoskiej; na uwagę zasługują statystyczne wykazy śmiertelności z chorób zakaźnych.

Naprzeciw lokalu wystawy włoskiej znajduje się austryacka; tu widzimy Eschericha wystawę drobnoustrojów, znajdowanych przez tego badacza w jelitach osesków, chorych na cierpienia przewodu pokarmowego; dalej idą pouczające tablice, wystawione przez wiedeński Instytut leczenia surowicami, na których przedstawiony jest objaw aglutynacyi w serodyagnostyce duru brzusznego.

Anglia wystawiła olbrzymie tablice statystyczne, wykazujące chorobliwość i śmiertelność wśród mieszkańców tego kraju; tu uderza znaczny wzrost śmiertelności z raka w ostatniem dziesięcioleciu.

W sąsiedztwie z Anglią wystawiła Francya diagramy i obrazy graficzne, mające przedstawić śmiertelność i chorobliwość śród francuzów. W pawilonie miasta Paryża znajduje się pokaźna liczba preparatów drobnowidowych, pochodzących z pracowni dra Miquela i zarządu weterynaryi; szczególnie liczne tu są okazy przyrządów i narzędzi, należące do zakresu bakteryologii. W Trocadero, mianowicie w pawilonie Tunisu, spotykamy nader zajmujące fotografie i liczne broszury, odnoszące się do Instytutu Pasteura w Tunisie; w pawilonie senegalskim są również wartościowe okazy z pracowni mikrobiologicznej w Saint-Luis.

Właściwie najpoważniejsze zbiory z zakresu mikrobiologii znajdują się na polu Marsowem: Anglia, Belgia, Francya, Rosya, a zwłaszcza Germania, wystawiły tu bogaty zbiór przyrządów, narzędzi i okazów bakteryologicznych. Drowic Pehl z Petersburga, Rohrbeck i Zetnow z Berlina przedstawili liczne przedmioty, służące do mikrografii. Najobfitszą kolekcyę, bo zupełną pracownię dla badań bakteryologicznych wystawiła berlińska firma Lautenschlägera. Obok tej stałej, wystawiła ta firma pracownię przenośną, że się tak wyrazimy, podróżną. Wszystkie przyrządy i narzędzia Lautenschlägera nadają się do nadzwyczaj łatwego odkażania; przyrządy zrobione są wyłącznie ze szkła i metalu nieśniedziejącego. Stół w pracowni składa się z szlifowanej szyby szkła, opartej na metalowych nóżkach; wielkie słoje szklane osobnej konstrukcyi służą do przechowywania zwierząt, zaszczepionych silnie jadowitemi istotami, np. zarazkiem moru. Pracownia „podróżna“ została wykonaną podług wskazówek Kirchnera i Pfeiffera; zawiera ona wszystkie niezbędne narzędzia do badań bakteryologicznych; jedna z takich przenośnych pracowni była użyta przez komisyę niemiecką w Porto podczas panowania tam moru.

G r u ź l i c a zajęła poważne miejsce na wystawie mikrobiologicznej; u wejścia do salonu Pasteura wpadają w oko nader licznie nagromadzone hodowle prątka gruźliczego; bliższe i szczegółowe wejrzenie poucza o różnicy, zachodzącej między gruźlicą ludzką, a ptasią; są tu okazy gruźlicy wrzekomej i hodowle promienicy. Co do promienicy, to najwięcej zajmujących okazów nagromadzono w dziale weterynaryi, umieszczonym w pawilonie miasta Paryża; w tymże pawilonie znajdują się wykazy statystyczne śmiertelności z gruźlicy we Francyi. W jednej z ubikacyi, należących do salonu Pasteura, wystawione są kartogramy niemieckiego Urzędu zdrowia, odnoszące się do gruźlicy i głównych chorób narządu oddechania w Niemczech od r. 1894 do 1899. W pałacu na Polu Marsowem znajduje się bogata wystawa Behringa; są tu nader pouczające preparaty toksyn gruźliczych (tuberkulina, tłuszcze z bakteryi gruźliczych, tuberkulosamina itd.)

Okazy, odnoszące się do b ł o n i c y, znajdują się w tych samych pawilonach, co i gruźlica. Statystykę błonicy różnych krajów spotykamy w pawilonie higieny, oraz w pawilonie miasta Paryża itd.; toksyny i antytoksyny błonicze stanowią poważną część okazów Behringa, wystawionych w pawilonie na Polu Marsowem.

Z i m n i c a stanowi na Wystawie zajmujące i zupełne studyum; tablice ścienne wystawione przez Włochy przedstawiają linie krzywe ciepłoty w rozmaitych postaciach zimnicy napadowej; liniom krzywym towarzysza badania krwi w kierunku plasmodyjów Laverena. Mikrofotogramy dają należyte wyobrażenie o przeobrażeniach pasorzyta w napadach zimnicy trzeciaczki, czwartaczki — w myśl badań Golgiego. Rysunki fotograficzne przedstawiają owady, pośredniczące w roznoszeniu zakażenia zimniczego: *anopheles pseudopictus*, *superpictus*, *claviger et bifurcatus*, oraz rozmaite inne gatunki komara. W pawilonie na Polu Marsowem wystawił na mikrofotogramach prof. R. Pfeiffer z Królewca zbiór pasorzytów zimniczych krwi; są tu okazy pasorzytów krwi małp, gołębi, wróbli itd. w rozmaitych okresach ich przeobrażeń.

Oprócz okazów ściśle leczniczych, znajdujemy w pałacu higieny i na Polu Marsowem kolekcye mikrobiologiczne w zastosowaniu do przemysłu i rolnictwa; dział ten w wysokim stopniu zajmujący i zdawałoby się mogący w przyszłości zmienić warunki ekonomiczne bytu naszego, musimy ze względu na cel naszych sprawozdań w całości opuścić.

Dr. A. Kwaśnicki.

IX. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

S e k c y a p s y c h i a t r y c z n a.

Zestawił Dr. B. Kupczyk.

(Dokończenie).

O t r w a ł e m t r z y m a n i u w ł ó ż k u (l e c z e n i u s p o c z y n k o w e m), j a k o s p o s o b i e l e c z e n i a o s t r y c h p o s t a c i o b ł ę d u.

K o r s a k o w (Moskwa). 1. W sprawie leczenia chorób umysłowych zapomocą trwałego spoczynku w łóżku należy rozróżniać system trzymania chorych w łóżku, jako sposób wewnętrznego urządzenia zakładów, od użycia łóżka, jako sposobu leczniczego.

2. Zasady tego sposobu leczenia są następujące: *a)* użycie łóżka jest istotną częścią tego sposobu leczenia; *b)* spoczynek w łóżku powinien być osiągnięty nie siłą, lecz za pomocą wpływu moralnego i przez poddawcze działanie otoczenia; *c)* dla osiągnięcia celu konieczną jest szczególna organizacya dozoru, którego zadaniem byłoby pielęgnować chorych, śledzić i spostrzegać objawy cielesne i duchowe choroby. Zasadnicza niechęć do posługiwania się celkami nie jest głównym warunkiem systemu, o którym mowa, lecz przyczynia się znacznie do jego rozwoju; z drugiej strony rzadsze używanie cel jest jednem z pierwszych dobrodziejstw leczenia spoczynkowego.

3. Dokładne, szczegółowe uregulowanie czasu pobytu w łóżku, przechadzek i zajęć po za łóżkiem stanowi zasadniczą podstawę tego leczenia.

4. Użycie wspólnych sal ułatwia znakomicie należytą organizacyę sposobu leczenia spoczynkowego, choć nieraz zachodzi także konieczność zastosowania go w pokojach odosobnionych. Należy jednak zaznaczyć z naciskiem, że przymusowe trzymanie w łóżku nie jest właściwością tego systemu.

5. Leczenie spoczynkowe przynosi następujące korzyści: większy porządek w zakładzie (zwłaszcza tyczy się to zakładów zamkniętych), ułatwienie w pielęgnowaniu chorych i w spostrzeganiu klinicznem, ograniczone użycie odosobnionych oddziałów; system

leczenia spoczynkowego może zupełnie usunąć potrzebę więzienia chorych w celach. Choroby, okazujące stany podniecenia, mają łagodniejszy przebieg, prócz tego zmniejszyła się śmiertelność niektórych ciężkich, ostrych postaci obłąkania.

6. W czasie leczenia spoczynkowego nie należy zaniedbywać innych sposobów, korzystnie działających, jak: wpływu moralnego, udzielania chorym swobody, zajmowania ich pracą. Szczęśliwe połączenie tych sposobów jest możliwe.

7. Wskazania dla bezwzględnego spoczynku nie są jeszcze dostatecznie określone. Celem uzyskania wskazań, opartych na podstawie naukowej, trzeba nietylko ilościowo powiększyć badania, lecz także rozszerzyć ich zakres. Na zbadanie zasługuje wpływ spoczynku i bezczynności na skład krwi, na wydzielanie toksyn z ustroju, na czynności duchowe, szczególnie na zdolność przyjmowania wrażeń *(aperception active)*.

8. Główne wskazanie dla leczenia spoczynkowego stanowią stany podniecenia; długi, w ścisły sposób zastosowany spoczynek w łóżku jest przeciwwskazany u chorych o opieszałym umyśle, skłonnych do apatyi, niedokrewności i samogwałtu.

9. Trzymanie w łóżku winno być stosowane w sposób rozmaity, zależnie od osobniczych wskazań, we wszystkich prawie psychozach o ostrym przebiegu, zwłaszcza w początkowym okresie choroby. Korzystne działanie objawia się szczególnie w szaleństwie (manii), w obłędzie (delirium) opilczym, w wielu postaciach pomięszania umysłu i zadumie. Oczywiście, że leczenie spoczynkowe znajdzie zastosowanie we wszystkich tych przypadkach, gdzie z chorobą umysłową łączy się choroba zakaźna, wysoka gorączka, lub ogólne wyczerpanie sił.

Neisser (Leubus). 1. Ogólną jest zasadą, że dla wszystkich osobników, których zachowanie się i stan okazują podniecenie, nieporządek, albo tylko dziwaczność wyższego stopnia, jak n. p. w szaleństwie, zadumie, pomięszaniu ogólnem (paranoia), w omamach, padaczce, porażeniu postępowem, otępieniu — najlepszym sposobem leczenia jest trzymanie chorego w łóżku. Oczywiście lekarz pozwoli choremu, jeżeli mu się wydaje stósowne, opuścić łóżko i brać udział w pracy, rozrywce, przechadzce i wspólnej uczcie; jednak co powinno być bezwarunkowo wzbronionem, to bezmyślne zatrzymywanie się chorych, włóczenie i bezcelowe zgromadzanie się w korytarzach i wspólnych salach.

2. Chorego umieszcza się w łóżku zaraz po przybyciu lub raczej po kąpieli, jako pierwszym zabiegu leczniczym. Jak nieodzownem jest, ażeby pierwsze badanie lekarskie odbyło się, kiedy chory znajduje się już w łóżku, tak wszelkie szczegółowe zlecenia, dotyczące umieszczenia chorego w łóżku, są zbyteczne. Innemi słowy, w zakładzie powinno być ustalone mniemanie, że spoczynek w łóżku jest metodą leczniczą, która rozumie się sama przez się i nie wolno jej przerywać na pewien czas, ani stale, z wyjątkiem szczególnych przypadków, oznaczonych przez zarządzenie lekarskie.

3. Leczenie spoczynkowe ułatwia dozór i pielęgnowanie chorych, które w pewnych przypadkach są prawie niemożliwe bez zastosowania łóżka; z tego powodu użycie go może być wskazanem także dla chorych niezdolnych do poddania się zabiegom leczniczym.

4. Leczenie spoczynkowe nie jest sposobem swoistym, lecz tylko zabiegiem leczniczym, który powinien być stosowany do przypadku i osobnika. Nie jest także nowym sposobem (jak tego uczy historya psychiatryi) i z natury rzeczy nim być nie może. Odpowiada ono tylko jednemu wskazaniu leczniczemu, t. j. spoczynkowi mózgu; należy je zatem stósować we wszystkich przypadkach, gdzie trzeba przeciwdziałać objawom podniecenia.

5. Trzeba zwracać baczną uwagę na stan umysłowy chorych, rozmieszczając ich bądź w wspólnych salach, bądź w pokojach odosobnionych, przy drzwiach otwartych, czy zamkniętych, lecz pod ciągłym dozorem. Jak najdokładniejsze indywidualizowanie jest koniecznym warunkiem rozumnego stosowania tego środka.

6. Jak długo trwa stan ostry choroby, zasadą leczenia jest spoczynek fizyczny, t. zn. spoczynek chorego narządu; z drugiej strony, gdy ostre objawy zaczynają ustępować bez skłonności do uzdrowienia, leczenie powinno zachować i pobudzić do czynności resztki duchowej osobowości, dając choremu stósowne zajęcie. Trudno jest oznaczyć tę chwilę; jeżeli się nie zwróci na nią uwagi, chory przyzwyczaja się łatwo do łóżka, co przejść może w manię, szkodliwą dla jego stanu cielesnego i duchowego, trudną do zwalczenia. Dlatego trzeba czasem polecić już w czasie ostrego okresu połączenie leczenia spoczynkowego z pracą i ruchami na wolnem powietrzu, co zresztą daje się wykonać w rozmaity sposób (zajęcie w łóżku, kolejne następstwo spoczynku i pracy lub przechadzek, system mięszany w Tuluzie). Należy zaznaczyć, że w większości chorób umysłowych wieku młodzieńczego leczenie spoczynkowe nie powinno trwać zbyt długo.

7. Leczenie spoczynkowe nie wymaga większych przebudówek i daje się łatwo przeprowadzić w starych zakładach. Mowca stawia szereg żądań, tyczących się budowy i urządzeń zakładów dla umysłowo chorych. Przedewszystkiem należy stanowczo usunąć oddziały zawierające tylko odosobnione cele. Pożądanem jest natomiast posiadanie jak największej liczby oddziałów niezbyt wielkich. Każdy oddział powinien obejmować 3 lub 4 pokoje, różnej wielkości, dla chorych leczonych wspólnie sposobem spoczynkowym, pokój bawialny i dwa lub trzy pokoje odosobnione. Rozdział pokojów powinien być uskuteczniony w ten sposób, ażeby mała liczba służby mogła wykonywać dostateczny dozór; każdy oddział powinien posiadać przynajmniej dwóch służących i łazienki. Na 100, najwyżej 200 chorych, powinien przypadać jeden lekarz nawet wtedy, gdy chorzy nie zmieniają się często. Leczenie spoczynkowe nie wymaga powiększenia liczby dozorców, jeżeli czas służby jest skrócony i zmiana częściej się odbywa. Jest zrozumiałem, że zmęczenie łatwiej występuje przy rzeczywistem opiekowaniu się chorymi, niż przy dozorowaniu ludzi, zamkniętych w celach lub skrępowanych. Wreszcie służba powinna bezpośrednio podlegać lekarzowi.

Morel (Mons). 1. Każdego umysłowo chorego, oddanego do zakładu, należy umieścić w oddziale obserwacyjnym, celem zbadania jego stanu cielesnego i duchowego. Ażeby badanie mogło odbyć się dokładnie, lekarz powinien posiadać wszystkie środki, służące do tego celu, według ostatnich postępów wiedzy.

2. Leczenie spoczynkowe będzie stósowane: *a)* w przebiegu psychoz ostrych lub przewlekłych, okazujących przejściowe stany podniecenia lub pognębienia; *b)* u chorych, okazujących zaburzenia w ogólnem odżywieniu; *c)* u chorych, nie umiejących się zachowywać według prawideł codziennego życia, oddających kał pod siebie, nie przyjmujących pokarmu, okazujących skłonność do samobójstwa, niszczenia i t. d.; *d)* u chorych, dotkniętych poważną chorobą cielesną.

3. Dla osiągnięcia pożądanych wyników koniecznem jest: *a)* aby zakład posiadał ciało lekarskie, odpowiednio pod względem liczby do wymaganych czynności; *b)* aby lekarze mieszkali w zakładzie, żeby każdy z nich miał czynne i samodzielne stanowisko w spostrzeganiu i leczeniu chorych; *c)* aby nie posługiwano się żadnym środkiem przymusowym, oprócz przypadków bardzo rzadkich i wyjątkowych; *d)* aby lekarze zakładowi zajmowali się zawodowem wykształceniem służby, która ma się składać z ludzi, dających dostateczną rękojmię pod względem wiadomości zawodowych i obyczajności, wynagradzanych dostatecznie, z emeryturą po pewnej liczbie lat; *e)* mieszkania i urządzenia mają odpowiadać pod względem wygody wszystkim wymaganiom chorych i personalu służbowego.

Doutrebente czyni uwagę, że trzeba być ostrożnym w wyborze chorych. W porażeniu postępowem i przedwczesnem otępieniu mowca otrzymał złe wyniki, natomiast szaleństwo i zaduma dały lepsze wyniki.

Tschisch. Dzięki leczeniu spoczynkowemu widok zakładu się poprawił, lecz czas trwania chorób umysłowych nie uległ skróceniu.

Magnan. Spostrzeżenia, które mowca uczynił, dowodzą, że ten sposób leczenia przynosi chorym wielką korzyść. Szaleństwo ostre zamienia się rychło w postać podostrą dzięki temu leczeniu, nadto przebieg jego znacznie się skraca.

Mairet i Ardin-Delteil opierają swe doświadczenie na 90 przypadkach i oświadczają: 1. W obłąkaniu przewlekłem leczenie spoczynkowe nie wywiera pożytecznego wpływu na chorobę, na podniecenie i na przygnębienie.

2. W świeżych przypadkach obłąkania, głównie w szaleństwie i w psychozach, występujących w następstwie chorób zakaźnych, zdaje się wywierać pewien wpływ korzystny w tem znaczeniu, że skraca czas trwania choroby.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 20 października 1900.

* Otrzymujemy następujące pismo:

»Komitet budowy sanatoryum ludowego dla dotkniętych gruźlicą po zatwierdzeniu przez c. k. namiestnictwo statutów stowarzyszenia, pełniąc, stosownie do postanowienia przejściowego statutu, obowiązki wydziału Tow. aż do czasu pierwszego walnego zebrania, przyjmuje zgłoszenia na członków na ręce p. Dra Janiszewskiego w Zakopanem.

Statuty Stowarzyszenia znajdują się we wszystkich Redakcyach pism.«

»Wyciąg ze statutu: § 8. Członkiem zwyczajnym będą osoby lub instytucye, które uiszczać będą wkładkę roczną w kwocie conajmniej 20 koron. § 6. Członkiem założycielem będzie każda osoba lub instytucya, która złoży na cele Stowarzyszenia jednorazowo conajmniej tysiąc koron, lub też w ratach półrocznych uiszczać będzie po dwieście koron. Wysokość wkładek zadecyduje ostatecznie walne zgromadzenie.«

»Pierwsze walne zgromadzenie Towarzystwa odbędzie się we Lwowie w końcu listopada lub na początku grudnia, o czem komitet zawiadomi w pismach.

Upraszamy wszystkie Szanowne Redakcye o łaskawe powtórzenie tej wiadomości.«

Komitet: c. k. starosta *Rudzki*, prezes sądu *Łoboś*, kanonik *ks. Kaszelewski*, c. k. lekarz powiatowy *Dr. Bednarski*, nadinżynier *Wszeteczko*, inspektor podatkowy *Drozd*, *M. Struszkiewicz* rejent, *Dr. W. Tyszkiewicz*, *D. Bek*, *Dr. K. Beaurain*, c. k. komisarz rządu *Piątkiewicz*, *Dr. T. Janiszewski*.

* Dowiadujemy się, że wykończenie budowy krakowskiej kliniki lekarskiej opóźniło się z powodu niemożności dostarczenia na czas wszystkich przyrządów, dotyczących oświetlenia elektrycznego, rozprowadzenia rur gazowych, jak niemniej dopływów wody zimnej i ciepłej. Roboty postępują z dniem każdym; pomimo to nowa klinika chorób wewnętrznych otwartą będzie prawdopodobnie dopiero z końcem listopada. Aż do otwarcia nowej kliniki wykłady kliniczne odbywają się w starej klinice na materyale ambulatoryjnym.

* W Nrze 40 »Tygodnika Rolniczego,« znajduje się rozprawa Dra A. Wróblewskiego p. t. »Śmietanka krakowska«; autor zakończa swą pracę słowami: »blizko połowa śmietanki krakowskiej winna podlegać zakwestyonowaniu.« Byłoby rzeczą pożądaną, ażeby nasze władze magistrackie zapoznały się z tą pracą, a to w celu pouczenia się, w jakim kierunku należy kontrolować produkty krakowskich mleczarni.

* W Nr. 42 „Medycyny« znajdujemy sprawozdanie Dra Szwajcera z ruchu chorych w warszawskim szpitalu miejskim św. Stanisława za miesiąc wrzesień. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się że w ciągu jednego miesiąca września przybyło do rzeczonego szpitala chorych: na ospę 60 (przeważnie nieszczepieni), na różę 53, na dur brzuszny 18, na czerwonkę 16, na błonicę 11, na odrę 7, na dur osutkowy 3.

Jeśli się zważy, że to sprawozdanie dotyczy jednego tylko szpitala, to chociażbyśmy uwzględnili szczególną wyjątkowość tak licznych w miesiącu wrześniu chorób zakaźnych, pozbyć się nie możemy przekonania, że stan sanitarny stolicy Królestwa Polskiego jest opłakany; młode a energiczne Towarzystwo higieniczne ma tam bezbrzeżne pole działania.

* Wiec rakuzkich Izb lekarskich w tym roku nie odbędzie się. Kierownictwo powierzone będzie Izbie szlązkiej lub tyrolskiej (niemieckiej).

* Dnia 24 września b. r. zarządził minister oświaty, ażeby płaca asystentów przy katedrach austryackich Wydziałów lekarskich, wynosząca obecnie 1400 koron, w drugiem trzechleciu została podniesioną do wysokości 1700 kor., a w trzeciem do 2000 kor., a po dziewięciu latach służby do 2300 kor. Rozporządzenie to ma wejść w życie od d. 1 października 1901 r.; lata służby, odbyte przed tą datą mają być wliczone. Zarządzenie to odnosi się do lat służby, odbytej w jednym ciągu. Asystenci, którzy korzystają z mieszkania, stołu itd. w zakładzie uniwersyteckim, nie są objęci powyżej przytoczonem zarządzeniem p. ministra.

* Dnia 22 b. m. rozpoczęły się w Wiedniu kursa specyalne dla lekarzy, będących w służbie rządowej. Do korzystania z tych kursów wezwano 17 lekarzy, mianowicie po 2 z Czech, Niższej Austryi i Galicyi; po 1 z reszty krajów. Wykładać mają: Gruber, Weichselbaum, Daimer, Paltauf, Paul i Schacherl. Każdemu z lekarzy, słuchających tych kursów, zadany będzie do opracowania temat z medycyny publicznej. W program tego nauczania wchodzą wykłady, połączone z demonstracyą urządzeń sanitarnych w różnych zakładach przemysłowych. Kierownictwo tych kursów spoczywa w rękach szefa sekcyjnego Kusyego. Kursa podobne odbywać się mają co roku; a nie jest wykluczone, że i przy innych uniwersytetach zarządzone zostaną.

* Austryacki minister handlu zarządził, ażeby, w razie stwierdzenia przypadku moru, wszelkie doniesienia do władz, zażądania środków profilaktycznych itd., o ile odbywać się będą w drodze telegraficznej, wolne były od opłaty i to bez względu na to, od kogo pochodzą, czy od władz politycznych, organów publicznych, lekarzy lub osób prywatnych.

Hojność nie nadzwyczajna, skoro wiemy, że depesza (10 słów) kosztuje w Austryi 30 centów. Wolelibyśmy się dowiedzieć od rządu, gdzie się ma udać lekarz o potwierdzenie bakteryologiczne, jeśli mu się nadarzy przypadek podejrzany? oraz jeśli surowica przeciwmorowa jest w tej chwili najlepszym lekiem przeciw morowi, to gdzie jej w razie potrzeby dostać?

* Prof. R. Koch, który jak wiadomo bawi na dalekim Wschodzie dla badania zimnicy, przybył do Hongkong, zkąd zamierza powrócić do Berlina.

* Od trzech tygodni nie zaszedł żaden nowy przypadek moru w Glasgowie; w leczeniu pozostaje jeszcze osób 20. Sporadyczne przypadki nie przestają pojawiać się na okrętach i w przystaniach różnych krajów świata.

* Stowarzyszenie lekarzy szwedzkich w Sztokholmie ustanowiło złoty medal imienia Pasteura; medal ten co 10 lat przyznawać się będzie bakteryologowi i higieniście, który się najwięcej przyczyni do postępu tej gałęzi medycyny. W roku bieżącym przyznano ten medal prof. Pettenkoferowi; przedstawia się on artystycznie, waży 2500 na jednej jego stronie jest profil Pasteura, na drugiej francuzki napis: »A Louis Pasteur — la société médicale suédoise.«

Mianowania i odznaczenia. Dr. Reinke mian. został prof. nadz. w Rostoku; Dr. Samson Gemmel, profesorem medycyny w Glasgowie. Miejsce prof. Podwysockiego, który jak wiadomo przeniesiony został do Odessy, zajął Dr. Pawłowski. Doc. Sokołów mianowany został prof. patologii chirurgicznej w Charkowie. Docenci peszteńscy: Koranyi (wewn. med.) i Grosz (okulistyki) mianow. profes. nadzwyczajnymi.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Sarell prof. chirurg. kliniki w Konstantynopolu. Dr. Rallis prof. nadzw. zmarł w Atenach. Dr. Leoncyusz Tomaszewski rodem z Kijowa zmarł w Petersburgu, licząc lat 68. W Krasnojarsku zmarł Dr. Eustachy Skórkowski, wygnaniec z r. 1863, żył lat 70, z tych blisko 40 na zesłaniu. Dr. Komorowski zmarł we Francyi, w miejscowości Mondoubleau. Dr. Leopold Weitzblut zmarł w Warszawie, licząc lat 60.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 42: Sachsa F.: O niektórych ujemnych stronach intubacyi. Neugebauera F.: Jeszcze 10 przypadków pozostawienia przypadkowego w jamie brzusznej ciał obcych przy operacyi używanych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 42: Gabszewicza A.: Zapalenie ostre kości biodrowej. Wolframa Z.: Przypadek choroby Barlowa. Zawadzkiego St.: O płókaniach gardła. Dr. Nartowskiego M.: Wpływ jadów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej. W *Nowinach Lekarskich* Nr. 19 i 20: Borzęckiego E.: Syphilis d'emblée. Sędziaka I.: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych ostrych. Czarneckiego: Obce ciało przeszkodą prawidłowego porodu (spostrzeżenie z praktyki).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewski A.: Śmietanka krakowska. Kraków, 1900.

— Dr. Uhma: Syfilidologia. Lwów, 1900.

— Dr. Brudzewski K.: Wo ist der wirkliche Brennpunkt einer Linse? (Odbitka z »klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde« XXXVIII 1900).

— Dr. Kaczyński St.: Listy z Monachium (Odbitka z »Przeg. Lek.« 1900).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 3 Listopada 1900. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie i z pracowni Zakładu weterynaryi Prof. Dra Nowaka.

Cechy histologiczne zmian kiłowych na skórze*)

Podał

Dr. Fr. Krzyształowicz.

Nie poprzedzam właściwego opisu przedstawieniem obrazu klinicznego kiły, bo znanym on jest prawie powszechnie z całą dokładnością, — a pragnę tylko w kilku zarysach skreślić drobnowidowe zmiany skórne w wysypkach kiłowych, szczególnie zaś te cechy, które je od innych zmian klinicznie podobnych odróżniają i te powikłania, które je do innych zmian czynią podobnemi.

Liczny materyał kiły skórnej, który miałem sposobność badać, dzięki szczególnym względom mego szefa ś. p. prof. Zarewicza, oddającego wszystkie przypadki Swego oddziału do mego rozporządzenia w tym kierunku, — pouczył mnie dokładnie, że istnieją w zmianach kiłowych pewne cechy histologiczne, odróżniające je od schorzeń skóry niekiłowych.

Najwybitniejszą cechą zmian kiłowych jest ugrupowanie się nacieku wokoło naczyń krwionośnych. W ścianach ich, szczególnie w warstwie zewnętrznej i w około jej drobnych naczyń, widać szeregi komórek o dwojakim typie. Jedne rozpoznać łatwo przy stosownem barwieniu jako komórki pierwoszczowate (*Plasmazellen* Unna), inne jako przerosłe komórki tkanki łącznej. Ten skład nacieku i takie umiejscowienie powtarza się we wszystkich postaciach kiły.

Tkanka otaczająca nacieki, istota klejorodna *(kollagen)* i włókna elastyczne, nie ulegają zniszczeniu, — co ma wielkie znaczenie dla wejrzenia zmian kiłowych i w okresie ich ustępowania.

Zmiana pierwotna kiły *(sclerosis initialis)* jest naciekiem w skórze, jak powyżej wspomniałem, powodującem wzniesienie jej na powierzchni. Przeczos, pokrywający zazwyczaj tę zmianę, wywołują zmienione warunki odżywcze w skórze. Naciek bowiem w tej zmianie tem się różni od takiegoż w innych zmianach kiłowych, że rozciąga się na większe przestrzenie. Widzimy go zatem nie tylko w ścianach naczyń krwionośnych, ale w ich otoczeniu w postaci szeregów komórek pierwoszczowatych między wiązkami tkanki klejorodnej (kollagenu) ułożonych, a przez to tworzących dośrodkowe łuki i koła około grup naczyniowych. Obok tego spostrzegamy przerost ilościowy komórek tkanki łącznej, a w następstwie wzajemny ucisk, z jednej strony komórek pierwoszczowatych i komórek tkanki łącznej o wybitnej pierwoszczy gąbczastej *(Spongioplasma)*, z drugiej strony dobrze utrzymanych wiązek tkanki klejorodnej (kollagenu). Tym uciskiem właśnie nowowytwarzających się tkanek na istniejące w skórze właściwej i warstwie brodawkowej tłómaczyć należy znany objaw kliniczny stwardnienia zmiany kiłowej pierwotnej, a stąd i nazwy wrzodu stwardniałego lub szankra.

Ułożenie nacieku tłómaczy nam także częstość powstawania przeczosu, a nawet wrzodu, chociaż nie są one cechą anatomiczną zmiany pierwotnej. Naciek bowiem, uciskając na otoczenie i naczynia, sprowadza upośledzenie krążenia krwi i limfy, a stąd zdaje się powstaje i rozszerzenie naczyń chłonnych, leżących pod naskórkiem. Obrzęk warstwy brodawkowej skóry i na niej leżących warstw naskórka usposabia do łatwego uszkodzenia warstw powierzchownych i łatwiejszego zakażenia powierzchni nacieku pierwotnego. Jeżeli się uwzględni najczęstsze umiejscowienie zmiany pierwszorzędnej na częściach ciała drażnionych i na których w zwyczajnych warunkach o zakażenie nie trudno, — łatwo sobie wytłómaczyć, dlaczego tylko wyjątkowo widzimy pierwotny objaw kiły w postaci suchego guzka, a najczęściej przeczosu lub wrzodu.

Dla całości obrazu dodać należy, że w otoczeniu przeczosu lub wrzodu widać pod drobnowidem zgrubiałe warstwy naskórka, obejmujące 2—3 brodawek i przechodzące następnie w warstwy prawidłowe.

Tworów olbrzymich nigdy w zmianach tych nie spotykałem, komórki tuczne tylko tu i owdzie na obwodzie nacieków.

Typem zmian kiłowych jest dobrze rozwinięty guzek na skórze *(papula)*. Różnice jego budowy anatomicznej od budowy zmiany pierwotnej nie są wielkie; naciek zasadniczy bowiem, cechujący kiłę, jest taki sam. Podobnie widzimy tu płaszcze nacieku, ułożone w około świateł naczyniowych; takie same komórki pierwoszczowate, tylko nieco wybitniejsze, wraz z rozrosłemi komórkami tkanki łącznej, składają się na tę tkankę nowowytworzoną, — mniej tylko nieco rozrostu tkanki łącznej, naciek w całości skąpszy, luźniejszy i ucisk zatem mniejszy, przez co i brak stwardniałości, cechującej objaw pierwszorzędny. Brodawki skórne są obrzękłe, naczynia chłonne porozszerzane, przez co kosmki naskórka są uciśnięte, węższe, ale za to głębiej wchodzące w skórę. W guzku zatem nie powikłanym spostrzegamy tylko zmiany w naskórku, dające się odnieść jakby do działania fizycznego nacieku w skórze, stykającej się z warstwami naskórka.

W innych wysypkach kiłowych naciek jakościowo zawsze jednaki, różni się tylko ilością komórek i rozległością, lub szczególnem umiejscowieniem. Kliniczną zmianę tej po-

*) Praca niniejsza jest streszczeniem obszerniejszej rozprawy, która wkrótce ogłoszoną będzie.

staci powodują głównie zmiany w naskórku. Postać drobnoguzkową *(lichen syphil.)* cechuje naciek w około naczyń torebki włosowej; trądzik *(acne)* odznacza się obok tego krostą, powstałą przy ujściu torebki; liszajec *(impetigo)* ma taki sam pęcherzyk na szczycie, jak liszajec zwyczajny; niesztowice *(ectyma)*, brudziec *(rupia)* nie przedstawiają także innych zmian na powierzchni, jak te, które powstają w cierpieniach skóry bez udziału kiły. Wreszcie postacie, klinicznie nazwane ospą lub ospówką kiłową *(variola vel varicella syphil.)*, okazują na powierzchni w naskórku zmiany, dające się odnieść do zakażeń niekiłowych naskórka, a z ospą i ospówką nic wspólnego nie mających.

Mimowoli więc nasuwa się pytanie, czy te zmiany dodatkowe w naskórku, niejako wikłające główne cechy kiły, odnosić należy do działania samego jadu kiłowego? czy też jakichś warunków, istniejących w ustroju przed zakażeniem kiłowem? a w tym ostatnim razie jeszczeby rozstrzygnąć należało, czy warunki te zależą od wpływów wewnętrznych schorzałego ustroju? czy też od zakażenia zewnętrznego, które przy wybuchu objawów drugorzędnych równocześnie zadziałało?

Nie myślę rozstrzygać tej kwestyi stanowczo; — na to potrzebaby obok wielkiego doświadczenia klinicznego, oraz badań anatomicznych, przeprowadzić skrzętne poszukiwania bakteryologiczne tych zmian dodatkowych w naskórku, — czego dotąd nie wykonywałem; — zamierzam jednak na mocy dokładnych badań histologicznych zwrócić uwagę klinicystów na takie szczegóły, które rzucają pewne światło na tę zawiłą sprawę.

Rozpatrując się w piśmiennictwie, przekonać się można, że prawie wszyscy autorowie przypisują pewien wpływ na przebieg kiły schorzeniom lub skazom ogólnym, oraz chorobom samej skóry.

Neumann przyznaje wpływ podrażnienia zewnętrznego na ukształtowanie się nacieku kiłowego, stwierdza działanie chorób ustrojowych, szczególnie przewlekłych, na przebieg kiły; — zaprzecza jednak, ażeby choroby skóry, np. łuszczyca mogły wywierać jakiś wpływ na postać zmian kiłowych.

Lang nie wiele się różni w zapatrywaniach; wedle niego bowiem choroby skórne wikłają zmiany kiłowe tylko nader rzadko; nie wyklucza jednak działania pewnych miejscowych czynników, jak np. niekorzystne warunki krążenia, zboczenia w obiegu krwi u ciężarnych, uszkodzenia powłok skórnych i t. p., a co więcej zdaje się, wedle niego, nie ulegać wątpliwości, że koki ropne, znajdujące się wszędzie, a więc i na naskórku, dać mogą powód do powstania w kile postaci krostkowych.

Letzel twierdzi także, że wpływ chorób skórnych na postać kiły jest nader mały, wykwity łuszczycowe są wedle niego w kile więcej naciekłe (?) a na miejscach wypryskiem zajętych rozwijają się łatwo guzki kiłowe.

Wszyscy przypisują wielkie znaczenie przekrwieniu skóry na tworzenie się w takich miejscach wysypki kiłowej; Ehrmann wykazuje, że zmiany są w tych okolicach liczniejsze, a nawet pojawić się może w następstwie przekrwienia wysięk ciałek wypocinowych. Podobnie twierdzi Moeller, że krosty są następstwem samej kiły, a koki ropne osiedlają się następowo, oraz Hallopeau, wedle którego sam jad kiłowy może wywołać ropienie. Ten ostatni jednak wraz z Lereddem wykazują w swym podręczniku, że zasadnicze zmiany anatomiczne w kile są zawsze jednakowe, a zboczenia w naskórku uważać należy za powikłania, a nawet L. przypuszcza, że istniejące własności chorobowe skóry danego osobnika powodują różne postacie wysypek kiłowych.

Roberto Campana, jako też jego uczniowie, wykazują zapomocą badań bakteryologicznych, że powstawanie krost polega na zakażeniu gronkowcem złotym i białym.

Wreszcie najwybitniejszymi zwolennikami teoryi powikłań zmian kiłowych przez inne zakażenia są: Tarnowski i Unna. Pierwszy, wypowiadając swe zapatrywanie na rozwój kiły złośliwej, twierdzi, że przebieg zależy przy tej postaci od równoczesnego zakażenia mięszanego; kiły i drobnoustrojów ropnych. *(Staphylococcia syphilitica)*. Gdy gronkowce znajdują dobre podłoże w ustroju obok zakażenia kiłowego, powodują one ropienie wrzodu, gruczołów oraz wysypki ropne. Połączone działanie tych dwóch rodzajów zakażeń nadaje całemu przebiegowi cechę złośliwą. Zakażenie ropne jednak może wikłać także tylko jeden z okresów kiły, a nie cały przebieg. Korzystne warunki zaś dla tego zakażenia wtórorzędnego stanowią choroby ustrojowe, wpływy nerwowe lub wreszcie ogólne wyniszczenie ustroju. Na umiejscowienie zaś zmian kiłowych wpływa najwięcej stopień i trwanie drażnienia jakiejś części ciała, prócz tego zwiększona czynność lub skłonność do chorób pewnego narządu.

Unna sądzi, że znana i tak ważna klinicznie różnorodność zmian kiłowych na skórze zależy od towarzyszących chorób skóry, które wybijają swe piętno na wykwitach kiłowych. W ogólności uznaje on działanie spraw zapalnych skóry, które równocześnie ze zmianami kiłowemi występują. A największą rolę ma tu odgrywać przekrwienie tkanek. Unna pierwszy wykazał związek łojotoku skory *(seborrhoea)* z kiłą, przypuszczając, że pierwsza z tych chorób, wywołując przekrwienie, wytwarza dobrą glebę dla rozwoju w tych miejscach zmian kiłowych, które przez to samo przybierają i odmienne wejrzenie kliniczne (zmiany złuszczające się, łuszczycowe, strupkami pokryte, łysienie).

Przegląd wszystkich zmian kiłowych wykazuje, że nacieki w około naczyń krwionośnych są dla tej sprawy cechujące, dalej, że zmiany powierzchowne wytwarzają się zawsze dodatkowo, bez związku ze zmianami podstawowemi; poucza jednak zarazem, że budowa zmian kiłowych, w skórze właściwej położonych, ułatwiać może powstawanie zmian w powierzchownych warstwach naskórka.

Przechodzę zatem teraz do wyżej postawionego pytania: jaką może być przyczyna tych ostatnich powikłań?

Gdyby sam jad kiłowy je powodował, przypuszczaćby trzeba albo osobliwą jego złośliwość, albo też jakieś szczególne warunki, istniejące w ustroju, któreby do tego się przyczyniały. O złośliwości jadu wiele mówić nie możemy, nie znając go; można jednak wiedzieć dokładnie z doświadczenia klinicznego, u jakich osobników takie postacie się pojawiają. To nas poucza, że o ile często zmiany kiłowe krostkowe występują u ludzi charłaczych, gruźliczych, pijaków i t. p., to jednak spostrzegać się one dają z jednej strony u osobników zdrowych; z drugiej zaś widzieć można u tych pierwszych fizycznie upośledzonych, guzki wprawdzie duże, nierzadko skąpe, ale bez śladów zboczeń w warstwach naskórka. Tem samem stwierdzić można, że wprawdzie ogólny stan ustroju ma w tym razie wielkie znaczenie, mogą jednak te

wikłające zmiany w naskórku powstawać i bez zboczeń ogólnych ustroju; — a z drugiej strony i u osobników charłaczych muszą istnieć prócz stanu ogólnego pewne korzystne dla ich rozwoju warunki, bez których zmiany te nie powstaną. Jeżeli więc stan ogólny nie stanowi jeszcze przyczyny stanowczej i jedynej, a i bez upośledzenia ogólnego zmiany te rozwinąć się mogą — to samo przez się nasuwa się przypuszczenie, że chodzi tu o jakieś warunki zewnętrzne, położone w skórze.

Wszyscy autorowie przemawiają za pewnem znaczeniem przekrwienia skóry przy powstawaniu wysypek kiłowych; każde więc cierpienie powłok skórnych, wywołujące je, musi mieć pewien wpływ na ukształtowanie się zmian. Ubolewać należy, że nigdzie w piśmiennictwie znaleść nie można opisu klinicznego wysypek kiłowych w związku z innemi chorobami powłok skórnych; — ogłoszone pojedyncze przypadki nie dają miary tego, jak wielkie to znaczenie mieć może. Niema chyba jednak klinicysty, któryby w pewnych przypadkach na ten szczegół nie zwrócił uwagi.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka we Lwowie.

Ciała obce żelazne lub stalowe w gałce ocznej i technika ich wydobywania.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. Asystent kliniki.

(Wykład w sekcyi okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polsk.)

(Dokończenie).

W tem ścisłem zlokalizowaniu często pomaga nam spostrzeganie gołem okiem maksymalnego wychylenia, odnoszącego się do jednego punktu na gałce. W tym celu ustawiamy igiełkę odpowiednio czule, t. j. tak, aby leżała krzywo w osłonie szklanych rurek i końcem, którego używamy do badania przy małych bardzo ciałach obcych, prawie dotykała ściany rurki szklanej i przykładając badaną gałkę, igła wtedy tylko w jednym punkcie na gałce sprawi wychylenie i dotknie się rurki szklanej. Jeżeli igła dotyka rurki szklanej w kilku punktach na gałce, to trzeba ją trochę mniej czule nastawić, t j. ustawić ją więcej środkowo, aby ten jeden punkt maksymalnego wychylenia otrzymać. Takiego obserwowania igła gołem okiem nigdy nie trzeba opuszczać, nawet przy małych ciałach obcych, dających wychylenie mniejsze, niż 100°, przy których zdawałoby się, że odczytywanie stopni na podziałce lupą może być chyba najściślejsze. Przy ciałach, leżących w tylnej połowie gałki, lokalizacya nie może być już tak ścisłą i ogranicza się do kwadrantów gałki. Tu możemy wykryć kawałki 0·5 mgr. wagi, leżące u tylnej ścianki, jeżeli je zamagnetyzujemy i gałkę stosownie zwrócimy (Asmus). Jeżeli mamy wychylenia małe, kilkustopniowe, które są także pewną oznaką, należy badanie kilkakrotnie powtórzyć w celu uniknięcia pomyłek, uważać na charakter wychyleń i nie powierzać obserwowania wychyleń lupą Siostrom miłosierdzia lub innym osobom, pielęgnującym chorego, tylko lekarzowi wprawnemu, a nawet najlepiej samemu obserwować wychylenia i samemu przykładać gałkę oczną do igiełki, jak to Hirschberg uczynił możliwem, skutkiem tego, że zamiast lupy rzuca cień igły na skalę.

Promienie Roentgena mają małe zastosowanie praktyczne i to tylko w przypadkach starszych; w świeżych zaś, gdzie idzie o natychmiastowy zabieg operacyjny, zupełnie nie wchodzą w rachubę, ponieważ wywołanie fotografij wymaga dłuższego czasu. W przypadkach ciał obcych, gdzie nie zależy na natychmiastowej operacyi, a więc przy ciałach obcych, leżących już dłuższy czas, użycie promieni Roentgena wspomaga lokalizacyę zapomocą sideroskopu Asmusa a przy dużych ciałach obcych daje nam obraz ich rozmiarów, kształtu i ułożenia. Przypadki Schmidt-Rimplera i Weissa, gdzie fotografia dawała cień, odpowiadający ciału obcemu, a sekcya i badanie mikroskopowe gałki nie wykazały ciała obcego, znacznie osłabia doniosłość roentgenografii w okulistyce. Aby uniknąć takich pomyłek, Weiss radzi w przypadkach wątpliwych robić więcej zdjęć; sądzę, że i ulepszona technika zdejmowania fotografii do tego się przyczyni.

Oprócz igiełki magnetycznej i promieni Roentgena i elektro-magnes duży może mieć czasem znaczenie rozpoznawcze, gdyż chorzy często uczuwają ból w oku za zbliżeniem jego do gałki, w której znajduje się kawałek żelaza lub stali.

Przystępuję wreszcie do części najważniejszej, t. j. do części operacyjnej. Trzy są sposoby wydobycia ciał obcych żelaznych lub stalowych z gałki: zapomocą pincety, zapomocą elektro-magnesu małego i zapomocą elektro-magnesu dużego. Przy wydobyciu ciał obcych pincetą kierujemy się zwykłemi zasadami chirurgii okulistycznej, bez względu na to, czy one są żelazne, miedziane lub inne i może ono mieć miejsce tylko wtedy, gdy ciało obce widzimy, a więc zwykle przy ciałach obcych, które nie przeszły przez ciało szklane, zaś w tych najważniejszych przypadkach gdzie ciało obce przeszło przez ciało szklane, zastosowania zwykle niema i tu posługujemy się wyłącznie elektro-magnesem. Mamy kilka odmian tak małego, jak i dużego elektro-magnesu. Z małych elektromagnes Hirschberga powszechnie jest używany, obok tego mamy Sulzera, Charsina i innych z dużych zaś zarówno znajdują użycie Haaba, Schlössera i Berlina.

Używając małego elektro-magnesu Hirschberga, nacinamy spojówkę gałki i odpreparowujemy aż do twardówki zakładamy szew spojówkowy, poczem odsuwając nitkę na bok robimy cięcie południkowe, używając do tego najlepiej nożyka Graefego, kierując koniec nożyka ku ciału obcemu tak, aby równocześnie naciąć ciałko szklane aż do ciałka obcego, ciałko szklane jest bowiem tkaniną, którą trzeba naciąć, aby utorować drogę końcowi elektro-magnesu. Cięcie musi wypaść po za ciałkiem rzęskowem, robimy więc zwykle w odległości 6 mm. od obrąbka, *(limbus)* długości 5 mm. Elektro-magnesem nie trzeba wchodzić szablonowo w głąb ciałka szklanego, często ciało obce leży tuż przy ścianie, i właśnie łatwiej go wyciągniemy, przykładając koniec elektro-magnesu do brzegów rany, a dopiero gdy nie idzie lekko, wchodzimy w kierunku ciała obcego. Wejść możemy elektro-magnesem kilkakrotnie, trzymając go dobrą chwilę w ciałku szklanem. Po wyjęciu zaciągamy szew spojówkowy, zwykle nie mając wypływu ciała szklanego, chyba, że ono jest

rozwodnione. W przypadkach, gdzie soczewka jest zaćmiona, a ciało obce leży niedaleko za soczewką, lepiej robić cięcie płatowe brzegiem obrąbka (*limbus*), jak przy operacyi zaćmy, i po irydektomii dobrzeżnej iść końcem elektro-magnesu między brzegiem soczewki, a ciałka rzęskowego.

Operując dużym elektro-magnesem, jeżeli mamy ciało małe, to sprowadzamy go do przedniej komory, przykładając oko do elektro-magnesu, lub koniec elektro-magnesu do wierzchołka rogówki lub obrąbka; przy ciałach dużych robimy cięcie twardówkowe i przykładamy elektro-magnes do brzegów ranki.

W świeżych całkiem przypadkach, gdzie mamy rankę jeszcze nie zrośniętą, możemy jej użyć do wydobycia ciała obcego, rozszerzając ją, jeżeli jest mała, ale przypadki takie wogóle wyjątkowo zachodzą i tylko przy bardzo dużych ciałach obcych.

Ogólne reguły, któremi się należy kierować, są:

1 W świeżych przypadkach, tj. 24—48 godzin po zranieniu, jeżeli stwierdzimy obecność żelaza w oku i jego umiejscowienie, to jeżeli kawałek jest większy, tj. daje wychylenie maksymalne, należy zaraz operować bez względu na to, czy oko jest zadrażnione, lub nie. Takich większych kawałków żelaza bowiem oko nie zniesie. Jeżeli zaś obce ciało żelazne jest bardzo małe, tj. daje tylko parę stopni wychylenia, to jeżeli oko jest zupełnie nie zadrażnione, możemy się zachować wyczekująco, jezeli zaś jest zadrażnione, (zadrażnienie to jednak nie grozi stratą wzroku), to tem bardziej możemy dzień lub dwa poczekać, aż to zadrażnienie po zastósowaniu atropiny, zimnych okładów, spokoju itp. zmniejszy się, bo wtedy lepsze są widoki, nie tyle wyjęcia ciała obcego, ile pomyślniejszego przebiegu pooperacyjnego.

2. Jeżeli oko jest nie zadrażnione, ciało obce żelazne bardzo małe, lecz wklinowane w ścianę gałki, bezwzględnie nie należy operować; jeżeli zaś leży ono luźnie, należy wyjąć elektro-magnesem dużym, a gdy się nie uda, chorego ułożyć spokojnie, czekać postępując tak, jak to radzi robić Knapp, jeżeli chory ma tylko jedno oko

3. Jeżeli chory zgłosi się w tydzień, w 2 tygodnie po wpadnięciu, należy stósować te same zasady.

4. W przypadkach zastarzałych, tylko wtedy należy operować natychmiast, jeżeli grozi zapalenie, utrata wzroku, lub co więcej, jeżeli nadto mamy już zapalenie sympatyczne drugiego oka; w innych razach, zachować się wyczekująco, leczyć, a jeżeli zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego *(iridocyclitis)* po paru dniach nie zmniejsza się, operować, jak się zmniejsza — leczyć, dopokąd się zmniejsza.

5. Jeżeli niema poczucia światła, to operować bez względu na to, czy jest zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego *(iridocyclitis)*, czy też oko zupełnie niebolesne i niezaczerwienione, bo i po latach kilkunastu może dać powód do sympatycznego zapalenia.

6. Jeżeli mamy „*siderosis bulbi*“, oko niezadrażnione, zaćmę, to można najprzód zaćmę wyjąć, potem zbadać chorego i mieć go w obserwacyi.

Nie potrzebuję dodawać, że obok tych ogólnych zasad, w świeżych przypadkach należy zachowywać jak najściślejszą aseptykę.

Na zakończenie kilka słów jeszcze o statystyce wyników wydobywania ciał obcych w oku elektro-magnesem. Wogóle statystyki tej nie można porównywać ze statystyką np. wyników operacyi zaćmy; przy tej ostatniej istnieje pewien stały odsetek zakażeń, wypływu ciałka szklanego itp. powikłań, każdy zaś przypadek ciała obcego w gałce ocznej jest odmiennym i jak przy każdym trzeba indywidualizować pod względem postępowania operacyjnego, tak samo i prognoza i wyniki operacyjne w każdym przypadku są odrębne. Hirschberg nawet, który sam kilkaset przypadków operował, nie podaje z tego względu statystyki wyników. Mimo to jednak statystyka taka daje nam ogólny pogląd na wyniki, jakie otrzymywano dotychczas i dlatego pozwolę sobie przytoczyć tutaj statystykę Hildebranda i Hützelera. Hildebrand zebrał z piśmiennictwa 322 przypadków, w których wprowadzano elektromagnes do wnętrza gałki; z tych 80 przypadków dotyczyło przedniego odcinka gałki, reszta zaś ciałka szklanego. Na tych 80 przypadków: skończyło się źle 13, z powodu ropienia poprzedniego; zaś w 77 przypadkach otrzymano dobry wynik. Na 248 operacyj wydobycia żelaza z ciałka szklan. — 77 razy nie wyjęto go, a w 174 razach wyjęto; z tych w 23 (13%) przyszło do zaniku gałki ocznej, w 26 (15%) robiono wyłuszczenie gałki, w 34 zaś przypadkach nie wiadomo, jak się skończyło. W 91 przypadkach (52%) otrzymano zadawalniający wynik, t. zn. w 29 (16%) kształt gałki ocznej został utrzymany, a w 69 (36%) wzrok całkowicie lub częściowo został uratowany.

Hützeler A. zebrał z piśmiennictwa 313 przypadków operacyi wydobycia ciał obcych z ciałka szklanego elektromagnesem. Wyniki: w 65% (203 przyp.) udało się wyjąć ciało obce, w 35% nie wyjęto. 1. Większą lub mniejszą bystrość wzroku otrzymano w 69 przyp. ($^2/_6$). 2. Utrzymanie kształtu gałki bez funkcyi w 35 przyp. ($^1/_6$). 3. Zupełna utrata gałki w 99 przyp. ($^3/_6$).

Wyjaśnić jednak muszę, że ten bądź co bądź mały odsetek dobrych wyników statystyki Hildebranda i Hützelera odnosi się do operacyj, wykonanych w czasach jeszcze przed-sideroskopowych (r. 1891—94) i nie wątpię, że wyniki w ostatnich latach są daleko pomyślniejsze. Także więcej ze stanowiska sprawozdawcy wspomnieć muszę o przypadku Barkana, gdzie po wyjęciu dużego kawałka żelaza elektromagnesem Haaba, przyszło do „delirium tremens“ i śmierci, jakoteż o przypadku Schirmera, w którym wystąpił napad jaskry ostrej po usiłowanem bezskutecznie wyjmowaniu elektromagnesem kawałka żelaza z wnętrza gałki; w jednym i w drugim przypadku nie dopatruję związku przyczynowego a więc i znaczenia powikłania.

* * *

III. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

(Ciąg dalszy).

Rokowanie. Wobec różnorodności przyczyn i przebiegu o rokowaniu ogólnem w wstrząśnieniu błędnika mowy być nie może. Nie zawsze również zależy ono od rodzaju i siły urazu, gdyż lekki uraz może sprowadzić bardzo po-

ważne skutki, a odwrotnie bardzo silny uraz może pozostać bez cięższych następstw. Natomiast można powiedzieć, że w pierwszej gromadzie przypadków tam, gdzie można wykluczyć uszkodzenia uboczne i zmiany anatomiczne, rokowanie w pierwszej chwili mimo groźnych pozorów nie jest bezwzględnie złe, gdyż spostrzegano przypadki (Schubert, Szenes), w których w krótkim czasie nastąpiło zupełne wyleczenie i znikły wszystkie objawy chorobowe. W każdym jednak razie zdarza się to nie często, dla tego rokowanie tu jest wątpliwe, gdyż nieraz po wstrząśnieniu rozwija się zapalenie, zwyrodnienie albo zanik zakończeń nerwowych w błędniku i skutkiem tego powstaje stała głuchota, względnie ustala się zbiór objawów Menierowskich. Choroba ta powstała po uderzeniu pioruna, może się również, jak doświadczenie uczy, z czasem sama wyleczyć. W każdym razie rokowanie jest gorsze u osób, od dawna niedosłyszących, ponieważ u takich chorych najlżejsze wstrząśnienie łatwiej może sprowadzić znaczne i trwałe pogorszenie słuchu, niż u zdrowych. Jak nieraz w najniekorzystniejszych warunkach i w pozornie najgorszych przypadkach nastąpić może wcale niespodziewane wyleczenie, tego bardzo pouczającym przykładem jest następujący przypadek Politzera. Po silnem uderzeniu w głowę wystąpiła kilkogodzinna bezprzytomność, potem ból głowy, szum w uszach i postępująca utrata słuchu, która po miesiącu doszła do zupełnej obustronnej głuchoty. Po 10 miesiącach stwierdzono wstrząśnienie błędnika i wśród leczenia za pomocą wstrzykiwań rozczynu jodku potasowego (0·5—20·0) do jam bębenkowych, podjętego na naleganie chorego bez widoków powodzenia, nastąpiło najniespodziewaniej wyleczenie i powrót zupełnie prawidłowego słuchu.

Urazy, działające wprost na narząd uszny, szczególnie działające przez nagłe zgęszczenie powietrza w uchu zewnętrznem, jak policzek, wybuch i t. p. sprowadzają, jeżeli przytem błona bębenkowa zostaje nietknięta, znacznie silniejsze wstrząśnienie błędnika, niż w tych przypadkach, w których błona bębenkowa pękła. W ostatnim bowiem razie część siły urazu zużywa się, wywołując pęknięcie błony bęb., w pierwszym zaś razie cała siła działająca przenosi się przez strzemiączko na błędnik. Uwzględnić także należy, że pewne urazy, jak silne dźwięki, detonacya itd. działające w bliskości ucha, szczególnie w kierunku osi ucha zewnętrznego, albo w zamkniętej przestrzeni, wywołują silniejsze wstrząśnienia i gorsze następstwa, niż działając z daleka albo na wolnem polu. Dalej następstwa po tego rodzaju urazach są mniejsze, jeżeli uszkodzony cierpiał już przedtem na zajęcie narządu, przewodzącego głos, i jeżeli był na uraz (postrzał) przygotowany, — większe zaś u osób zupełnie zdrowych i na wrażenie głosowe nie przygotowanych.

2) W drugiej gromadzie rokowanie jest wogóle niepewnem, a z początku zawsze niemożebnem. Jeżeli można wykluczyć uszkodzenia kości skalistej i czaszki, rokowanie wprawdzie *quo ad vitam* jest korzystne, *quo ad sanationem completam* jednak należy uwzględnić, że nieraz nieznaczny uraz, lekkie wpływy zewnętrzne, jak zadziałanie głosowe, policzek, wzmożone parcie powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym, albo w uchu środkowem i t. p., mogą być powodem bardzo ważnych, nieraz dopiero później pojawiających się zaburzeń czynnościowych w błędniku i znacznej, a trwałej głuchoty. Poprawa pojedynczych objawów jest możebna; zupełne wyleczenie, zwłaszcza upośledzenia słuchu, wprawdzie nieprawdopodobnem, jednakże w świeżych przypadkach przecież nie wykluczonem. W starszych przypadkach widoki poprawy są coraz gorsze, a szczególnie dłuższy czas trwająca głuchota nie pozostawia żadnej nadziei polepszenia; przeciwnie zwykle w tej chorobie głuchota wzmaga się coraz więcej i kończy zupełną utratą słuchu. W każdym razie we wszystkich przypadkach tej, jakoteż poprzedniej gromady należy w rokowaniu zachować pewną wstrzemięźliwość i ostrożność. Doświadczenie bowiem uczy, że bardzo groźny z początku obraz chorobowy może się skończyć zupełnem wyleczeniem, a odwrotnie wszystkie objawy zawrotu i zaburzenia słuchu mogą się pojawić dopiero w pewien czas po urazie. Wolno zatem rokować stanowczo dopiero po dłuższem spostrzeganiu i kilkakrotnem badaniu.

Rozumie się samo przez się, że zawód uszkodzonego, względnie jego zaniechanie albo, dalsze zajmowanie się nim, nie jest bez wpływu na rokowanie.

3) W 3-ciej wreszcie gromadzie, w której z największem prawdopodobieństwem można wykluczyć wszelkie uszkodzenia organiczne, rokowanie wydaje się bezwzględnie korzystne.

Znaczenie sądowo-lekarskie. Jak w każdej chorobie wywołanej przez uraz, tak również w wstrząśnieniu błędnika lekarz dość często musi orzekać przed sądem lub policyą o istocie i znaczeniu cierpienia. Jednem z najpoważniejszych zadań lekarza jest z jednej strony bronić słusznej sprawy poszkodowanego, z drugiej uniemożliwić wyzysk i nadużycia przez nieuzasadnione odnoszenie dolegliwości wrzekomo uszkodzonego do odniesionego urazu. Aby temu zadaniu sprostać, nie wystarczy być doskonałym specyalistą; koniecznem do tego jest niemniej ogólne lekarskie wykształcenie i znajomość ludzi.

Wobec takiego przypadku znawca ma za zadanie stwierdzić: 1) obecność choroby błędnika; 2) związek przyczynowy między tem cierpieniem a urazem; 3) stopień uszkodzenia, jego następstwa i znaczenie dla zdrowia, zawodu i zdatności zarobkowania.

1) Co do pierwszego zadania musimy przedewszystkiem sobie uprzytomnić, że nie wolno tu polegać na podaniach chorego i że zawsze należy zapatrywać się krytycznie na jego skargi, co zadanie lekarza znacznie utrudnia. Jak ostrożnie powinien znawca postępować, wynika z doświadczenia ostatnich lat, w których wypadki niezdolności do pracy mnożą się niestosunkowo od czasu odnośnej ustawy o odszkodowaniu, i ze spostrzeżeń kazuistycznych, dotyczących chorych na nerwicę urazową, którzy wyzdrowieli z chwilą otrzymania odszkodowania i dopięcia celu, do którego dążyli. Bardzo pouczające i ciekawe przypadki przytacza Warman (Kielce), jako „wymowne dowody krzywdy, jaka mimowoli wyrządzoną została prawdzie przez jednostronne poglądy i niejako wiarę, że każdy wypadek nieszczęśliwy prowadzi ustrój do większej lub mniejszej utraty zdolności do pracy“. Z drugiej strony należy przystąpić do badania chorego bez uprzedzenia i nie podejrzywać z góry udawania. Nawet sprzeczność w odpowiedziach chorego, lub niestałość niektórych objawów, albo wykrycie udawania niektórych objawów, nie upoważnia nas jeszcze do rozpoznania całkowitego zmyślenia. Słusznie powiada Strümpell:

„Gdybyśmy chcieli ze względu na niestałość pewnych objawów i skłonność chorego do przesady posądzać go o udawanie, musielibyśmy my, lekarze chorób nerwowych, prawie połowę prywatnych chorych również uważać za kłamców". Szczególnie histerycy i neurastenicy skłonni są do mimowolnej przesady. Wszakżeż wiadomo, jak tacy chorzy nieraz zmyślają dolegliwości, a nawet zadają sobie uszkodzenia, mimo, ze nie liczą wcale na odszkodowanie.

W razach wątpliwych nie powinien lekarz rozpoznawać udawania; lepiej przyznać się otwarcie do niemożności pewnego rozpoznania. Wszak znane są przypadki, gdzie chorzy, uznani za udawających, zakończyli życie przez samobójstwo (Stróżewski).

Dla wykluczenia udawania należy starać się wyśledzić przedewszystkiem objawy przedmiotowe, na których rozpoznanie wyłącznie można opierać, co zadanie lekarza bardzo utrudnia, szczególnie, jeżeli nie ma widocznych zewnętrznych znaków uszkodzeń. Gdy przypady cierpienia, jak zawrót głowy, nudności, osłabienie ogólne, szum w uszach i przytępienie słuchu, są przeważnie objawami podmiotowymi, które łatwo dają się upozorować, inne zaś towarzyszące objawy przedmiotowe, jak drżenie ócz podczas napadu, nierówność źrenic i t. d., nie są stałe i często ich brakuje, orzeczenie będzie musiało oprzeć się przeważnie na wynikach prób słuchowych. Jest to tem ważniejsze, że upośledzenia bystrości słuchu w przewlekłym przebiegu wstrząśnienia błędnika prawie nigdy nie brak, z drugiej strony stanowi ono najważniejsze następstwo urazu i pierwszorzędny szczegół w orzeczeniu sądowo-lekarskiem. Powinniśmy zatem zwrócić uwagę przedewszystkiem na rzeczywistą lub udawaną głuchotę, czy niedosłyszenie. Pod tym względem rozporządzamy całym szeregiem prób i sposobów, których przytaczać na tem miejscu nie widzę potrzeby. Nie wystarcza jednak stwierdzić tylko, że istnieje głuchota, lecz należy ją jeszcze rozpoznać, jako głuchotę błędnikową, do czego służą próby strojnikowe, mianowicie wykazanie osłabienia lub zniesienia percepcyi słuchowej za pośrednictwem kości czaszki, względnie stosunek przewodzenia przez powietrze do przewodzenia kostnego, zwłaszcza jeżeli istnieją równocześnie oddawna, albo też od czasu urazu i wskutek niego powstałe różne choroby narządu przewodzącego głos, jak zapalenie ucha środkowego ostre, albo przewlekłe, pęknięcie błony bębenkowej, krwiak jamy bęb. i t. p.

Wyniki badania otoskopem nie odgrywają tu ważniejszej roli. Wiadomo bowiem, że mimo wybitnych zmian błony bęb., bystrość słuchu może być nietknięta i odwrotnie zupełnie prawidłowy obraz błony bębenkowej nie wyklucza bynajmniej obecności znacznego upośledzenia słuchu, mającego źródło w uchu środkowem, gdyż bardzo znaczne zmiany chorobowe mogą istnieć w głębi jamy bęb., na okienkach błędnikowych w miejscach, oku nie przystępnych. Ujemny wynik badania wziernikowego nie wyklucza zatem cierpienia ucha środkowego i nie uprawnia jeszcze sam dla siebie do rozpoznania zmian błędnika, jako wyłącznej przyczyny niedosłyszenia. Tylko w świeżych przypadkach, w nagłej utracie słuchu, wolno z prawidłowego stanu błony bębenkowej i trąbki Eustachiusza wnosić, że objawy zależą bardzo prawdopodobnie od cierpienia ucha wewnętrznego, względnie od zmian narządu słuchowego nerwowego. W przypadkach zaś przewlekłych wynik tego badania niema znaczenia, gdyż nawet zmiany, powstałe wskutek urazu w uchu środkowem, mogły później zniknąć bez śladu.

Podmiotowe wrażenia słuchowe pochodzą prawdopodobnie z uszkodzenia n. słuchowego, jeżeli utrzymują się ciągle; wystąpienie zaś szumu w uchu w przerwach przemawia przeciw ich pochodzeniu błędnikowemu. Bliższe określenie znamion tych szmerów nie ma żadnego znaczenia dla określenia ich pochodzenia.

Czasem można także zawrót głowy przedmiotowo wykazać, jeżeli występuje on naocznie, mimowolnie przy pewnych ruchach czynnych lub biernych całego ciała, albo tylko głowy chorego, szczególnie przy ruchach ku stronie chorej, a nieraz z dążnością upadania w tę stronę, zwłaszcza przy zamkniętych oczach. Niekiedy występuje przytem także zblednięcie twarzy, przyspieszenie oddechu, albo też większy opór i napięcie mięśni szyjnych po stronie chorej. Towarzyszące czasem nieprawidłowe ruchy gałki ocznej, pocenie się i t. p. objawy są dalszymi szczegółami, mającymi w danym razie wybitną wartość rozpoznawczą. Zawrót głowy może dalej nagle się pojawić przy niespodziewanem głośnem zadziałaniu dźwiękowem, przy wołaniu, krzyczeniu do chorego ucha. Stwierdzenie istnienia zawrotu głowy nabiera ważnego znaczenia, szczególnie w ocenie wpływu jego na zdolność zarobkowania. Wyobraźmy sobie, że uszkodzony musi pracować i obracać się na drabinach, rusztowaniach, po dachach, jak murarz, kominiarz, budowniczy, blacharz i t. p., albo że musi często nachylać się, jak rolnicy, to zrozumiemy, że takie zajęcie naraża go na ciężkie niebezpieczeństwo z powodu napadu zawrotu i że stan taki może go pozbawić sposobu zarobkowania. Inne zaś towarzyszące objawy, jak ból głowy, ciągły, uporczywy szum w uszach wraz z zawrotem, mogą choremu jeszcze więcej dolegać, niż głuchota, mogą wywierać zgubny wpływ na fizyczny i psychiczny stan jego, przyprawić go o bezsenność, rozpacz, a nawet o samobójstwo. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Zarys Balneoterapii i Balneografii krajowej dla użytku lekarzy i uczniów napisał Dr. Ludomił Korczyński, docent patologii i terapii chorób wewnętrznych w Un. Jag. Kraków, 1900. Nakładem Wyd. dzieł Lek. pol. imienia E. Korczyńskiego w Krakowie.

Mamy przed sobą książkę na wskroś oryginalną, której brak w piśmiennictwie naszem dotkliwie uczuć się dawał. Dotąd nie mieliśmy podręcznika do nauki balneologii. Posiadamy natomiast liczne porozrzucane monografie balneologiczne, które niektórzy autorowie (Smoleński, Zieleniewski, Dobrzycki) starali się ująć w pojedyncze sprawozdania. Niniejsze dzieło podaje nietylko ogólną balneologię, uwzględniając rozmaite zdrojowiska zagraniczne, lecz równocześnie szczegółową balneologię zdrojowisk, znajdujących się na ziemiach polskich. Dla lekarza, posiadającego podręcznik L. Korczyńskiego, zbytecznem jest nabycie innego, gdyż w nim znajdzie nietylko to, czego lekarz praktyczny potrzebuje w zakresie balneologii, lecz nadto i to, czego w żadnym podręczniku balneologii dotąd niema, t. j. szczegółowy opis zdrojowisk polskich. Najlepiej objaśni nas omówienie treści samego dzieła.

Pierwszy dział „Hidroterapia" traktuje o fizyologicznem działaniu wody na ustrój i o jej zastosowaniu w chorobach, a następnie opisuje sposoby stosowania pojedynczych zabiegów wodoleczniczych, jak: polewania, nacierania, roz-

maitego rodzaju kąpiele, natryski, chłodniki i t. p., a kończy się opisem urządzenia zakładów wodoleczniczych. Cały dział napisany na podstawie prac naukowych, a zestawiony treściwie z wielką znajomością rzeczy.

Następny dział pod tytułem Balneoterapia obejmuje ustępy o działaniu pojedynczych składników wód mineralnych na ustrój, jak kw. węglowego, chlorku sodowego, węglanu sodowego i wapniowego, siarkanu sodowego, żelaza, arsenu i t. d. Podnieść należy w tych ustępach gruntowne uwzględnienie tu należących prac doświadczalnych, przyczem piśmiennictwo polskie wyczerpująco uwzględnione zostało. Dalsze ustępy traktują o działaniu rozmaitego rodzaju wód mineralnych, jak solanek, rozmaitych szczaw, wód gorzkich, glauberskich, siarczanych, żelazistych i cieplic. Równocześnie wymienia autor zdrojowiska zagraniczne i podaje nawet skład tych wód w porównaniu ze składem naszych wód mineralnych. Znajdujemy jeszcze w tem miejscu opis i działanie przetworów zdrojowych i pomocniczych, jak ługów, pastylek, mułu, borowiny, kąpieli igliwiowych, następnie mleka, żętycy, kefiru, kumysu, jagód i owoców. Dział ten zamykają obszerne uwagi nad urządzeniami zdrojowemi i kąpielowemi; między innemi o czerpaniu, napełnianiu i ogrzewaniu wód, o wziewaniach itp.

Klimatoterapia stanowi osobny dział. Szczegółowo opisane są czynniki klimatyczne i działanie ich na ustrój, jak powietrze, ciśnienie, wilgotność, opady atmosferyczne, wiatry, wpływ morza i roślinności. Wielką zasługą autora jest przedstawienie stosunków klimatycznych nietylko pojedynczych zdrojowisk naszych, lecz na całej przestrzeni Karpat od Śląska aż do Bukowiny. Opis oparł autor na wielce żmudnem przestudyowaniu kilkunastotomowych obserwacyj meteorologicznych Komisyi fizyograficznej krakowskiej Akademii Umiejętności.

Drugą część dzieła stanowi „Balneografia krajowa". Szczegółowo opisanych znajduje się 68 następujących miejscowości: Birsztany, Bóbrka, Busko, Bystra, Ciechocinek, Czarniecka Góra, Czygiełka, Delatyn, Demnia, Dora, Druskieniki, Drużbaki, Głębokie, Grodzisk, Grodzisko, Hrebenów, Inowłódź, Iwonicz, Jaremcze, Jaśkowice, Jaworze, Kamionka, Kiselka, Konopówka, Korczyn, Kossów, Krościenko, Krynica, Krzeszowice, Kulaszne Kuty, Ligotka, Lubień, Maków, Marjówka, Mikuliczyn, Morszyn, Muszyna, Nałęczów, Niemirów, Nowe Miasto, Ojców, Otwock, Pieskowa Skała, Pohulanka, Pustomyty, Rabka, Rudno, Rymanów, Rytro, Sassów, Skole, Sławinek, Sławuta, Solec, Spas, Sucha, Swoszowice, Synowódzko, Szczawnica, Szepetówka, Szkło, Truskawiec, Worochta, Wysowa, Zakopane, Zawoja, Żegiestów.

Wprawdzie wiele z wymienionych miejscowości z powodu braku urządzeń nie odpowiada wymaganiom uzdrowiska, lecz jest to niemałą zasługą autora, że je skrzętnie zebrał i opisał, gdyż przez to zwrócił uwagę na skarby przyrody naszej ziemi, które w przyszłości mogą być zużyte; zwłaszcza, że sam autor daje cenne wskazówki pod tym względem. Szczegółowy opis pojedynczych zdrojowisk krajowych jest tak dokładnie, a rzetelnie nakreślony, jak go tylko ten może podać, który sam ma wielkie doświadczenie balneologiczne, a przytem może czerpać z obficie nagromadzonego materyału literackiego. Nadto znajdujemy tu szczegóły, które tylko przez osobiste informacye nabrać można. Pracowite i przedmiotowe przedstawienie rzeczy, oraz trafne uwagi przy opisie pojedynczych zdrojowisk, świadczą o chwalebnych, a naśladowania godnych chęciach autora przyczynienia się do podniesienia urządzeń w naszych zdrojowiskach.

Niniejszą, wielce pożądaną a nader pożyteczną publikacyę należy uważać jako zestawienie wyników 50-letnich usiłowań nad urzeczywistnieniem myśli, podjętej przez prof. Józefa Dietla, a podtrzymywanej niezmordowanie i usilnie przez jego ucznia i następcę prof. Edwarda Korczyńskiego. Książka tego rodzaju treści i zalet powinna znajdować się na biurku każdego lekarza Polaka, który nie powinien nigdy tego zapominać, że na jego egzystencyę składają się pacyenci Polacy, a nie obconarodowi, a im więcej przyczynia się sam do podniesienia materyalnego narodu własnego, w co wchodzą także zdrojowiska krajowe, tem lepszy będzie i jego byt materyalny. *Walery Jaworski.*

V. Wyciągi.

Mühlmann. **Zanik a rozwój.** *(Deutsch. med. Wochs.* 1900, Nr. 41). W przeważnej części przypadków ocenić możemy zanik tylko według cech jego morfologicznych, nie zawsze zaś umiemy rozstrzygnąć, o ile z temi morfologicznemi zmianami wiąże się upośledzenie czynności. M., zmieniając zupełnie pojęcie zaniku, zaznacza, że w prawidłowym ustroju w ciągu całego życia toczą się sprawy, (uważane przez M. za) zanikowe i dzieli je na trzy główne gromady: zanik plastyczny, tkankotwórczy i nekrobiotyczny. Zanik plastyczny ma według M. powstawać wskutek wzajemnego ucisku mnożących się w ograniczonej przestrzeni komórek, które przez to pomniejszają się, spłaszczają i t. d.; zanik tkankotwórczy ma być według M., wyższym niejako stopniem zaniku plastycznego, przyczem komórki zostają tak ugniecione, że przybierają postać wrzecionowatą, zamieniają się na włókna i t. d., a równocześnie różnych nabierają własności (?), w gromadzie zaś zaników nekrobiotycznych wylicza M. zanik prosty obok wszelkiego rodzaju zwyrodnień, a nawet martwicy i rozpadu tkanek. (Bałamutne wywody M. opierają się nadto przeważnie na twierdzeniach, wprost nieprawdziwych. *Spraw.).* *C.*

Doc. Weygandt. (Würzburg). **Psychologia a anatomia mózgu ze szczególnem uwzględnieniem nowoczesnej frenologii.** *(Deutsche med. Wochs.* 1900, Nr. 41). Pomijając dawniejsze wyobrażenia o związku pewnych części mózgu z pewnemi czynnościami psychicznemi, oraz osławioną frenologię Galla, wymienić należy jako pierwszą zdobycz dla psychologii znane spostrzeżenie Broca w r. 1863, dotyczące siedziby ośrodka ruchowego mowy, po którem od r. 1870, tj. od badań Fritscha i Hitziga szybko rozwijała się nauka o usadowieniu pewnych ośrodków w oznaczonych częściach kory mózgowej. Wnioski, jakie z nauki tej wysnuć może psychologia, spaczone jednak zostały przez badania Meynerta nad t. zw. włóknami rzutowemi (projekcyjnemi) i skojarzeniowemi (assocyacyjnemi). Nie zdawano sobie bowiem sprawy z tego, że włókna skojarzeniowe (assocyacyjne) Meynerta, łączące ze sobą rozmaite punkty kory mózgowej, mogą w rzeczywistości nie mieć nic, prócz nazwy, wspólnego z tem, co w psychologii nazywa się skojarzeniem. Jeszcze większą szkodę wyrządziła znana nauka Flechsiga, którą autor nazywa nowoczesną frenologią, a którą z początku przyjęto z ogromnym zapałem, później odrzucano niemniej energicznie. Flechsig badając kolejność, w jakiej rozwijają się pęczki włókien w mózgu, doszedł do wniosku, że rozwój swój kończą, t. j. otrzymują osłonkę rdzenną najwcześniej te pęczki włókien, które wiążą się z ośrodkami, usadowionymi w pięciu okolicach kory mózgowej: zwoju środkowym, trzecim zwoju czołowym, płacie skroniowym, potylicznym i zwoju Hipokampa. Już w czwartym tygodniu po urodzeniu okolice te kory mózgowej połączone są włóknami rdzennemi z narządami obwodowemi, muszą one zatem być siedzibą zasadniczych podstaw samowiedzy. Pozostająca jednak jeszcze znaczna część kory mózgowej (około $^{2}/_{3}$), którą Flechsig dzieli na 4 pola, musi być wobec tego siedzibą wyższych czynności psychicznych; jej czynność stanowić będzie, zdaniem Flechsiga, przedmiot psychologii, jej choroby są polem dla psychiatryi. Dalszy rozwój nauki Flechsiga zawiódł jednak pokładane w niej nadzieje; opierając się bowiem ciągle na kolejności rozwoju pęczków włókien nerwowych i przypisując każdemu pęczkowi odrębne czynności, doszedł w najnowszych czasach Fl. do oznaczenia aż 40 pól korowych, odpowiadających jego zdaniem rozmaitym czynnościom psychicznym. Tymczasem cały szereg innych badaczy, sprawdzając badania Flechsiga, wykrył, że przeważnie opierają się one na błędach spostrzegawczych, a nawet wprost na błędach technicznych; psychiatrzy zaś wykazali najzupełniejszą niezgodność twierdzeń Flechsiga z doświadczeniem klinicznem. Zarówno, jak psychiatrya, musi i psychologia odrzucić nowoczesną frenologię Flechsigowską. Flechsig bez wahania odnosi najbardziej złożone zjawiska psychiczne do jednego ze swoich 40 pól mózgowych, nietylko nie dając na to dowodów, ale nawet okazując wprost nieznajomość najważniejszych zdobyczy i podstawowych pojęć psychologicznych. Przedmiotem psychologii jest zresztą bezpośrednie spostrzeganie siebie samego; anatomia, dostarczając nieco danych pomocniczych, nigdy jednak nie dostarczy faktów, któreby mogły stanowić samą treść nauki psychologii. „Bo gdyby nawet — po-

wiada autor — można zbudować sztucznego człowieka, we wszystkiem, do najdrobniejszych szczegółów anatomicznych, podobnego do żyjącego, prawidłowego człowieka, gdyby tej sztucznej maszynie nadać można ruch prawidłowy, to i tak nie dowiedzielibyśmy się, co i jak istota taka odczuwa, gdyby nam tego sama nie powiedziała, i gdyby tego z podmiotowem naszem odczuwaniem porównać nie można“. Jakkolwiek nie ulega dziś wątpliwości prawo psychofizycznej równoległości, t. j. ścisłego związku czynności ducha ze stanami mózgu, to jednak poza tą ogólną zasadą i poza wiadomościami o usadowieniu niektórych ośrodków ruchowych i czuciowych, nie wiemy nic o szczegółach tego prawa. Jeżeli zaś kiedyś zdobędziemy jakieś wiadomości, to przedewszystkiem o znacznie prostszych zjawiskach psychicznych, niż te, które chciał „lokalizować“ Flechsig i z pewnością nie na zasadach, przez niego podanych. *C.*

Ziem. **Przyczynek do nauki o jaglicy.** *(Wien. klin. Wochs.* Nr. 41 i 42). Z. utrzymuje, że w nauce o jaglicy zaznacza się zwrot, że mianowicie coraz liczniejsi badacze uważają jaglicę za cierpienie nie zawsze zakaźne i zaraźliwe. Że w znacznej części przypadków jest jaglica chorobą zaraźliwą, tego dziś nikt nie przeczy i Z. sam przeczyć nie myśli, jednakże zwracając uwagę na endemiczne pojawianie się jaglicy w pewnych okolicach, niedające się całkowicie wytłómaczyć zaraźliwością tego cierpienia, przypisuje znaczenie pewnym wpływom klimatycznym, tellurycznym i innym, działającym równocześnie na wszystkich mieszkańców danej okolicy. Z tych wpływów wymieniano: z jednej strony wpływy, działające bezpośrednio na sam narząd wzrokowy, jako to: nadmierne gorąca i olśnienie światłem słonecznem, oraz działanie pyłu; z drugiej zaś czynniki, działające pośrednio, mianowicie w okolicach bagnistych, zimniczych, wpływy atmosferyczne, wywołujące nieżyty nosa, szerzące się „per contiguitatem“ lub drogami krwionośnemi na spojówki oka, a dalej czynniki szkodliwe, dostające się w takich okolicach do ustroju drogą przewodu pokarmowego (z wodą), a usadawiające się w końcu w narządzie wzrokowym. Z. stara się wykazać, że nadmiernym upałom, ani też olśnieniu większego znaczenia w etyologii jaglicy przypisywać nie można, że natomiast wielkie znaczenie ma działanie drobnego, prawie niedostrzegalnego pyłu (n. p. w okolicach piaszczystych); pył ten, dostawszy się do worka spojówkowego, wywołuje jaglicowate zmiany, którym łatwo, jak się autor przekonał, zapobiedz przez proste silne przepłókiwanie worka spojówkowego. Również ważne znaczenie ma, zdaniem autora, bagnistość okolicy, ułatwiająca powstawanie uporczywych nieżytów jaglicowatych, przenoszących się na spojówkę z nosa drogą przewodów łzowych. Istnieniem tych nieżytów jamy nosowej i jej przyległych tłómaczy Z. także częstość nawrotów, zdarzających się po operacyjnem leczeniu owych jaglicowatych zmian spojówek. — Na zasadzie swych wywodów zaleca Z. zmianę postępowania leczniczego i zapobiegawczego w jaglicy: potępia leczenie operacyjne (wycinanie załamka i t. p.), zaleca natomiast skaryfikacyę załamka, przepłókiwanie worka spojówkowego, leczenie nieżytów nosa i ogólne zachowanie się higieniczne, wreszcie asanizacyę okolic bagnistych i t. d., co wszystko ma zastąpić ze skutkiem dotychczasowe postępowanie (?). *S.*

Abba i Rondelli. **Dalsze doświadczenia w sprawie odkażania mieszkań formaldehydem (zapomocą przyrządów Flüggego i Scheringa).** *(Centralbl. f. Bacteriol.* 1900, Tom 28, Nr. 12, 13). Doświadczenia Abby i Rondelliego różnią się w metodyce swej od innych podobnych doświadczeń tem tylko, że wyniki odkażenia sprawdzano nie tylko na sztucznych hodowlach bakteryi, ale i na w zwykłych warunkach zakażonych przedmiotach, w liczbie których zwracali autorowie szczególną uwagę na pył, pokrywający ściany i podłogę odkażanych przestrzeni. Na podstawie zarówno obecnych swych badań z przyrządami Flüggego i Scheringa, jak i dawniejszych z przyrządami Trillata i Schlossmanna, dochodzą autorowie, dzięki, jak sądzą, krytyczniejszej metodyce doświadczeń, do wyników o wiele mniej pomyślnych, niż wszyscy inni badacze praktycznej wartości odkażania formaldehydem. Wyniki te są następujące: 1) Zapomocą formaldehydu odkazić można wyłącznie powierzchnie przedmiotów i to tylko wtenczas, jeżeli powierzchnie te są gładkie i względnie czyste (n. p. szyby, meble politurowane i t. p.). 2) Odkażenie zawodzi, jeżeli na przedmiotach znajduje się pył, widoczny gołem okiem. 3) Formalehyd nie odkaża podłóg, ram i gzemsów. 4) Powierzchnia przedmiotów wyścielanych, kobierców, materacy i t. p. ulega odkażeniu tylko rzadko, i to nawet wówczas odkażenie jest niejednostajne. 5) Odkażenie ścian udaje się bardzo rzadko, mianowicie wtenczas, gdy są one lakierowane i bardzo czyste, a i wówczas odkażenie jest niejednostajne. 6) Formaldehyd nie przenika pościeli; sami nawet zwolennicy formaldehydu przyznają, że on pościeli dostatecznie na wskroś nie odkaża. 7) Odkażenie formaldehydem musi być uzupełnione zawsze zapomocą odkażenia sublimatem i parą, gdyż nigdy nie jest zupełne. 8) Odkażenie to wymaga i tak najmniej 10 godzin czasu w każdem mieszkaniu, pociąga więc za sobą konieczność urządzenia schronisk dla ludności ubogiej, która musi opuszczać odkażane mieszkanie; natomiast odkażenie sublimatem można ukończyć w godzinę, nie usuwając mieszkańców z ich mieszkania na czas zbyt długi. 9) Pomimo użycia amoniaku do zobojętnienia formaldehydu, trzeba potem jeszcze mieszkania przewietrzać, inaczej mieszkanie jest nie do użytku; w każdym więc razie nie mogą mieszkańcy zająć go nawet po 10 godzinach. Ponieważ po kątach zapach formaldehydu utrzymuje się dłużej, przeto w całości wymaga odkażenie tym środkiem opuszczenia mieszkania najmniej na dobę. 10) Odkażenie formaldehydem nie zmniejsza wydatku na przyrządy i środki odkażające; przeciwnie jest ono kilkakrotnie droższe od odkażenia sublimatem. 11) Ponieważ odkażanie powinno być wogóle jak najprostsze i jak najbardziej jednolite, przetojest rzeczą niedogodną i niepraktyczną używać w jednych chorobach jednego, w innych innego sposobu odkażania; przeciwnie należy używać zawsze jednego tylko środka odkażającego, o którym wiadomo, że pewna jego ilość niszczy możliwie największą ilość zarazków i to w tych warunkach, w których zwykle znajdują się w zakażonych przedmiotach.

Na zasadzie badań autorów uznał i uchwalił zjazd higienistów w Como, że, jak dotąd, nie można do urzędowego odkażania mieszkań stosować w miejsce sublimatu odkażania formaldehydem, gdyż nie jest ono dość pewne. *Ciechanowski.*

M. Oberst. **W sprawie urazowych zachorzeń kręgosłupa** *(Münch. med. Wchsch.* Nr. 39. 1900). Autor występuje przeciw twierdzeniu Kümmela, jakoby po stosunkowo nieznacznych urazach kręgosłupa rozwijać się miała w trzonach kręgów jakaś sprawa zapalna *(ostitis rareficiens)*, która, powodując zanik kości, w następstwie sprowadza garb *(spondylitis traumatica)*. Wszystkie te przypadki (o ile wykluczyć można stanowczo gruźlicę, zajęcie stawów międzykręgowych, niedomogę norwową, udawanie i t. p.) uważa Oberst za złamanie kręgów ze zgniecenia, oczywiście za złamanie nieznacznego stopnia, które nie powoduje zaburzeń w rdzeniu, ani też zbytnio nie upośledza wydolności kręgosłupa. Wśród tych warunków rozpoznanie pewne jest trudne, chorzy zawcześnie wstają z łóżka, zanim jeszcze kostnina dostatecznie stężała i pod uciskiem poddaje się, stając się powodem bólów i garbu, rozwijającego się w kilkanaście tygodni po uszkodzeniu, a w kilka po opuszczeniu łóżka. Proponuje tedy O., aby raz na zawsze wykreślić bałamutną i bezpodstawną nazwę *spondylitis traumatica*, a w miejsce jej wstawić istotną *fractura vertebrae e compressione*, a chirurdzy ostrożni mogą mówić o *gibbus*, względnie *kyphosis traumatica*. *Herman.*

Hartmann. **Osobliwa pośmiertna torbielowata zmiana w ośrodkowym układzie nerwowym.** *(Wiener klin. Wochs.* 1900. Nr. 42). W mózgu i rdzeniu 68 l. mężczyzny, zmarłego po napadzie udarowym w przebiegu zniedołężnienia poraźnego, spotkał H. obok starych ognisk rozmiękczynowych bardzo liczne torbiele, nadające tym narządom wejrzenie sera szwajcarskiego. Badanie drobnowidowe wykazało, że torbiele nie posiadały ścian własnych; substancya mózgowa sąsiednia zasiana była mnóstwem krótkich prątków, wypełniających także naczynia krwionośne mózgu i rdzenia. W otoczeniu torbieli i naczyń brak jakichkolwiek zmian zapalnych. Wszystko to dowodzi, że torbiele powstały już po śmierci wskutek działania prątków gazotwórczych, które prawdopodobnie częściowo już w chwilach przedzgonnych dostały się w znacznej ilości do naczyń. *Z.*

Dr. J. Hahn. **Mój sposob odkażania rąk.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 40. 1900). Sposób mycia rąk, używany przez H., polega na następujących aktach: po 4-krotnem dokładnem obmyciu rąk zwykłem mydłem szarem, ciepłą wodą 40° C. i szczotkami wyjałowionemi, myje H. w ciągu 4 minut ręce w 1‰ rozczynie sublimatu w 96% alkoholu, poczem spłókuje alkohol w zwyczajnym 1‰ rozczynie wodnym sublimatu i w końcu, bezpośrednio przed przystąpieniem do operacyi, jeszcze raz wyciera ręce alkoholem ze sublimatem. Metody tej używa od roku 1894 i jest z niej tak zadowolony, że nie porzucił jej dla żadnej z nowszych. *Herman.*

Prof. Bernheimer (Insbruk). **Korowe ośrodki widzenia.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 42. 1900). Na podstawie swych badań anatomicznych i doświadczalnych doszedł B. do następujących wyników: w *corpus geniculatum* nie kończą się włókna, biegnące od plamki żółtej, w jednem ograniczonem miejscu, lecz pozostają w związku prawie ze wszystkiemi odcinkami zewnętrznej części ciała kolankowatego. Wskutek bardzo zawikłanych, a zarazem celowi odpowiednich stosunków anatomicznych w tej części mózgu (przynajmniej u człowieka i małp) mogą podniety świetlne, dostające się od plamki żółtej do zewnętrznej części ciała kolankowatego nawet

w tych razach być przeniesione dalej ku korze mózgowej, gdy zostanie przerwane przewodnictwo w tych włóknach rozpromienienia wzrokowego (Sehstrahlung), które zwykle podniety te przewodzą. Sąsiadujące bowiem z uszkodzonemi inne włókna tej części mózgu mogą czynność włókien uszkodzonych, dzięki nadzwyczaj licznym punktom zetknięcia się w ciele kolankowatem, zastąpić. To też jak długo choć część włókien tych jest nieuszkodzoną, czynność plamki żółtej, której w korze nie odpowiada ograniczona wyspa ośrodków, utrzyma się. *Z.*

Prof. König. **Aseptyka rąk? Operowanie bez pośredniego dotykania się rany palcami i ręką** *(Ctrbl. f. Chir.* Nr. 36. 1900). Niema pewnego sposobu wyjaławiania rąk. Nic pozostaje zatem nic innego, jak zapobieganie dotykania się rany palcami, posługując się w jak najszerszym zakresie narzędziami metalowemi, które przecież wyjałowić można absolutnie. Nie można podawać w tym kierunku żadnych stałych przepisów i określonych reguł. Zależy wszystko od wprawy i czasu. (Myśl podniesiona przez autora nie nowa, bo już oddawna częściowo przynajmniej w praktyce przyjęta — zasługuje na jak najszersze przyjęcie i przekształcenie w metodę. Od kilku miesięcy używaliśmy w klinice Rydygiera do wyłuszczenia mniejszych i ruchomych gruczolaków zołzowych haczykowatych kleszczyków Museuxa i nożyczek Coopera i przekonaliśmy się, że nawet bez nadzwyczajnej wprawy uniknąć można zupełnie dotykania rany palcami, a czekała nas nagroda znakomita, w każdym bowiem z tych przypadków osiągnęliśmy rychłozrost. *Przyp. ref.).*
Herman.

Roeger. **Ropień „metapneumoniczny", zawierający czystą hodowlę dwoinek zapalenia płuc.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 41). W miesiąc po przebyciu zapalenia płuc rozwinął się u 55 mężczyzny w okolicy mostka ropień, który po przecięciu wnet się wygoił, w parę jednak tygodni potem rozwinął się drugi ropień w dolnej prawej części brzucha, pomiędzy mięśniami i powięzią przedotrzewnową. W ropie wykazano same tylko dwoinki Fränklowskie *(diplococcus pneumoniae),* dotychczas w ropniach rzadko tylko napotykane. *C.*

Dieudonné. **O odkażaniu zapomocą cegiełek** (*Glühblocks, briquettes*) **karboformalowych.** *(Münch med. Wochs.* Nr. 42. 1900). Dotychczas stwierdzono, że używając 2—2·5 gr. formaldechydu na 1 m³ przestrzeni i odkażając najmniej przez 7 godzin, można zniszczyć bakterye, znajdujące się powierzchownie, jeżeli przy tem odkażana przestrzeń jest dostatecznie wysycona parą wodną. Wyniki te osiągnąć można było jednak tylko z pomocą rozmaitych przyrządów, z których według D. jest przyrząd tzw. wrocławski najtańszy, najlepszy i najprymitywniejszy. Obecnie wyrabia Elb w Dreźnie cegiełki, zawierające paraformaldehyd, a przedstawiające tę dogodność, że zapalone zapałką, żarzą się dalej same i wydzielają formaldehyd bez użycia osobnych przyrządów. Można je nadto poumieszczać w kilku miejscach odkażanej przestrzeni, zyskując przez to równomierniejsze odkażanie. Doświadczenia, które D. podjął z cegiełkami, przekonały go, że z ich pomocą można odkażać tak dobrze, jak jakimkolwiek innym sposobem, byle odkażana przestrzeń była dostatecznie napełniona parą wodną. Najprościej to można osiągnąć, polewając rozżarzone do czerwoności cegły wrzącą wodą. 2 litry wody i jedna cegła (żarzona przez 15—30 minut w piecu kuchennym) wystarczają na 80 m³. Do zabicia wszystkich bakteryi i zarodników wąglika wystarcza na m.³ 2,5 gr. formaldehydu, wywiązanego z cegiełek (cegiełka zawiera 50 gr. paraformaldehydu) i działającego przez 7 godzin; wywiązując mniej formaldehydu, otrzymuje się wyniki niezupełne, wywiązując natomiast 4·17 gr. na 1 m.³ można skrócić czas odkażania do 3½ godzin. Odkażanie zapomocą cegiełek, jak wogóle odkażanie formaldehydem, nadaje się tylko do niektórych chorób, głównie błonicy, płonicy, gruźlicy, grypy i odry. Choroby te stanowią jednak najmniej 90% wszystkich przypadków chorób zakaźnych, po których odkażać potrzeba. Odkażanie zapomocą cegiełek może być szczególnie pożyteczne po wsiach, gdzie brak przyrządów i wyćwiczonej służby.
Ciechanowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Środek do wywabiania plam po protargolu zaleca *La Presse médicale* Nr. 82: w równej mierze, jak i inne sole srebrowe, protargol plami bieliznę. Plamy świeże łatwo ustępują po wypłókaniu w wodzie z mydłem, lub zmoczeniu amoniakiem. Na plamy dawne najlepiej działa rozczyn jodku potasowego i kwasu cytrynowego, lub też rozczyn podsiarczynu sodowego, z dodatkiem małej ilości chlorku amonowego. Najlepsze atoli wyniki daje woda utleniona z dodaniem amoniaku; jeśli bielizna splamiona była już praną, zastósowanie wody utlenionej usuwa plamy w parę sekund. *A. K.*

Dr. J. Klüber. **Przypadek ostrego zatrucia formaliną** *(Münch. med. Wchschr.* 1900. Nr. 41). Przez pomyłkę, zamiast gorzkiej wody „Apenta", wypił 47-letni mężczyzna rozcieńczonego roztworu formaliny. Wnet wystąpiły objawy zatrucia: zupełne oszołomienie, jak po upiciu się, trwające kilkanaście godzin, bezmocz w ciągu 19 godzin, zaczerwienienie spojówek i błony śluzowej gardła; w moczu odczyn na kwas mrówkowy. Po paru dniach nastąpiło zupełne wyleczenie. *Herman.*

Dr. Kornfeld (Wien). **Doświadczenia lecznicze z cytrofenem.** *(Therap. Monatsh. Sept.* Nr. 25. 1900.). Po dokonaniu licznych prób z tym przetworem przychodzi autor do następujących wyników: cytrofen składa się z parafenedytyny i kwasu cytrynowego; sok żołądkowy rozszczepia go na składniki, ułatwiając im tem samem dodatnie działanie w ustroju. Składnik kwasu cytrynowego działa na bóle gośćcowe, podczas gdy drugi składnik działa przeciwgorączkowo i koi bóle nerwowe; przetwór ten ma tę wyższość nad innymi środkami podobnymi, że nie jest higroskopijny, łatwo się rozpuszcza w wodzie zwyczajnej lub wodzie, nasyconej kwasem węglowym, ma przyjemny kwaśny posmak, gasi pragnienie, oddając tem samem znakomite usługi w przypadkach gorączkowych lub nerwowych.

Co do stosowania, to podają go chętnie w cierpieniach gośćcowych, nerwowych, wreszcie w bezsenności. W grypie i innych chorobach gorączkowych stwierdzono również bardzo dobre działanie tego leku. Prócz tego stósowano cytrofen z dobrym wynikiem u morfinistów, oraz w ksztuścu. Ustrój zwykle do środka tego nie przyzwyczaja się; ważnem jest nadto, że podawany w pełnych dawkach osobom, nawet silnie osłabionym, nie wywołuje działania ujemnego. Podaje się go po 1,0, trzy r. dziennie nawet chorym z wadami serca, nie mówiąc już o innych cierpieniach gośćcowych, gorączkowych, nerwowych etc., gdzie działanie jego okazało się nader pożyteczne, przez co i zastósowanie tego środka powinno znaleść uznanie powszechne. *Dr. Ad. Dobrowolski.*

VII. Zdrojowiska lecznicze północnego Kaukazu.

podał

Dr. Witołd Eugeniusz Orłowski.

(Dokończenie).

O 20 kilometrów na południowy zachód od Essentuków znajduje się Kisłowodsk; leży on pod 43° 52′ szerokości północnej i 64° 22′ długości wschodniej, wznosząc się na 823 metr. nad poziom morza. Klimat Kisłowodska różni się od klimatu innych zdrojowisk kaukazkich, odznaczając się cechami klimatu górskiego. Ciśnienie atmosferyczne wynosi tu 690.3—693.9 mm.; lato nie gorące; najwyższa ciepłota dzienna przypada na m. sierpień (+ 25° C.), najniższa w styczniu rano (— 8° C.). Różnica ciepłoty w miesiącach letnich dochodzi do 2,5° C. Zima nie jest mroźna; w styczniu, lutym lub grudniu ciepłota w słońcu dochodzi nieraz do 20° C. Największa ilość opadów atmosferycznych bywa w maju, czerwcu i sierpniu; najmniejsza — w październiku. Podczas okresu opadów atmosferycznych panuje tu zimnica. Największa ilość dni jasnych przypada na zimę i jesień. Okoliczność ta, oraz mała ilość opadów atmosferycznych, łagodna siła wiatrów i umiarkowana ciepłota o tej porze roku, nadają zupełnie słusznie Kisłowodskowi miano zimowej stacyi klimatycznej. Nic też dziwnego, że niektórzy chorzy zostają w Kisłowodsku i na zimę, jakkolwiek urzędownie sezon rozpoczyna się 1 czerwca, kończy się już 1 października.

Oprócz klimatu górskiego Kisłowodsk posiada zdrój szczawy, zwany Narzan, którego używa się wewnętrznie i do kąpieli, bądź z wody grzanej, bądź też zimnej. Narzan zawiera w jednym litrze bezwodnika kwasu węglowego wolnego 1,98709 grm, w połowie związanego 0,44087 grm.; razem zaś kwasu węglowego 2,86883 grm. zakład posiada 52 wanien, zatem może udzielić dziennie kąpieli ciepłych

1040. W r. 1898 wydano kąpieli 55,644, w r. 1899 — 70,290. Oprócz tych kąpieli ciepłych, oraz w wodzie nieogrzewanej ze zdroju Narzan (12,8°C.) i kąpieli rzecznych w Olchówce, Kisłowodsk wkrótce pozyska nowy środek leczniczy, którego brak tu oddawna już czuć się daje, mianowicie ma tu w niedługim czasie powstać wodolecznica.

Do Kisłowodska udają się chorzy z przewlekłemi zapaleniami płuc, osoby cierpiące na gruźlicę, neurastenię i ozdrowieńcy po różnych ciężkich chorobach. Do Kisłowodska nadto przybywają osoby na t. zw. leczenie następowe i tu w ciągu 10—14 dni używają kąpieli w Narzanie, spędzają czas na zwiedzaniu malowniczych okolic, w które Kisłowodsk obfituje i przewyższa pod tym względem i pod względem rozrywek sąsiednie zdrojowiska. W roku 1899 liczyło się w Kisłowodsku osób 2,886, w r. 1900 przeszło 3,000.

W odległości 12½ kilometrów od Pjatigorska znajduje się zdrojowisko Żeleznowodsk, leżące pod 44° 8′ 21″ szerokości północnej i 60° 41′ 30″ dług. wschodniej, na wysokości od 576 do 640 mtr. nad poziomem morza. Jest to niewielka osada na południowej pochyłości góry Żelaznej. Klimat Żeleznowodska można porównać z klimatem alpejskim. Średnia ciepłota letnia wynosi 20° C.; *maximum* w ciągu ostatnich 9 lat nie przewyższało 27,2° C., *minimum* nie spadło niżej + 4° C. Średnie ciśnienie atmosferyczne 700—705 mm. Wilgotność umiarkowana. Najwięcej dżdżysty miesiąc jest czerwiec. Cała Żelazna góra jest pokryta lasem, wskutek czego nawet w porze letniej w parku nie jest gorąco. Żeleznowodsk posiada szereg zdrojów, należących do gromady wód żelezisto alkalicznych. Najwięcej w użyciu są źródła W. Ks. Michała (20° C.), zawierające w 1 litrze 0,01 grm. dwuwęglanu tlenku żelaza, Maryńskie (31,25° C.) — 0,0099 grm. Oprócz tych wód, używanych wewnętrznie, woda żelezista z niektórych źródeł została przeprowadzoną do łazienek, z pomiędzy których najlepiej urządzone są tak zwane łazienki ostrowskie. Tu znajdują się również kąpiele błotne, oraz wodolecznica. Wanien do kąpieli żelezistych jest 54, do błotnych — 7; zatem dziennie zakład może wydać kąpieli żelezistych 1080, błotnych 70. W r. 1898 wydano kąpieli 58,631, w r. 1899 — 61,911. Z innych środków leczniczych w Żeleznowodsku w wielkiem użyciu jest kumys, kefir, mleko, nasycone gazem kwasu węglowego i Essentukskie wody mineralne. Nakoniec Żeleznowodsk nadaje się bardzo, jako tak zwany *„Terrenkurort“*, polegający na systematycznych wchodzeniach na Żelazną górę.

Żeleznowodsk dotychczas jest przeważnie zdrojowiskiem kobiecem i dziecinnem; tu najwięcej spotkać można osób bledniczych i niedokrwenych; również z pomyślnym skutkiem tu się leczą różne przewlekłe cierpienia płciowych narządów kobiecych. Sezon w Żeleznowodsku trwa od 20 maja do 1 września. W r. 1899 leczyło się osób 2383, w r. 1900 zjazd był mniejszy, trochę więcej niż 2000 osób.

Muszę nakoniec wspomnieć o źródle kaukazkiej wody gorzkiej, zwanej Batalińską (dawniejsza Marya-Teresa). Znajduje się ono o 7 kilometrów od Pjatigorska niedaleko od niemieckiej kolonii Karras. Ze składu chemicznego należy ono do kategoryi wód gorzkich. W jednym litrze tej wody zawiera się 8,25874 grm. siarkanu sodowego, 8,46777 grm. siarkanu magnezyowego i 2,5416 grm. chlorku sodowego; jest to więc woda prawie dwa razy słabsza od zdroju Hunyadi Janos i najwięcej zbliżona do Fridrichshallskiej wody gorzkiej. Batalińskiej wody gorzkiej używa się w wszystkich zdrojowiskach, również jak i wody mineralnej Essentukskiej. Niemniej we wszystkich zdrojowiskach można mieć kumys, kefir, mleko zwyczajne i nasycone gazem; kumys najwięcej jest używany w Żeleznowodsku.

Każde zdrojowisko posiada obfitość dobrej wody do picia, sprowadzanej wodociągiem. Pomimo doskonałego klimatu i znakomitych wód mineralnych, u ządzenie zakładów zdrojowych na Kaukazie pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Rząd rosyjski, w którego ręku one się znajdują, dokłada w ostatnim czasie wiele starań i wydaje spore sumy na ulepszenia; braków tu jednak wiele naliczyć można. Przedewszystkiem w Essentukach i w Żeleznowodsku uczuwa się dotkliwie podczas największego zjazdu brak mieszkań, wskutek czego chorzy muszą na jakiś czas zatrzymywać się w Pjatigorsku, który, jako miasteczko powiatowe, nie doznaje tej niedogodności. Lecz i istniejące mieszkania są urządzone na sposób dość pierwotny, bez wszelkiego komfortu, tak niezbędnego dla chorych. Ceny mieszkań są średnie; również i życie nie jest kosztowne. Niedostateczna ilość wanien także należy do stron ujemnych wszystkich wymi nionych zdrojowisk. Brak także dobrze pomyślanych i stósownie urządzonych rozrywek. Co prawda, w pobliżu, osobliwie Kisłowodska, jest sporo malowniczych miejscowości, które zwiedza publiczność; lecz i tu nie ma dotychczas żadnych udogodnień. Pozostaje tylko muzyka, która gra w każdem zdrojowisku dwa razy dziennie, lawn tennis, gra w kręgle, krokiet, bilard, czytelnia, jakkolwiek bardzo niebogata, czasami koncerty, tańce i t. d. Kisłowodsk należy do najlepiej urządzonych pod każdym względem.

Pod względem opieki lekarskiej nic leczniczym zdrojowiskom kaukazkim zarzucić nie można; do wszystkich zdrojowisk przybywa tu z całej Rosyi na czas sezonowy do 150 lekarzy, oddających się najrozmaitszym specyalnościom; w ich gronie spotykamy wybitnych klinicystów. Nie brak także niższego personalu do wykonywania zleceń lekarskich, jako to: felczerów, masażystów, masażystek i t. d.

Jak już nadmieniłem, zdrojowiska kaukazkie są w rękach rządu, mianowicie ministerstwa dóbr państwowych. Zarząd przebywa w Pjatigorsku. Tu znajdują się różne zakłady publiczne, jak gimnazyum, kościół, bank, magazyny i t. d.; w innych zaś zdrojach są tylko apteki, poczta, telegraf, cerkwie. W Pjatigorsku odbywają się posiedzenia Balneologicznego Towarzystwa lekarskiego.

Tak się przedstawiają w obecnej chwili najważniejsze zdrojowiska lecznicze na Kaukazie. Co rok rząd wydaje znaczne kwoty pieniężne na poparcie dalszego ich rozwoju. Jeszcze w r. 1899 Rada państwa wyznaczyła 2,450.000 rs., przeznaczając je na uporządkowanie zdrojowisk w okresie 7-letnim. Nic więc dziwnego, że dobrobyt ich wciąż się poprawia. Powodzi się też nie mniej zdrojowiskom kaukazkim i pod względem naukowego ich opracowania. Same Essentuki posiadają już spore piśmiennictwo własne; w ciągu bowiem tylko dwóch lat (1895—1896) ogłoszono o nich do 20 poważnych rozpraw naukowych z pracowni prof Pasternackiego, który, jako prezes Wydziału balneologicznego Towarzystwa ochrony narodowego zdrowia, przyczynił się wiele w ostatnim czasie do opracowania balneologicznych i klimatycznych zasobów Rosyi. W obecnej zaś chwili, za inicyatywą dr. Kobylina, prezesa Balneologicznego Towarzystwa w Pjatigorsku, to ostatnie podjęło się ogłoszenia szeregu prac dla wyświetlenia sprawy leczniczego działania kąpieli siarczanych w Pjatigorsku.

VIII. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

V.

Na olbrzymim obszarze Wystawy paryskiej znajduje się w różnych pawilonach sporo przedmiotów porozrzucanych, ściśle należących do zakresu medycyny, lub co najmniej mogących zająć umysł lekarza. Do tej kategoryi należy wystawa w pawilonie na polu Marsowem Instytutu leczenia światłem Finsena.

Z dawniejszych badań wiadomo powszechnie, że światło ma wpływ na ciała organiczne, że ze wszystkich promieni widma wpływ ten fizyologiczno-chemiczny posiadają promienie najwięcej łamliwe: błękitne, fiołkowe i pozafiołkowe; przyroda tego działania nie jest znana, lecz doświadczenie pouczyło, że drażni ono powłoki i jest zabójcze dla drobnoustrojów. Profesorowi Finsenowi przypada za-

sługa, jeśli nie będziemy się liczyć z wcześniejszemi uwagami empiryków, zastosowania promieni świetlnych w lecznictwie; uczynił on to w dwóch kierunkach: bądź przez wykluczenie promieni chemicznych, by uniknąć drażniącego ich działania na powłoki, bądź przeciwnie przez zogniskowanie ich, ażeby uzyskać własności podniecające i bakteryobójcze. Z tych usiłowań Finsena powstały trzy metody lecznicze, a na wystawie można oglądać przyrządy, niezbędne do ich wykonania. Metody te są następujące: 1) zastosowanie wzmacniającego wpływu światła do leczenia stanów niedokrewności i pognębienia (wanny świetlne); 2) leczenie ospy promieniami światła czerwonego; 3) leczenie tocznia (*lupus*) zogniskowanymi promieniami chemicznymi.

O leczeniu promieniami świetlnymi wogóle, oraz o leczeniu ospy promieniami światła czerwonego, niedawno była mowa w „Przegl. Lekarskim“, więc nie powtarzamy rzeczy znanych.

Więcej uwagi zwraca na siebie wystawa przyrządów, służących do leczenia tocznia (*lupus*) metodą Finsena. Instytut światłoleczniczy w Kopenhadze, obok przyrządów, używanych przez Finsena, wystawił fotografie, znakomicie objaśniające o szczegółach instalacyi gabinetu leczniczego. Źródłem światła jest słońce lub elektryczność: w razie pierwszym zużytkowuje promienie soczewka próżna w środku, o średnicy 20 ctm.. napełniona rozczynem siarkanu miedziowo-amoniackiego, mającego za zadanie zatrzymać promienie cieplne. Elektryczność daje światło więcej stałe: używa się zwykle lampy łukowej o sile 80 amperów; promienie światła tej lampy, zapomocą rur metalowych długości 80 ctm., skierowuje się w czterech prostopadłych do siebie kierunkach; każda rura mieści w sobie trzy soczewki z kryształu górskiego; przestrzeń między soczewką średnią, a obwodową napełnia się wodą przekroploną. Rozkład rur w czterech kierunkach pozwala na jednoczesne poddanie leczeniu czterech osób przy jednej lampie. Chorego układa się na stole, a część chorą umieszcza się w odległości 12 ctm. od końca rury w ten sposób, by strumień światła pokrywał część chorą na przestrzeni korony lub nieco mniej. Chcąc wywrzeć wpływ dość silny, a jednocześnie nie wystawiać chorego na silny ból, należy ucisnąć skórę w miejscu działania światła; uciskadło składa się z dwóch szklanych i równoległych krążków, między którymi podczas działania światła przepływa ciągle strumień wody zimnej. Krążki ustalają się tasiemkami kauczukowemi, albo też trzyma je ręka pomocnika. Jeśli toczeń jest na policzkach, zachodzi potrzeba ochronienia oczów ciemnymi i szerokimi okularami; podobnież najbliższe otoczenie chorego powinno używać takich okularów. Leczenie odbywa się po godzinie codziennie tak długo, aż nastąpi zupełne wyleczenie. Zastósowanie światła nie wywołuje bólów, jeśli wszystkie przytoczone ostrożności będą zachowane; po każdem posiedzeniu skóra rumieni się, a czasem aż występują pęcherzyki, co nie powinno przerywać ciągłości codziennego leczenia. Blizna po wyleczeniu jest gładka, kształtna i, jak po żadnem innem leczeniu, mało rażąca: przekonać się o tem można z wystawionych fotografij, zdjętych przed zastósowaniem leczenia światłem i po jego ukończeniu. Co się tyczy doszczętnego wyleczenia, to dobrze jest wiedzieć, że nie następuje ono po seryi pierwszego zastósowania metody Finsena. W rok po odbyciu tego leczenia stwierdza się zwykle, że wyleczenie było pozorne: na tle blizny pojawiają się guzki, które bez trudności dają się usunąć po ponownem zastosowaniu leczenia światłem; po zniknięciu tych guzków nawrotowych wyleczenie staje się doszczętnem i trwałem. Finsen zastósował swoją metodę w przeszło 500 przypadkach tocznia.

S z p i t a l e d l a t r ę d o w a t y c h, a właściwie plany na leprozorya, wystawiły Dania i Francya i o ile wiemy jest to pierwszy raz, że sprawa trądu w tej lub innej postaci pojawia się na Wystawie europejskiej, a świadczy zarazem, że ta biblijna choroba coraz szersze obecnie obejmuje obszary. Istnieje stowarzyszenie we Francyi, które zamierza wznieść szpital dla trędowatych w Wogezach i wystawiło plany tej budowy; prócz tego to samo stowarzyszenie wystawiło kartę geograficzną krajów, przez trąd nawiedzonych, oraz statystykę trędowatych całego świata. Liczba trędowatych na kuli ziemskiej przekracza milion, a z tego 400 przypada na Francyę, która posiada dwie kategorye trędowatych: przybyszów z kolonij i tubylców (Bretania i Alpy przymorskie). Głównem źródłem dla Francyi, zkąd przybywają trędowaci, jest Madagaskar i Tonkin.

W pawilonie miasta Paryża, w dziale szkół miejskich, znajdują się fotografie stereoskopowe, przedstawiające rozmaite oddziały s z k o ł y Dra L a i l l e r a, przeznaczonej wyłącznie dla dzieci, chorych na strupień woszczynowaty (*favus*) i z tego powodu wykluczonych ze szkół publicznych. Nie wiemy, czy który kraj posiada specyalne szkoły dla strupieniowatych, ale też żaden naród świata nie ma tylu chorych na strupień woszczynowaty, co Francya. W szpitalu dla zołzowatych w Cerck-sur-Mer była w r. 1892 epidemia, podczas której zachorowało 240 dzieci. W początku tego roku, na 121 szkół miejskich w Paryżu, 111 posłało dzieci, chore na strupień, do szkoły Laillera. Dr. Sabourand nalicza 8000 dzieci, chorych na strupień, w Paryżu. Każda szkoła ludowa, przytułki dla sierót, prywatne i kongregacyjne pensyonaty posiadają chorych na strupień i, o ile są szkołami publicznemi, szerzą tę wstrętną chorobę po kraju

Plany s z p i t a l a i m i e n i a P a s t e u r a zwracają na siebie uwagę lekarzy i skierowują ich do poznania tego zakładu. W r. 1895 dobroczynna osoba, nie życząca wyjawić swego nazwiska, ofiarowała się wystawić szpital naprzeciw Instytutu Pasteurowskiego z warunkiem, że będzie on miał wyłączne przeznaczenie „leczenia metodą Pasteura“, zwłaszcza leczenie błonicy surowicą. Działo się to na parę tygodni przed śmiercią Pasteura, były to więc ostatnie jasne promienie gasnącego życia wielkiego uczonego i filantropa, który wynalazki swoje o tyle cenił, o ile one znachodziły zastósowanie dla wzniosłego dzieła miłości bliźniego. Na zakupionym obszarze stanęły dwie bliskie instytucye: szpital im. Pasteura i instytut dla chemii biologicznej, ufundowany sumptem baronowej Hirschowej, na czele którego stoi Duclaux. Jak wyżej powiedzieliśmy, Pasteur wkrótce umarł; współpracownik zmarłego mistrza Dr. Roux został powołany do pokierowania budową tak, ażeby ona odpowiedziała zadaniu, t. j.: 1) Odosobnienie chorych możebnie najzupełniejsze, 2) oczyszczenie sal jak najłatwiejsze i doszczętne, 3) oświetlenie jak najobfitsze, 4) wielkie wygody, lecz bez przesady, 5) elektryczność, gaz, woda zimna i gorąca we wszystkich salach, 6) zmniejszenie sprzętów do liczby najniezbędniejszych, 7) oddzielenie sal, przeznaczonych do odosobnienia, za pomocą szerokiego korytarza i t. d.

Do wielce trudnych zadań szpitalnictwa należy także urządzenie sal przyjęcia chorych i sal ambulatoryjnych, ażeby chorzy zakaźni nie zakażali chorych na cierpienia niezakaźne. W szpitalu im. Pasteura zarządzono następujące ostrożności: jeśli chory przybywa z wyraźnem życzeniem pozostania w szpitalu dla leczenia, zostaje natychmiast zaprowadzony do jednego z sześciu „gabinetów izolacyjnych“, gdzie lekarz orzeka, czy chory ten ma cierpienie zakaźne, czy też nie; jeśli choroba w istocie jest zakaźna, chorego skierowują do sali specyalnej, zwanej „salą wstępu“, a gabinet izolacyjny, skąd chory przyszedł, poddaje się odkażeniu W tej sali wstępu chory się rozbiera, i jeśli nie zachodzi przeciwwskazanie, bierze kąpiel, następnie ubiera się w ubranie szpitalne i kładzie się do łożka, na którem zostaje wywindowany lub przeniesiony do „sali izolacyjnej“, gdzie odbywa leczenie Ubranie, w którem przybył, zostaje odkażone w dezynfektorze i zwrócone choremu, gdy ten opuszcza szpital. „Salę wstępu“ również poddaje się bezzwłocznemu odkażeniu. Zbiór takich sal izolacyjnych stanowi pawilon dla za-

każnych. Czas ozdrawiania spędzają chorzy w osobnych salach i opuszczają szpital przez „salę wyjścia", gdzie znajdują swoje własne ubranie, należycie odkażone.

Szpital im. Pasteura, jak wnosić można z tego, co wyżej powiedzieliśmy, nie jest żadną osobliwością pod względem nowości pomysłu; jeśli Francuzi tyle o nim piszą i są z niego dumni, to jedynie dlatego, że mało znają urządzenia szpitalne za granicą. Powołany atoli do praktycznego zastosowania metod Pasteurowskich, oraz kierowany przez uczniów Pasteura, może ten szpital w przyszłości przynieść niejedną zdobycz dla cierpiącej ludzkości. Na razie w szpitalu Pasteurowskim przyjmują tylko chorych na błonicę i wyjątkowo osoby, pokąsane przez zwierzęta wściekłe, lub już uległe wodowstrętowi. *Dr. A. Kwaśnicki.*

IX. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

1. Znieczulanie za pomocą wstrzykiwania rozczynu kokainy pod osłonki rdzenia pacierzowego.

Tuffier (Paryż) opiera swoje doświadczenie na 125 operacyach, wykonanych w wyżej wymienionem znieczuleniu na kończynach dolnych, międzykroczu, pęcherzu moczowym, odbytnicy, jelitach, macicy i jej otoczeniu. Najwyższa dawka wstrzykiwanej kokainy wynosiła 1·5 ctg.; znieczulenie otrzymywał zawsze zupełne. Brak lub niezupełne znieczulenie dowodzi, że albo 1. rozczyn kokainy był nadpsuty, albo 2. nie wstrzyknięto go odpowiednio, mianowicie w przestwór podpajęczy (*Cavum arachnoideale*). Złe następstwa, zależące najczęściej od zadużej dawki, występują tak dobrze podczas znieczulenia, jako też w jakiś czas po jego ustąpieniu. Obraz pierwszych jest mniej więcej następujący: bezpośrednio po wstrzyknięciu rozczynu kokainy doznaje 25% chorych uczucia przygnębienia, znieczulenia i zdrętwienia, rozpoczynającego się na palcach kończyn dolnych i posuwającego się szybko ku górze aż do pępka, a nawet do połowy klatki piersiowej. Znieczulenie występuje po 5—10 minutach i trwa 1½—4 godzin. Podczas operacyi skarżą się często chorzy na uczucie ściskania w dołku podsercowym, doznają uczucia lęku i braku powietrza, oddechają ciężko i powoli. Nieco później występują nudności, a czasem i wymioty, obok uczucia pieczenia, rozpoczynającego się na kończynach i postępującego ku górze. Twarz zwykle blada, pokrywa się ustawicznie potem, tętno przyspieszone waha się między 90—120.

Przypadłości po ustąpieniu znieczulenia występują również tylko w pewnej liczbie przypadków i polegają na wymiotach, dreszczach, wzniesieniu ciepłoty do 39·9 i dotkliwym bólu głowy, trwającym 15—48 godzin. Obawa porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego jest, zdaniem prelegenta, zbyteczną, gdyż znieczulenie kończy się z reguły poniżej przepony. Ze 125 operowanych w tem znieczuleniu umarło 5. W czterech przypadkach przyczyna śmierci nie zależała od znieczulenia, piąty chory, zmarły wśród objawów duszności, cierpiał, jak wykazała nekroskopia, na niedomogę zastawki dwudzielnej z następowemi nadziankami krwawemi w płucach. Wady sercowe nie stanowią przeciwwskazania do operacyi w tem znieczuleniu. Tuffier widzi wiele korzyści w tej metodzie znieczulania, aczkolwiek nie jest ona, zdaniem jego, w stanie wyrugować uśpienia chloroformowego.

Severano (Bukareszt) zwraca uwagę na napady omdlenia, które trwały u jego chorych po wstrzyknięciu kokainy pod osłonki rdzenia pacierzowego czasami po 8 godzin. Najwyższa dawka kokainy, jakiej on używał, wynosiła 4 ctg. W razie wystąpienia objawów zatrucia stosuje chętnie kofeinę.

Racoviceanu-Pitesci (Bukareszt) operował 125 przypadków w omawianem znieczuleniu i to w wieku chorych od 6—72 lat. W czterech przypadkach nie otrzymał znieczulenia i musiał się uciec do uśpienia chloroformowego, w dwóch przypadkach znieczulenie ustąpiło przed dokończeniem operacyi. Po kilkakrotnem stosowaniu tego sposobu znieczulania u jednego i tego samego chorego daje się zauważyć u niego wzmożona odporność na działanie kokainy. Na 100 pierwszych przypadków nie miał w 17 żadnych ubocznych przypadłości; w 80 wystąpiły lekkie objawy zatrucia, trwające od 12 godzin do 5 dni; w trzech przypadkach miał tak ciężkie objawy zatrucia, że zachodziła obawa o życie chorych. Dawka, jakiej używał, wahała się od 2—4 ctg.; używał samej kokainy, lub mieszaniny kokainy z morfiną. Choroby nerek stanowią przeciwwskazanie do tego sposobu znieczulania; wady serca i miażdżyca tętnic wymagają bacznej uwagi. Metoda ta nie wyrugoje, zdaniem jego, uśpienia chloroformowego.

Nicoletti (Neapol) dochodzi na podstawie swych badań do przekonania, że wstrzykiwanie rozczynu kokainy pod osłonki rdzenia pacierzowego nie wywołuje żadnych histo-patologicznych zmian w tkance nerwowej rdzenia i nerwów. Nie odmawiając swoistego działania kokainie, twierdzi, że rozprzestrzenia się ono drogą naczyń krwionośnych. Sam operował w tem znieczuleniu 7 przypadków, a zawsze z zupełnem zadowoleniem.

2. Braquehaye (Tunis) podnosi wyższość nirwaniny, jako środka znieczulającego, nad kokainą: *a)* nirwanina daje się lepiej wyjałowić; *b)* przedstawia znacznie mniejsze niebezpieczeństwo zatrucia; *c)* posiada znacznie dłuższe działanie; *d)* daje się stósować w stanach zapalnych skóry. Po zastrzyknięciu 0·5 grm. nie widział nigdy ubocznych przypadłości. Znieczulenie występuje dopiero 5—10 minut po zastosowaniu środka.

3. Faure (Paryż): O chirurgicznem leczeniu raka. Pomimo trudności, jakie przedstawiają często operacye raka, pomimo, że liczba uleczonych przez niego przypadków raka drogą operacyjną jest niepokaźna, przyjąć się należy i musi za zasadę, że operacya jest dziś jedynym środkiem na raka, którego nie wolno pozbawiać chorego, przeznaczonego na niechybną śmierć, chociażby nawet istniały jak największe trudności techniczne, a mało widoki wyleczenia. Rak jest miejscową chorobą, musi być przeto miejscowo operacyjnie leczonym. Operacya musi być dokładną, wykonywaną w tkance już zupełnie zdrowej, gdyż w przeciwnym razie występuje rozszerzenie się raka, a nie nawrót, gdyż nawrotów raka w ścisłem słowa znaczeniu niema. Sam operuje zawsze bardzo radykalnie, nie oglądając się nigdy na to, czy będzie miał czem pokryć powstające ubytki, czy nie, i ma dotychczas 93 przypadków operowanych, a między nimi 18 przypadków uleczonych, bo bez śladu nawrotu od 12—47 miesięcy.

4. Truneczek (Praga). O leczeniu złośliwych nowotworów arszenikiem. Leczenie wrzodziejących nowotworów „Czerny-Truneczek" polega na codziennem pomazywaniu ich powierzchni rozczynem: *Acid. arsenicos. 1,00 Alkoholi*, *Aquae dest. aa 4,00—75,0.* W przypadkach małych guzów u osób niezbyt jeszcze osłabionych można uzyskać zupełne wyleczenie. Sam uzyskał zupełne wyleczenie mięsaka skóry u 24-letniej kobiety, trwające już 18 miesięcy.

Wpływ leczenia daje się dokładnie spostrzegać na mięsakach skóry i przedstawia się jak następuje: powierzchowne warstwy stają się najpierw zupełnie bezkrwistemi, tak, że po ich nacięciu wydobywa się tylko surowicza ciecz, później warstwy te twardnieją, tak, że się z trudnością dają krajać i zupełnie obumierają, a po wytworzeniu się odgraniczającego zapalenia, odpadają. Gdy guzek jest mały i nastąpi zupełne jego obumarcie, wtedy po wytworzeniu się około niego zapalenia odgraniczającego, oddziela się w całości, jakby ciało obce.

5. Michaux (Paryż). Nowy sposób tamowania krwotoku, wraz z demonstracyą automatycznego przyrządu do zakładania metalowych podwiązek, zapomocą którego jednem ściśnięciem ręki podwiązuje się broczące naczynie 0·7 mm. grubym drucikiem srebrnym. Przyrządem tym założył przy amputacyi uda w 9 minutach i 20 sekundach 32 podwiązek. Podwiązki są zupełnie pewne. Wykonał w ten sposób 5 amputacyj 2 owaryotomie i 5 innych operacyj.

6. Severano (Bukarest) opisuje ukryty zygzakowaty szew skóry, za pomocą którego uniknąć można widocznych blizn na twarzy. Cienką igiełkę, nawleczoną nitką katgutu z węzełkiem na końcu, wbija się powyżej kąta rany 4—5 mm. od brzegu rany i przeprowadza się skośnie w głąb rany, najpierw po jednej stronie powierzchni rany, następnie w tym samym kierunku, tylko końcem igły na zewnątrz zwróconym po przeciwległej powierzchni rany i przebija się nią skórę 4—5 mm. od brzegu rany. Po przeciągnięciu nitki, wbija się igiełkę w ten sam otworek skórny, przeprowadza się skośnie i ku dołowi po jednej stronie powierzchni rany, a potem skośnie ku górze po przeciwległej powierzchni wyklówa się ją przez skórę 4—5 mm. od brzegu rany, naciąga się nitkę, wbija się ją w ten sam otworek skórny i t. d. Węzełek kończy szew.

7. Michel (Paryż) demonstruje przyrząd zaopatrzony w 48 małych, 2½ mm. szerokich i 1 ctm. długich agrafek do bezgnilnego, a nader szybkiego szwu skórnego. Przyrządem tym ujmuje się brzegi rany, a za każdorazowem jego ściśnieniem jedna z agrafek wbija się za pomocą dwóch haczyków w brzegi rany i utrzymuje je w nadanej pozycyi. (C. d. n.).

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następujące pismo:

Analogiczny przypadek do ogłoszonego w piśmie Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, wystósowanem do Prezydyum c. k. Sądu krajowego karnego we Lwowie (Przegląd lekarski, Nr. 42, 1900), ogłosiła *Int. klin. Rundschau* w r. 1890 str. 133, a mianowicie:

„W listopadzie 1889 r. sąd w Jauer postanowił, dla braku lekarza okręgowego, wezwać do odbycia sekcyi, obok lekarza powiatowego, jednego z lekarzy miejscowych; lecz ci kolejno odmówili, a usprawiedliwienie się ich sąd uznał za wystarczające, z wyjątkiem jednego; tego więc jednego, który nie usprawiedliwił należycie swej odmowy odbycia sekcyi, skazał sąd na 100 marek i koszta sądowe. Skazany lekarz rekurował i sąd krajowy w Lignicy zniósł wyrok sądu w Jauer, nie wchodząc w motywa, dla których lekarz odmówił zrobienia sekcyi; sąd orzekł zasadniczo, że lekarza wbrew jego woli zmusić nie można do wykonania sekcyi; koszta wynikłe z rekursu lekarza sąd nałożył na skarb państwa".

Przypomnienie powyższego faktu uważałem na czasie. Aczkolwiek *Rundschau* nie podaje przyczyny, dla której lekarze w Jauer odmówili wykonania sekcyi, a w szczególności dlaczego odmówił lekarz, zasądzony na grzywnę, — to według orzeczenia sądu krajowego w Lignicy w zasadzie nie można zniewolić lekarza praktycznego do wykonania sądowej obdukcyi wbrew jego woli. O ileż jaskrawiej wobec tego rozstrzygnięcia wygląda postąpienie sądu, skazującego na grzywnę lekarza z powodu, iż odmawia wykonania obdukcyi, nie chcąc się narazić na ewentualną chorobę, a może nawet śmierć. — Słusznie też napiętnował Wydział Izby lekarskiej w swem piśmie takie postąpienie sądu brakiem „jakiego takiego wykształcenia".

Wobec powyższych faktów nasuwa się smutna uwaga, iż nasz ogół lekarski za mało dokłada starań, ażeby wywalczyć sobie należne stanowisko w społeczeństwie i uzyskać lepsze warunki bytu.

Miekra.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków 1 listopada 1900.

D. 10 listopada b. r. o godzinie 4 popołudniu w sali Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie odbędzie się posiedzenie pierwszego Zjazdu lekarzy okręgowych, w celu zastanowienia się: 1) nad wykonawstwem instrukcyi służbowej lekarzy okręgowych; 2) nad sprawami osobistemi względnie do instrukcyi służbowej; 3) nad zawiązaniem dorocznych posiedzeń lekarzy okręgowych.

Dr. Woś, Dr. Natter, Dr. Kolasiński.

Otrzymujemy następujące pismo:

Wielmożny Panie Redaktorze!

Z powodu notatki umieszczonej w »Wiadomościach bieżących« (Nr. 43 »Przeglądu lekarskiego« b. r.), tyczącej się rozprawki p. Dra A. Wróblewskiego, a zakończonej zdaniem: »Byłoby rzeczą pożądaną, aby nasze władze magistrackie zapoznały się z tą pracą, a to w celu pouczenia się, w jakim kierunku należy kontrolować produkty krakowskich mleczarni,« mam zaszczyt przesłać następujące wyjaśnienie: Instytucyą magistracką, której poruczone są badania i kontrola wszelkich środków spożywczych, jest pracownia chemiczna miejska, a każdoczasowym kierownikiem jej jest osoba, która na podstawie swoich kwalifikacyi została przez Komisyę sanitarną, jak również przez Radę miasta, uznaną za uzdolnioną do przeprowadzania tych badań i kontroli. Wobec tego należy przypuszczać, iż kierownik tej pracowni chemicznej będzie obeznany z kierunkiem, w jakim ma kontrolować produkty mleczarstwa, tem bardziej, iż są to rzeczy znane i proste, a praca wspomnianego autora tylko potwierdza stan rzeczy aż nadto wiadomy pracowni chemicznej miejskiej; jabym tylko powiedział, iż nie »blizko połowa«, lecz przeszło połowa śmietanki powinna podlegać zakwestyonowaniu.

Wyjaśniam również, iż kontrolę przetworów mleczarskich przeprowadza codziennie chemik miejski na rynku, jak nie mniej odbywają się komisyonalne badania mleczarń w pewnych odstępach czasu, a osoby winne zostają pociągane do odpowiedzialności, bywają na nie nakładane kary administracyjne, konfiskata towaru, względnie sprawa odstępuje się c. k. Sądom. Jeżeli jednak pomimo to stosunki te się nie zmieniają na lepsze, to przyczyn tego nie należy szukać w ujemnej działalności władz magistrackich, lecz gdzieindziej, a mianowicie:

1. Należałoby pouczyć nasz ludek, jak się ma obchodzić z produktami mleczarskimi, gdyż sam lud, z powodu braku znajomości, psuje dobry przetwór przez mięszanie go z innym, oraz przez nieodpowiednie jego przechowanie, brak czystości itd.; w rzadszych tylko przypadkach spotykamy się ze świadomą chęcią fałszowania lub oszukiwania konsumenta.

2. Należałoby uzupełnić naszą ustawę spożywczą, ściślej określić, co uważać należy za dopuszczalne, a co zaś nie. Śmietanka skwaszona nie jest zdrowiu szkodliwą, przynajmniej w zwykłych warunkach, a jednak nie należy jej sprzedawać za słodką. Śmietankę kobieta może zebrać dowoli i otrzymać chudą lub bardzo tłustą. Jakie ma być minimum tłuszczu dla śmietanki? na to ustawa nie daje odpowiedzi. Niech więc rząd wyda obiecany »kodeks spożywczy« (Codex alimentarius), projektowany od szeregu lat.

A gdy już pouczymy nasz lud, jak się ma obchodzić z produktami spożywczymi, z masłem itp, gdy już będziemy mieli »kodeks spożywczy,« wtedy przyjdziemy do przekonania, że złemu jeszcze nie zaradzono.

Mamy sądy, urzędnicy sądowi nie są w stanie podołać nawałowi pracy; mamy zakłady karne dla obojga płci, areszty, domy poprawcze, a ludzi złej woli, przestępców, zawsze podostatkiem, nigdy ich nie brak i nie zabraknie po wszystkie czasy.

Kreślę się z głębokim szacunkiem i poważaniem

Doc. Dr. Ignacy Lemberger.

Z wyjaśnień kol. doc. Lembergera wynika niedwuznacznie, że w Krakowie może istnieć silnie zorganizowana instytucya targowo-sanitarna, na jej czele może stać człowiek znany z wiedzy, sumienności i gorliwości, a w dodatku świadomy rozmiarów złego, a jednak to nie zapobiega, że »więcej niż połowa śmietanki krakowskiej może być zakwestyonowaną« i byłoby marzycielstwem śnić, żeby pouczenie ludu, zaprowadzenie kodeksu spożywczego, skombinowana działalność władzy magistrackiej i sądowej potrafiły »złemu zaradzić«.

Wierzymy, że etyka przekupniów jest w zaniku, że najsprężystsza organizacya gminna, najsurowszy rygor i odpowiedzialność karna, w całości złego nie usuną, bo »homo homini lupus est«; ale ażeby miasto, posiadające jeśli nie najlepszą, to jedną z najlepszych organizacyę sanitarną w kraju, cywilizacyjnie stojące najwyżej, było skazane jakąś siłą fatalną na spożywanie więcej niż połowy śmietanki sfermentowanej i ażeby temu stanowi zdrożnemu nie można było nawet w części zaradzić, to już chyba zbyt pesymistyczne zapatrywanie, mogące nawet kwestyonować cel istnienia organizacyi targowo-sanitarnej.

Sądzimy jednak, że stan rzeczy nie jest tak beznadziejny, że poprawa warunków targu mlecznego wogóle w Krakowie jest możliwą i wykonalną. Przekonani jesteśmy, że przyczyny zakwestyonowania dobroci więcej niż połowy śmietanki krakowskiej tkwią poza pilnością magistratu, a spoczywają w niedostatecznej ustawie. Tylko dobre i jasne prawa dają rękojmię ich wykonania: jeśli ustawa nie orzeka, kiedy się kończy mleko, a zaczyna śmietanka, jeśli stopień kwasoty śmietanki, który ją kwalifikuje do kategoryi śmietanki skwaśniałej i konfiskaty, nie jest ściśle oznaczony, to czy bez liczbowego określenia tych stosunków postępowanie władzy może być jednolite, sprężyste, wolne od podmiotowości, a nawet i dowolności? W całej więc pełni podzielamy zdanie kol. doc. Lembergera, że wprowadzenie kodeksu spożywczego jest koniecznością dla poprawienia u nas stosunków targu mlecznego. Może się mylimy, lecz nam się zdaje, że c. k. Instytutowi do badania środków spożywczych z natury mandatu przypada, jeśli nie obowiązek, to prawo poinformowania rządu o potrzebie uzupełnienia ustawy i zaprojektowania ze stanowiska naukowo-zawodowego ścisłych określeń, o których wyżej była mowa. Bez zmiany i uzupełnienia ustawy oczywiście najgorliwsza praca instytucyi targowo-sanitarnej miejskiej będzie bezowocną, a nam, spożywcom, pozostaje chyba tylko pielęgnowanie, jeśli nie wiary, to chociaż nadziei, że »kwaśna śmietanka zdrowiu nie szkodzi«.

* Izba Lekarska zachodnio-galicyjska przysłała nam następujący okólnik c. k. galicyjskiego Namiestnictwa do PP. starostów i PP. prezydentów miast Lwowa i Krakowa:

»Wskutek zapytania jednej c. k. Dyrekcyi skarbu co do obowiązku stemplowania rachunków lekarzy i adwokatów za należące się im honorarya, c. k. Ministeryum skarbu oznajmiło reskryptem z dnia 30 sierpnia 1900 r. L. 52165. że rachuki lekarzy i adwokatów, wystawione jako pretensye za ich czynności zawodowe, są wolne od stempla w myśl ustawy z d. 13 grudnia 1862 r. p. p. Nr. 89, względnie § 19 ustawy z 8 marca 1876 dr. p. p. Nr. 36. Natomiast rachunki lekarzy, utrzymujących apteki domowe, wystawione za leki wydane z tejże apteki, nie są wolne od stempla i winny być ostemplowane stosownie do kwoty, na którą opiewają«.

* W Warszawie zawiązało się Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi.

* Stowarzyszenie rosyjskich chirurgów postanowiło zwołać pierwszy kongres chirurgów rosyjskich, który odbędzie się 28, 29 i 30 grudnia (st. st.) w Moskwie. Prezesem komitetu gospodarczego jest prof. Dyakonow.

* Towarzystwo lekarskie odeskie, które w swem gronie liczy wielu Polaków, obchodzić będzie 50-letni jubileusz swego istnienia w najbliższym już czasie. Komitet wyda książkę pamiątkową, w której ma się znaleść historyczny rys dziejów tego Towarzystwa, oraz działalność jego najwybitniejszych członków.

* Prof. Robert Koch po półtoraroczncj podróży naukowej na dalekim Wschodzie, powrócił do Berlina.

* Stopień doktora wszechnauk lelarsk. w Uniw. Jagiell. otrzymał Józef Jan Ligęza.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Kossel z Marburga otrzymał wezwanie na zastępcę Kühnego w Heidelbergu. Prof. R Paltauf mianow. został profes. zwycz. powszechnej i doświadczalnej patologii w Uniw. wiedeńskim Dr. Dhéré K. mian. został prof. nadzwycz. fizyologii w Freiburgu. Dr. Schaper został profes. nadzwycz. i kierownikiem oddziału embryologicznego w Wrocławiu.

Nekrologia. Zmarli: B. prof. medycyny w Oksfordzie H. Acland umarł, licząc lat 85.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Pamiętniku Towarz. Lekarsk. warszawskiego* (Zeszyt II): Dr. Zaremby W.: Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi. Dr. Kohlbergera W.: O zasadniczych t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedyńczych, złożonych i powikłanych. W *Medycynie* Nr. 43: Dr. Ołtuszewskiego W.: Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy. oraz obecne jej zadania. Feliksa Sachsa: O niektórych ujemnych stronach intubacyi. Dr. Palmirskiego W.: O dżumie ze stanowiska bakteryologii. biologii i higieny publicznej. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 43: Dunina T.: Czy obecny stan nauki pozwala nam na przyjmowanie dyatezy artrytycznej i moczanowej? Dr. Chodźki W.: Przyczynek do kwestyi objawu paluchowego Babińskiego, oparty na zbadaniu przeszło tysiąca osobników chorych i zdrowych.

Redakcya otrzymała:

Mutermilch I.: O istocie t. zw. zapaleń przewlekłych (Odbitka z »Gazety Lekarskiej« 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 listopada o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Lewkowicz mówić będzie: „O etyologii zapaleń mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego na podstawie spostrzeżeń, dokonanych w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego (z demonstracyą preparatów i hodowli).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

W roku bieżącym odbędzie się w Krakowie, poczynając od *dnia 25 listopada*

4-tygodniowy kurs wakacyjny dla lekarzy,

podobnie, jak w roku zeszłym, lecz w znacznie rozszerzonym zakresie. Wykłady będą następujące:

I. Anatomia patologiczna. Prof. dr. *Ciechanowski*. Ćwiczenia w sekcyach patologicznych. Codziennie (niewyłączając niedziel) od g. 8—9 rano w Zakładzie Anatomii patologicznej. (Opł. 40 koron).

II. Bakteryologia. Prof. *O. Bujwid:* Przygotowanie i stosowanie surowic leczniczych. 2 godziny tygodniowo.

Prof. dr. *Nowak*. Ćwiczenia bakteryologiczne. Codziennie prócz niedziel od g. 7—8 wieczorem w Zakładzie Weterynaryi Uniw. Jag. (Opł. 40 koron).

III. Chemia lekarska. Doc. dr. *Lemberger*. Badania chemiczno-mikroskopowe środków lekarskich i chemia sądowa. Codziennie prócz niedziel od g. 3—5 po poł. w Zakładzie farmakologii. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Seńkowski*. Ćwiczenia w chemii klinicznej. Codziennie prócz niedziel od g. 5—6 po poł. w Zakładzie Chemii lekarskiej. (Opł. 40 koron).

IV. Chirurgia. Doc. Dr. *Bossowski:* „Chirurgia w zakresie dla praktyki lekarskiej ogólnej niezbędnym". We wtorki, środy, piątki i soboty od 12—1 na materyale szpitala św. Ludwika.

Doc. Dr. *Kryński:* Kurs operacyi chirurgicznych na zwłokach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej). Od godz. 9—10 rano w poniedziałki, wtorki, środy, czwartki i piątki, w zakładzie Anatomii patologicznej. (Opłata 50 koron).

Doc. Dr. *Rutkowski:* Dyagnostyka chirurgiczna. Godz. 10—11 we środy i piątki. (Opł. 40 koron).

Prof. Dr. *Trzebicky:* Operacye chirurgiczne. Godz. 10—11 w poniedziałki, wtorki i czwartki. (Opł. 40 koron).

V. Dentystyka. Doc. Dr. *Łepkowski*. Ćwiczenia w wyjmowaniu i plombowaniu zębów. Codziennie od 8—9 rano, z wyjątkiem niedziel, w Zakładzie własnym (ul. Straszewskiego 26. — Opł. 100 koron).

VI. Dermatologia i syfilidologia. Prof. Dr. *Reiss:* Dyagnostyka chorób skórnych i wenerycznych. Godz. 10—11 we wtorki, czwartki i soboty, w klinice dermatologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

VI. Laryngologia. Prof. Dr. *Pieniążek:* Ćwiczenia w laryngoskopii i rynoskopii. Godz. 10—11 codziennie, prócz sobót i niedziel, w klinice laryngologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

VIII. Medycyna sądowa. Prof. dr. *Wachholz*. Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich. We wtorki, czwartki i soboty od g. 12—1 w poł. w Zakładzie medycyny sądowej. (Opł. 40 koron).

IX. Medycyna wewnętrzna. Doc. Dr. *Korczyński:* Metody ściślejszych badań klinicznych, oraz demonstracye ciekawszych przypadków chorobowych. Godz. 6—7 wieczorem, w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki, w klinice lekarskiej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

X. Okulistyka. Prof. Dr. *Wicherkiewicz:* Dyagnostyka i terapia chorób ocznych. We wtorki i piątki, godz 11—12, w klinice okulistycznej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

XI. Otyatrya. Prof. Dr. *Browicz:* Ambulatoryum chorób usznych. W poniedziałki i czwartki, od godz. 12—2, w klinice laryngologicznej. (Opł. 40 koron).

XII. Pedyatrya. Doc. Dr. *Raczyński:* Dyagnostyka chorób dzieci ze szczególnem uwzględnieniem błonicy. (Ćwiczenia w Intubacyi). Godz. 11—12 codziennie, w ambulatoryum i oddziale dyfter. Szpitalu Św. Ludwika. (Opł. 50 koron).

XIII. Położnictwo. Doc. Dr. *Braun:* O postępowaniu w przypadkach poronienia. W poniedziałki od godz. 5—6, w klinice położniczej Uniw. Jagiell. (Opł. 20 koron).

Prof. Dr. *Rosner:* Ćwiczenia w badaniu i operacyach położniczych. W soboty i niedziele od g. 10—11. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Świtalski*. Dyagnostyka ginekologiczna. W poniedziałki, środy i piątki od g. 8—9 rano w klinice położniczej Un. Jag. (Opł. 40 koron).

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tego kursu udziela doc. dr. *Kryński* (ul. Franciszkańska 1), opłatę zaś za wykłady składać należy u kwestora Uniwersytetu p. Sołtyska *(Collegium novum)*.

Rok XXXIX. Kraków, 10 Listopada 1900. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek wyleczonej kiły serca.

Podał

Dr. Władysław Żydłowicz,

b. asystent kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniwers. Jagiell.

Jad kiłowy ze szczególniejszem upodobaniem nagabuje narząd krążenia. Już w okresie kiły drugorzędnej, na krótki czas przed wybuchem wysypki, występuje arytmia u niektórych osobników, najczęściej u starców i pijaków, u których narząd krążenia nie jest zupełnie prawidłowy; jaka jest przyczyna tego objawu, nie wiemy: na razie jest on dla chorego bez większego znaczenia, ustępuje rychło przy leczeniu swoistem, zastósowanem do usunięcia zmian drugorzędnych; na przyszłość jednak każe źle rokować, gdyż już po kilku latach występują najczęściej zmiany kiłowe w narządzie krążenia, albo w układzie nerwowym.

Zmiany kiłowe w sercu w okresie kiły późniejszej przedstawiają się anatomicznie pod postacią: 1) śródmiąższowego zapalenia mięśnia sercowego *(myocarditis fibrosa s. interstitialis)*; chorobowa ta sprawa polega najprawdopodobniej na zmianach w naczyniach *(endarteriitis obliterans syphilitica)* z ogniskowem następowem obumieraniem mięśnia sercowego i bujaniem tkanki łącznej, upośledzając w ten sposób, zależnie od rozległości sprawy chorobowej, sprawność mięśnia sercowego; 2) zapalenia mięśnia sercowego kilakowego *(myocarditis gummosa)*, w którem przychodzi do wytworzenia różnej wielkości kilaków w mięśniu sercowym. Anatomicznie nie różni się ta postać niczem od kilaków mięśniowych, a pociąga za sobą również z powodu ubytku kurczliwej tkanki sercowej, zaburzenia w czynności tego narządu.

Dość często występują obie postacie obok siebie.

Osierdzie, wsierdzie i zastawki najczęściej dopiero później *per continuitatem* ulegają zmianom chorobowym. Jest to szczegół bardzo ważny, gdyż z powodu tego właśnie umiejscowienia kiła serca przez pewien — dłuższy nawet czas jest niedostępną dla badania, chorzy nie odczuwają grożącego niebezpieczeństwa i nie szukają dlatego porady. Sprawa chorobowa postępuje naprzód, występuje arytmia. Jeśli w tym okresie mięsień sercowy posiada jeszcze dostateczną ilość zdrowych włókien, gdy niema objawów niedomogi, a tło kiłowe wcześnie zostało rozpoznane i zastosowano odpowiednie leczenie, rokowanie jest pomyślne. Przedmiotowo, prócz arytmii i miernego przerostu serca, niczego więcej nie można sprawdzić i dlatego przypadki te często są uważane za arytmię na tle nerwowem i odpowiednio do tego leczone. W tym okresie wyleczone przypadki kiły serca opisali: Lancereaux, Vitone, Rumpf; Hallopeau, Rosenfeld, Wetzomow, Woronkow i inni.

Objawy znużenia serca występują w tym okresie, w którym zmiany daleko już są posunięte: występują obok arytmii napady dusznicy; przedmiotowo stwierdzić można rozszerzenie serca, szmery zastawkowe i obrzęki: ogólny obraz choroby w tym okresie niczem się nie różni od choroby serca, powstałej z innych przyczyn.

Przydarzają się przypadki nagłego zejścia śmiertelnego u ludzi na pozór zupełnie zdrowych, którzy nie doznawali przypadłości ze strony serca; w jednym z takich przypadków znajdziemy na sekcyi kiłę serca, daleko posuniętą, w innym są zmiany tak nieznaczne, że ustania nagłego czynności tego narządu nie tłómaczą. Takie przypadki nieznacznych zmian kiłowych w mięśniu sercowym z zejściem śmiertelnem opisali Fournier, T. Lang, Rumpf, Vitone i tłómaczą porażenie serca schorzeniem narządu nerwowego, zawiadującego ruchami serca, a znajdującego się w samym mięśniu.

W przypadku, gdzie występuje już rozstrzeń serca ze wszystkiemi następstwami, swoiste leczenie może chwilowo spowodować poprawę, ale tylko pozorną, w krótkim bowiem czasie występuje w całej pełni na nowo niedomoga mięśnia sercowego i śmiertelne zejście. Według zdania autorów rokowanie powinno być w tych przypadkach zawsze niepomyślne. A przecież wydarzają się, niewątpliwie bardzo rzadko, przypadki, które i w tym jeszcze okresie wyleczone być mogą i taki właśnie przypadek z własnej praktyki chcę podać do wiadomości ogółu kolegów.

Chory N., liczący lat 36, urzędnik sądowy, chorób zakaźnych ostrych, w szczególności zapalenia gośćcowego stawów nie przechodził. Od lat kilkunastu nadużywał napojów wyskokowych. W r. 1883 leczył się z powodu owrzodzenia na członku, które w kilka tygodni się zagoiło; — wysypki sobie nie przypomina, leczenia rtęcią wtedy nie przechodził. Pięć lat później, w roku 1888, z powodu zmian na członku, które jeden z specyalistów (Prof. Rosner) uznał za nawrót kiły drugorzędnej, leczył się pigułkami rtęciowemi; wskutek tego leczenia zmiany wkrótce ustąpiły. Z początkiem roku 1890 wystąpiła nieregularna akcya serca, utrzymująca się przez kilkanaście dni, potem nastąpiła pauza kilkutygodniowa, wolna od tego objawu, poczem znowu wystąpiło naprzemian bicie serca i pauza kilkutygodniowa. Taki stan utrzymywał się aż do lata 1892. W lipcu 1892 podczas ćwiczeń wojskowych bicie serca wystąpiło naraz bardzo silne, przyczem chory stracił przytomność, a stan taki trwał przeszło godzinę i z trudem tylko udało się lekarzowi przyprowadzić go do przytomności. Od tego czasu stan chorego pogarszał się coraz bardziej: bicie serca z osłabieniem, jednak bez utraty przytomności, pojawiało się coraz częściej, pauzy wolne od napadów były coraz krótsze (4—5 dni); z początkiem roku 1897 przyłączyły się zawroty głowy, a w listopadzie tegoż roku nagła utrata mowy bez utraty przytomności. Chory zaledwie bełkotał niewyraźnie. Po trzech dniach pobytu w szpitalu mowa wyraźna zaczęła powracać tak, że po 8 dniach wypuszczono chorego ze szpitala

z poleceniem używania *Ticnt. strophanti* i wstrzymywania się od napojów wyskokowych.

W styczniu r. 1898 z powodu dreszczów, gorączki i powiększonej śledziony (miała to być zdaniem lekarzy zimnica), podawano choremu jakiś czas chininę, a z powodu słabnącej akcyi serca i wystąpienia obrzęków, równocześnie po kolei cały arsenał środków podniecających serce: stare wino, kofeinę z bromem, *tinct. strophanti c t. convallar. maj.*, wreszcie naparstnicę, a gdy obrzęki nie ustępowały, proszki kalomelowe. Stan pogarszał się coraz bardziej, aż wreszcie chory w połowie lipca 1898 przyjechał do Krakowa, w celu poddania się tu leczeniu. Skłoniło go do tego kroku coraz częściej i silniej występujące bicie serca, napady duszności i ogólne wycieńczenie. W Krakowie napady duszności były tak silne, że groziły życiu chorego. Według opowiadania kol. Dra Buzdygana, który chorego po przybyciu do Krakowa objął w leczenie, napady duszności, występujące co drugi dzień, przedstawiały się, jak następuje: W czasie napadu chory oblewał się potem, twarz i wargi były sine, usta szeroko otwarte, wyraz twarzy zdradzający trwogę. Oddech w najwyższym stopniu utrudniony, połączony z charczeniem i rzężeniami. W pozycyi klęczącej trzymał się chory oburącz krawędzi łóżka z podaną naprzód klatką piersiową. Podczas napadu tętno stawało się bardzo słabe, nieregularne, szybkie (140—150 na minutę); od czasu do czasu wykrztuszał chory znaczną ilość krwi. Zalecony przez kol. Buzdygana, który podejrzywał tło kiłowe, — rozczyn jodku potasowego (8:200, 3 łyżki dziennie), złagodził napady o tyle, że trwały krócej i nie były tak męczące. W dniu 30 lipca 1898 wspólnie z kolegą Buzdyganem stwierdziliśmy następujący stan obecny:

Mężczyzna wzrostu słusznego, o kośćcu silnie zbudowanym i nie okazującym zmian chorobowych. Na skórze zmian kiłowych lub śladów po przebytych zmianach, jako też i na członku, wykazać nie było można. Gruczoły karkowe i pachwinowe zaledwo macalne, nie bardzo zbite; tkanka tłuszczowa zanikła, — mięśnie wiotkie. Źrenice równe, oddziaływują energicznie na światło; błona śluzowa jamy-ustnej blada, wargi sinoblade. W płucu prawem od tyłu w płacie dolnym ograniczone stłumienie, wielkości dłoni dziecka, wdech i wydech w tem miejscu oskrzelowy z licznemi rzężeniami. Uderzenie koniuszka sercowego, widzialne na 3 ctm. na zewnątrz linii sutkowej i macalne w szóstym przestworze międzyżebrowym; ruchy serca widoczne również w dołku podsercowym. Stłumienie na lewo schódzi się z uderzeniem koniuszka sercowego, na prawo sięga do linii przymostkowej prawej; granica górna na górnym brzegu trzeciego żebra. Przysłuchem nad koniuszkiem serca i u podstawy, zamiast pierwszego tonu, szmer, drugi ton głuchy; nad komorą prawą szmer skurczowy, drugi ton głuchy. Nad aortą pierwszy ton głuchy, drugi zmięszany ze szmerem. Nad tętnicą płucną dwa tony głuche. Tętnica sprychowa równa, słabo napięta, tętno szybkie (120 na minutę) — nieregularne, co kilkanaście uderzeń słabych, 2 lub 3 uderzenia silniejsze.

Brzuch zapadły, niebolesny, w kiszce grubej wielka ilość zbitego kału — w jamie brzusznej płynu wykazać nie można. Wątroba jednostajnie w całości powiększona, o powierzchni gładkiej, dolna granica sięga blizko pępka, na lewo stłumienie schodzi się ze stłumieniem śledziony. Śledziona łatwo macalna, niebolesna, wypukiem w trójnasób powiększona. Podudzia, a w szczególności okolica kostek, miernie obrzękłe.

Odruchy kolanowe nieco zwiększone, sferę umysłową cechuje znużenie i apatya.

Ilość moczu skąpa (około 700 grm. na dobę), mocz wysycony, z kwasem azotowym daje obrączkę białka.

Plwocina obfita, śluzowo-ropna, ze znaczną przymieszką płynnej i skrzepłej krwi.

Po wykluczeniu innych przyczyn, wywołujących podobne zmiany, przyjęliśmy w tym przypadku tło kiłowe i jakkolwiek ogólny stan chorego był bardzo ciężki, wyniszczenie daleko posunięte i nawet kolega Buzdygan był w początku właśnie z tych powodow przeciwny podaniu rtęci, to przecież, gdyśmy następnie wzięli pod rozwagę, że chory w tym stanie nie ma nic do stracenia, zaleciliśmy mu wcierania z szaruchy, które po dokładnem przygotowaniu jamy ustnej, zaczęto stosować po 3 gramy dziennie w dniu 2 sierpnia. Równocześnie chory zażywał dalej jodek potasowy w rozczynie 8:200, trzy łyżki dziennie. Środków wzmacniających serce nie podano.

Skutek tego leczenia przewyższył nasze oczekiwania. Już przy 8-mem wcieraniu arytmia ustąpiła, a po 14 stwierdzić było można ustąpienie szmeru nad aortą i szmeru skurczowego nad komorą prawą; w ich miejsce wystąpiły tony, a nad koniuszkiem serca, obok szmeru skurczowego, pojawił się ton; serce skrzepiło się, a wymiary jego zmniejszyły się wybitnie. Tętno stało się dość dobrze napięte, regularne, liczba uderzeń 90 na minutę. W tym czasie nastąpiła również zmiana w płucach, chory wykrztuszał krew tylko przez pierwsze 5 dni w ilości coraz skąpszej. Wątroba i śledziona zmalały wybitnie, ilość moczu zwiększyła się w dwójnasób, białko ustąpiło, również i obrzęki na kończynach. Wejrzenie chorego poprawiło się, wróciło łaknienie, miejsce apatyi zajęła wiara w zupełne wyleczenie. W tym czasie chory, który opuszczał na kilka godzin łóżko, ważył 64 kilogramów. Polecono mu dalej wcierania i jodek potasowy. Wcierań zrobił razem 40; dwukrotnie byliśmy zmuszeni przerwać je na kilka dni z powodu obrzmienia dziąseł; poza tem rtęć znosił bardzo dobrze. Objawy chorobowe ustępowały tak, że po skończonem leczeniu rtęcią pozostał tylko rozlany ton skurczowy nad koniuszkiem serca, połączony z krótkim szmerem; ciężar ciała podniósł się na 76 kilogr.

Stan ten utrzymuje się do dnia dzisiejszego (przeszło dwa lata), a chory oddaje się swemu zajęciu.

Opisany przebieg choroby, z osobliwie pomyślnym wynikiem leczenia rtęcią, uprawnia nas w tym przypadku do rozpoznania *Myo-et-endocarditis syphilitica.* Co do postaci zapalenia mięśnia sercowego, to przebieg choroby przemawia za pierwotnem zapaleniem śródmiąższowem; gdyby to bowiem było zapalenie kilakowate, to chory tą postacią dotknięty, nieleczony przytem ani rtęcią, ani jodem, nie wytrwałby tak długo. Wszak już w r. 1890, a więc na 8 lat przed naszem rozpoznaniem, wystąpiła u niego arytmia, będąca najprawdopodobniej już wtedy wyrazem istniejących zmian w mięśniu sercowym, które mogły się zacząć rozwijać daleko wcześniej, niesprawiając choremu z początku żadnych dolegliwości. Zmiana ta chorobowa rozwijała się niezwykle powoli przez całe lata, a w ostatnim dopiero czasie wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego: wówczas mogły się wytworzyć kilaki, za czemby przemawiało dosyć nagłe wystąpienie groźnych objawów niedomogi mięśnia sercowego; w każdym razie nie musiały to być zmiany trwałe, skoro przy leczeniu rtęcią tak rychło nastąpiła poprawa. Obok zmian w mięśniu sercowym, można przyjąć w tym przypadku i następowe zmiany w narządzie nerwowym, zawiadującym automatycznymi ruchami serca.

Za zajęciem wsierdzia przemawia do dzisiaj utrzymujący się szmer skurczowy obok 1-go tonu nad komorą lewą, pomimo ustąpienia rozstrzeni serca; zmiany na zastawce dwudzielnej nie musiały być duże i nie trwały długo. Najprawdopodobniej powolny chorobowy proces łącznotkankowy dopiero w ostatnim roku przeszedł na zastawkę.

Towarzyszący drugiemu tonowi nad aortą szmer przemawia za zapaleniem kiłowem aorty. I ta zmiana wytworzyła się prawdopodobnie równocześnie z zaostrzeniem się procesu chorobowego w ostatnich miesiącach, nie była daleko posunięta, skoro szmer rychło przy leczeniu rtęcią ustąpił.

Co do reszty zmian chorobowych w innych narządach, jak w płucach (zawał krwawy), wątrobie, śledzionie i nerkach, uważać je należy jako następstwo niedomogi mięśnia sercowego.

Wkońcu należy jeszcze wspomnieć o czynniku usposabiającym, który niewątpliwie przyczynił się do powstania opisanej choroby, a mianowicie o nadużywaniu wyskoku; narząd krążenia bowiem, pracujący u pijaków bardzo ciężko, jest dla jadu kiłowego *locus minoris resistentiae* tem bardziej, że już jest chorobowo zmieniony.

Aczkolwiek nadużywanie wyskoku może podobny obraz chorobowy wywołać, to przecież, ze względu na tak korzystny wynik leczenia rtęcią, w tym przypadku z konieczności trzeba przyjąć jako przyczynę choroby przebytą kiłę.

II. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie i z pracowni Zakładu weterynaryi Prof. Dra Nowaka.

Cechy histologiczne zmian kiłowych na skórze

Podał

Dr. Fr. Krzyształowicz.

(Dokończenie).

Przepatrując teraz wszystkie te zmiany kiłowe, w których wystąpiły i zmiany w naskórku, zwrócić należy przedewszystkiem uwagę na to, czy zasadnicze zmiany kiłowe w skórze odpowiadają nasileniem natężeniu zboczeń w naskórku? Odpowiedź musi wypaść przecząco. Nacieki wokoło naczyń mogą być bardzo rozległe w szerz i wgłąb, — wybitnie rozwinięte, — a zboczenia naskórka są zaledwo zaznaczone, lub całkiem ich niema. W innych znowu przypadkach widać ciężkie zmiany w naskórku obok nacieku mało rozwiniętego, lub na małej przestrzeni. Toby nam dowodziło, że nie nasilenie sprawy chorobowej, nie jej rozległość jest przyczyną tego powikłania w naskórku, — o czem po części już i doświadczenie kliniczne nas poucza.

Drugim nader ważnym szczegółem jest postać krost i pęcherzyków. Badania zaś histologiczne pouczają, że ich obraz drobnowidowy nie różni się niczem od takichże zmian powierzchownych innych spraw chorobowych skóry. Trądzik kiłowy *(acne)*, dla swego klinicznego podobieństwa do zwyczajnego tak nazwany, jest również zapaleniem torebki włosowej *(folliculitis)*, ale bez jego cech, odznaczających go od innych zapaleń torebkowych; dlatego raczej tę ostatnią nazwę nosićby powinien. Zmiana kiłowa do ospy podobna *(varioliformis)* przedstawia najczęściej budowę taką samą, jak trądzik, zapalenie torebki włosowej z dużą krostą na powierzchni, czyli daje ten sam obraz, co liszajec krostkowy *(impetigo pustulosa Bockhart)*, polegający na zakażeniu skóry gronkowcami *(staphylococcia)*. Postać liszajcowa *(impetigo syphilitica)* nie różni się anatomicznie w budowie pęcherzyka od liszajca zwyczajnego *(impetigo vulgaris Tilbury Fox)*, polegającego wedle ostatnich prac Sabourauda na zakażeniu paciorkowcami, do którego jednak wkrótce przystępują gronkowce. W zmianach świeżych zatem przeważa powstały pod wpływem łańcuszkowca wysięk surowiczy, pęcherzyk ma wewnątrz ciecz jasną, lekko zmętniałą, *(impetigo)*, a dopiero z chwilą wkroczenia gronkowców następuje większy napływ ciałek wypocinowych i tworzy się wyraźny duży strup, przez co i zmiana przybiera postać niesztowic *(ecthyma)*. Jeżeli zakażenie przechodzi i na części obwodowe istniejącego już strupa i rozszerza się dalej w otoczenie, powstaje świeży pęcherz, a zatem i świeży strup, a postać ma wtedy nazwę brudźca *(rupia)*.

Te dwie ostatnie postacie kiły, niesztowice i brudziec, pozostawiają po ustąpieniu blizny wyraźne, czego niema przy tych zmianach bez tła kiłowego *(ecthyma vulgare)*. Przyczyna zdaje się być jasną; — przy liszajcu, nawet niesztowicach zwyczajnych zmiany w naskórku powstają pod wpływem zakażenia powierzchownego skóry zresztą zdrowej; zboczenia więc w naskórku nie pozostawiają po zagojeniu śladu; — przy niesztowicach kiłowych pęcherz w naskórku jest tylko powikłaniem zmian leżących w samej skórze, wybitnego nacieku około naczyń. Nic więc dziwnego, że pęcherzyk tej ostatniej postaci ani tak prędko nie zasycha, ani tak łatwo nie odpadai nie goi się, ale zakażenie drążyć może głębiej w skórę,bo znajduje tkanki chore, upośledzone w odżywieniu, a więci mniej odporne.

Niesłusznem mi się więc zdaje twierdzenie, że postacie te są głębszemi zmianami kiłowemi lub cięższemi od innych zmian kiłowych. Naciek nie bywa w tych zmianach ani więcej rozwinięty, ani nie zajmuje dużych obszarów skóry, a tylko zakażenie wkraczające równocześnie od zewnątrz i rozwijające się na podłożu z upośledzonych w odżywieniu tkanek, sprowadza zmiany z początku powierzchowne, później głębiej sięgające. Nie głębokość zmian kiłowych zatem, ale rozwój sprawy zapalnej drugorzędnej w nieprawidłowych tkankach czyni te postacie cięższemi.

Postać kliniczna, którą nazywamy niesztowicami głębokiemi *(ecthyma profundum)* niewątpliwie istnieje; ale wtedy widzimy pod drobnowidem obraz kilaka powierzchownego. Niema tu mowy o strupie, powstałym z pęcherzyka naskórkowego, pod którym drobnoustroje wchodzić mogą i w tkanki pod nim leżące i wywoływać powierzchowne ubytki, — a powstaje w tych przypadkach zgorzel i naskórka i tkanki pod nim leżącej, — a w następstwie jakby zapadnięcie się skóry. W około tej martwej części widać tak samo nacieki około naczyń, a różnice stanowi tylko zgrubienie ścian naczyniowych, twory olbrzymie, tu i owdzie wśród nacieku się pojawiające i czasem spostrzedz się dające zarośnięcie naczynia.

Dla uzupełnienia dodać jeszcze trzeba, że istnieją także postacie kiłowe, w których wprawdzie niema krost lub pęcherzyków, ale którym zewnętrzny kształt nadają wyraźne, chociaż innego rodzaju, zmiany w naskórku. Do tych należą przedewszystkiem łuszczyca *(psoriasiformis)* kiłowa (nie na dłoniach i podeszwach) i kłykciny sączące *(condylomata lata)*. W pierwszej istnieje zgrubienie warstw naskórka z zanikiem warstwy ziarnistej i nadmiernem nieprawidłowem rogowaceniem *(parakeratosis)*, zmiana, która cechuje łuszczycę zwyczajną *(psoriasis vulgaris)*. W kłykcinie sączącej znajdujemy siatkę grubszych i cieńszych pasm naskórka z warstw kolczastych *(acanthosis)*, naciek nie różni się niczem od takiegoż w innych zmianach kiłowych. Obraz ten nie trudno wytłómaczyć sobie działaniem jadu kiłowego z jednej strony, a warunków zewnętrznych — z drugiej. Już samo umiejscowienie kłykcin upoważnia do przypuszczenia, że uraz, rozmiękanie naskórka, wreszcie w tak upośledzonym osiedlenie się drobnoustrojów, sprowadza zgrubienie jego tak znaczne, co jest objawem powszednim i w innych cierpieniach skóry, bo jest dowodem obrony powierzchni w walce z drobnoustrojami. Naskórek, w którym osiedliły się drobnoustroje, stara się uchronić głębsze warstwy i skórę, (bo takie jest jego zadanie w ustroju), przed dostaniem się ich wgłąb, wytwarza zatem pod miejscem zakażenia coraz nowe warstwy, bo rozmnażanie się jest jego codzienną czynnością.

Gdy więc jad działa dłużej i nasilenie będzie większe, ztąd tak liczne gałązki naskórka, łączące się w sieć.

Jeżeli sprawy te, toczące się przy zmianach kiłowych w naskórku są, jak przypuszczam, tylko powikłaniem głównej sprawy chorobowej, w takim razie powinno się znaleźć w skrawkach drobnowidowych drobnoustroje, jak przy sprawach podobnych, ale powstających bez udziału kiły. W liszajcu zwyczajnym znaleźć można z początku sprawy łańcuszkowce, później gronkowce. W liszajcu krostkowym zawsze tylko gronkowce, ułożone u szczytu pęcherzyka w gromadkach. W zmianach kiłowych spostrzegałem podobnież te drobnoustroje; a chociaż nie przeprowadzałem badań bakteryologicznych *in vivo*, to jednak znalezienie drobnoustrojów w pęcherzykach i krostach w kile nie może być bez znaczenia. Większość syfilidologów twierdzi, że może to być zakażenie następowe już istniejącego pęcherzyka; w takim razie wszystkie inne pęcherzyki bez tła kiłowego powstawaćby mogły także bez zakażenia zewnętrznego, a temu sprzeciwia się budowa anatomiczna tych właśnie zmian powierzchownych naskórka.

W histopatologii skóry znamy wogóle dwa niejako typy pęcherzyków. Jedne leżą powierzchownie, najczęściej między warstwą zrogowaciałą, a resztą naskórka, rzadziej w samej warstwie kolczastej, rozwijają się od powierzchni wgłąb naskórka, — inne powstają nagle wśród warstwy kolczastej lub pod warstwami naskórka, a więc są głębsze, o jamie podzielonej przegrodami, powstałemi z naskórka, na kilka komór. Pierwszy typ przedstawiają pęcherzyki: liszajca zwyczajnego *(impetigo vulgaris)* i krostkowego *(i. pustulosa Bockhart)*, wyprysku (*eczema*), łojotoku (*seborrhoea*), świerzbu, trądzika, zapaleń torebek włosowych (*folliculitides)*, wreszcie chorób grzybkowych *(trichophytiasis)*; — pęcherzyki drugiego typu tworzą: rumień pęcherzykowy *(erythema bullosum*) świerzbiączka *(prurigo)*, choroba Duringa (*dermatitis herpetiformis Duhring)*, półpasiec *(herpes zoster)*, liszaj twarzowy *(herpes labialis)*, wreszcie ospa i ospówka. Już badania kliniczne wyjaśniają nam, że pęcherzyki o cechach typu pierwszego powstają z przyczyn zewnętrznych, drugiego z przyczyn wewnętrznych, — co budowa histologiczna w zupełności nam wyjaśnia. Jeżeli patrzymy z jednej strony na obraz drobnowidowy krosty ospowej, ospówki, czy półpaśca, — z drugiej na krostę trądzikową, w której drobnoustroje znaleźć nie trudno, lub liszajca — mimowoli nasuwa się prawie pewne przypuszczenie, że te ostatnie są chorobami zakaźnemi, powstałemi z zewnątrz.

Znajdując zatem przy zmianach kiłowych tylko pęcherzyki o wyżej opisanych cechach zmian, powstałych z przyczyn zewnętrznych, nie mogę się oprzeć przypuszczeniu, że nie jad kiłowy, ale warunki leżące w samej skórze są tego przyczyną. A te ujemne warunki, przyczyniające się do powstania takich zmian, polegają prawdopodobnie na skłonności skóry do pewnych zakażeń. Z doświadczenia klinicznego zaś wiemy, że dla powstania stanu chorobowego potrzebne są przy chorobach zakaźnych, obok wkroczenia drobnoustrojów — jeszcze pewne skłonności do zakażenia *(praedispositio*), czy to chwilowe, czy też pewne własności ogólne. W skórze zatem tak samo potrzeba pewnego usposobienia, aby zakażenie od zewnątrz nastąpić mogło.

W klinice przekonujemy się, że postacie krostkowe zjawiają się, jak wspomniałem najczęściej, chociaż nie jedynie u osób z podkopanem odżywieniem lub skazą wewnętrzną; u takich zatem, u których nie tylko odżywienie innych narządów ale i skóry, jest niedostateczne. To upośledzenie odżywienia musi mieć tem większe znaczenie, gdy wkracza jad kiłowy i wywoła zmiany około naczyń, czem skórę i tak podatną w tym stanie do zakażenia, jeszcze więcej do niego usposabiać będzie. Taka skłonność do zakażeń istnieć może jednak i u osobnika zresztą zdrowego; u niego więc zakażenie kiłowe również do wybuchu się przyczyni, zwłaszcza, że jak to powyżej wspomniałem, umiejscowienie nacieku kiłowego w skórze usposabia do zmian na powierzchni.

Zadaniem przyszłości jest zbadać z jednej strony klinicznie, u jakich osobników bez skaz ustrojowych zmiany w naskórku pojawiają się przy kile? z drugiej zaś — jakiej przyrody zakażenie zewnętrzne wywołać może takie zboczenie. Już teraz orzec można z całą stanowczością, że na ukształtowanie się zmian kiłowych oddziałują pewne stany chorobowe skóry, jak gruźlica, zgrubienia warstw rogowych naskórka *(hyperkeratôsis)*, łuszczyca *(psoriasis)* łojotok *(seborrhoea)*, wreszcie przekrwienie skóry, z jakiejkolwiek powstałe przyczyny. Tem samem przypuszczać trzeba, że sam jad kiłowy zmian w naskórku nie sprowadza, ale że są one następstwem zakażenia zewnętrznego, do którego istnieje usposobienie w samej skórze albo skutkiem stanu ogólnego ustroju, albo poprzednio już istniejącego stanu skóry — a upośledzenie odżywienia tkanek przez rozwój nacieku kiłowego jest tylko okolicznością wywołującą.

Zaprzeczyć więc trudno, że chociaż zakażenie wtórorzędne samego naskórka nie jest może na pierwszym planie, to jednak tak własności skóry, usposabiające do pewnych schorzeń, jako też zakażenia, już istniejące podczas wybuchu kiły, wreszcie łatwo się pojawiające drobnoustroje na skórzę, mają wobec jej upośledzonych warunków odżywienia przez kiłę wywołanych, nader ważne znaczenie i wpływ na kształtowanie się postaci wysypek kiłowych.

W końcu składam serdeczne podziękowanie Prof. Dr. Nowakowi za cenne uwagi i wskazówki w tej pracy.

III. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Ciąg dalszy).

2. Stwierdziwszy istnienie choroby, należy wykazać jej związek przyczynowy z poprzednim urazem. W tych przypadkach, w których przypady nawiązały się bezpośrednio do urazu, wywiady, a mianowicie zeznania wiarygodnych świadków, odgrywają w rozpoznaniu najważniejszą rolę, co właściwie należy już raczej do sędziego, niż do lekarza. Widoczne uszkodzenia czaszki, narządu usznego, sąsiednich części, jak wogóle znaki wywartego gwałtu, przyczynią się do potwierdzenia zeznania poszkodowanego co do zależności choroby od doznanego urazu.

Tam zaś, gdzie objawy nie wystąpiły zaraz po urazie, może stwierdzenie związku przyczynowego między urazem a chorobą natrafiać nieraz na znaczne trudności. Trudności te polegają przedewszystkiem na niepewności wywiadów i rozpoznania, na okoliczności, że orzeka się nieraz dopiero po miesiącach, a nawet latach, tudzież na tem, że zaniechano badania ucha bezpośrednio po urazie. Często brak uwag, tyczących się stanu ucha w świadectwie lekarzy, badających bezpośrednio po urazie, daje się dotkliwie we znaki znawcy, który znacznie później ma orzekać o takim związku przyczynowym. Z własnego doświadczenia muszę potwierdzić i podkreślić trafne słowa Passowa i zupełnie zgadzam się z jego żądaniem: „żeby w każdym przypadku, w którym zdarzyło się choćby nieznaczne wstrząśnienie głowy lub ciała, poddać ucho stósownemu badaniu“. W podobnych bowiem przypadkach chorzy nietylko w złym zamiarze i z zupełną świadomością popełnianego oszustwa mogą odnosić chorobę, powstałą z innej przyczyny, do urazu, lecz także sami mogą ulegać pomyłce. Zdarza się bowiem, że chory, niedosłyszący już oddawna, nic o tem nie wiedział, a dowiedział się o tem przypadkowo dopiero po urazie. Należy przeto przedewszystkiem sprawdzić drogą sądową, lub policyjną, czy uszkodzony był dawniej zupełnie zdrowy, albo przynajmniej czy nie cierpiał na uszy. Dalej należy wymagać dokładnego opisu urazu lub wypadku i ocenić, czy podana przyczyna według doświadczenia i zasad nauki zdoła rzeczywiście wywołać stwierdzone cierpienie. Ważnem jest również zachowanie się chorego zaraz po urazie i w czasie między urazem, a pojawieniem się objawów błędnikowych, względnie chwilą badania lekarskiego i długość czasu, który upłynął między pierwszem, a drugiem. Może się bowiem także zdarzyć, że objawy, wskazujące na chorobę błędnika, jak nieprzytomność, zawrót głowy, wymioty, wystąpiły zaraz po urazie, potem całkiem ustąpiły, a dopiero po jakimś czasie pojawia się dalej upośledzenie słuchu różnego stopnia, zawrót głowy, szum i t. d., będące z tym urazem w związku. Wogóle czas, w jakim po urazie objawy błędnikowe wystąpić mogą, może być bardzo różny. Najczęściej objawy te, podobnie, jak inne nerwice, występują szybko, a nawet natychmiast po urazie. Niekiedy zaś można zauważyć jakby okres zwiastunów, po którym dopiero rozwija się cierpienie. Może ono odrazu pojawić się w całej pełni, albo też rozwijać się powoli całymi tygodniami po urazie. Zdarza się, że początkowo występują nieznaczne objawy, a dopiero po tem całokształt choroby wychodzi na jaw. Widzimy przecież, że nawet cierpienie organiczne, jak krwotoki mózgowe, czy rdzeniowe, syringomyelia i t. p. wskutek urazu, pojawiają się niekiedy dopiero po pewnym czasie. Ocena wpływu urazu na rozwój choroby wymaga zatem wielkiej ostrożności i powinno się o tem pamiętać, że długi czas po urazie może brakować wszelkich objawów.

Rozumie się, że ścisłe określenie czasu, w jakim objawy można uważać za skutek urazu, jest niemożliwe. Należy się przytem kierować ogólną znajomością etyologii danego cierpienia (Stróżewski).

Oprócz tego starać się powinniśmy o wykluczenie innych przyczyn, które niezależnie od urazu mogłyby równocześnie być powodem wybuchu choroby, jak różne choroby ogólne i miejscowe, co już wyżej rozstrząsaliśmy. Z tego też powodu nie należy się nigdy zadawalniać badaniem samego narządu słuchowego, lecz powinno się zawsze poddać wszystkie narządy i cały ustrój dokładnemu i ścisłemu badaniu, a w pierwszym rzędzie uwzględnić stan układu nerwowego. Należy przytem pamiętać, że nerwica urazowa może być sama skutkiem obrażenia, że można znaleźć się wobec jedynego objawu, t. zw. „hystero-traumatyzmu“, albo też razem z innymi objawami, z objawem częściowym nerwicy urazowej, zależnej wprost od urazu i występującej pod postacią choroby błędnika, choroby Meniera, które również, jak inne nerwice nieurazowego pochodzenia, przebiegające z objawami błędnikowymi, od właściwego wstrząśnienia można odróżnić, jak to wyżej wyłuszczyliśmy.

Niemniej ważnem jest wykluczenie otrucia przewlekłego t. zw. truciznami κατ' ἐξοχήν błędnikowemi, jak przetwory salicylowe, chininowe, nikotyna i in. Kilka przykładów dokładniej to objaśni. N. p. ktoś spada ze schodów i przedstawia objawy wstrząśnienia mózgu. Po powrocie do przytomności pozostają objawy: ból głowy, zajęcie senzoryum, nudności, wymioty, które zwolna ustępują. Po kilku tygodniach pojawia się postępujące przytępienie słuchu, okresowo występujące objawy Ménièrea, zawrót głowy, nudności, szum w uszach itd. Stwierdzenie, iż dawniej słuch był prawidłowy, i wykluczenie innej przyczyny wykazanej obecnie głuchoty błędnikowej, pozwala odnieść z największem prawdopodobieństwem, względnie z zupełną pewnością, upośledzenie słuchu do urazu, odniesionego przed kilku tygodniami. Drugi przykład. Maszynista, artylerzysta, urzędnik kolejowy i t. p. wstępuje do służby z zupełnie dobrym słuchem. Po kilku latach służby, a nieraz nawet po jej zaniechaniu wychodzą na jaw postępujące błędnikowe niedosłyszenie, samo, albo równocześnie z zawrotem głowy i szumem w uszach. Po wykluczeniu innych przyczyn należy przyjąć głuchotę zawodową, wywołaną przez dłuższy czas często powtarzającemi się wstrząśnieniami błędnika pod wpływem zadziałania głosowego.

W innym znów przypadku dostaje ktoś natychmiast, zawrotu głowy, nudności, szumu w uszach, jak tylko trochę tańczy, albo jedzie koleją, wozem albo konno. Tu chyba związek przyczynowy żadnej wątpliwości ulegać nie będzie, i to tem mniej, że wszystkie te przypady znikają natychmiast albo niebawem po ustaniu tych ruchów.

Zawsze jednak mogą się nasunąć przypadki, w których z powodu istniejącego współzawodnictwa przyczyn nie można sprawdzić, która z nich była właściwym powodem, *causa efficiens* choroby. Otóż w przypadkach, gdzie chodzi o ciężkie uszkodzenie, zadane przez domniemanego sprawcę, należy szczególnie, jeżeli związek przyczynowy między urazem a chorobą nie da się z bezwzględną pewnością stwierdzić, trzymać się zasady: *in dubiis mitius* i wystrzegać się zbyt stanowczego orzekania, bo: „więcej i pewniej orzekać, niż dane po temu, to cecha małego doświadczenia i lekkomyślnej nierozwagi.“ Słusznie też ostrzega Blumenstok przed stanowczością w wydawaniu orzeczeń, potępiających podsądnych, powiadając: „Na mocy doświadczenia mego, coraz bardziej utwierdza się we mnie przekonanie, że stanowczość w orzekaniu w przypadkach wątpliwych pozostaje w odwrotnym stosunku do doświadczenia orzekającego“, a Wachholz dodaje: „Dziwną zaiste jest rzeczą, jak łatwo skłonni są znawcy, nie rozporządzający ani stosownem doświadczeniem, ani teoretycznem przygotowaniem do ciężkiego i odpowie-

dzialnego swego zawodu, do wydawania stanowczych, niemal zawsze potępiających orzeczeń w sprawach wątpliwych" i dalej: „Odtrącając zgubną zasadę poddawania się zwodniczym porywom żywej wyobraźni" nie należy „kusić się o obrazowe odtwarzanie scen zbrodni, nie mając w tym względzie pewnych danych."

Złote słowa, które zawsze powinniśmy mieć w pamięci. Odpowiada zatem bardziej humanitarnemu stanowisku, tudzież obowiązkom lekarza rzeczoznawcy przyznać się w danym razie otwarcie, iż nie można wydać stanowczego sądu, albo wyrazić się z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem, niż narażać przez powierzchowny i lekkomyślny sąd siebie i wrzekomego sprawcę na straszne następstwa pomyłki sprawiedliwości.

3) Oznaczenie stopnia uszkodzenia stanowi trzecie bardzo ważne zadanie rzeczoznawcy. Większa część autorów zgadza się w tem, że całkowite udawanie jest rzadkiem. I tak Schuster znalazł na 300 przypadków urazowego uszkodzenia układu nerwowego 1—2 przypadki, w których nie było żadnej sprawy chorobowej. Natomiast w wielu przypadkach istnieją nieznaczne czynnościowe albo organiczne następstwa wypadku, które chory przesadza, lub też podaje przebyte już dolegliwości, jako jeszcze istniejące i trwałe, albo też ulega samopoddawaniu. Otóż ze względu na to, że uszkodzeni zwykle skłonni są nietylko do udawania, lecz jeszcze więcej do przesadzania stopnia cierpienia, a to aby osiągnąć bądź to sroższe ukaranie obwinionego sprawcy, bądź to wydatniejsze wynagrodzenie od niego, albo od towarzystwa ubezpieczeń, nie wystarcza stwierdzić chorobę i jej zależność od urazu, lecz nie mniej ważnem jest ocenić przedmiotowo stopień uszkodzenia.

Otóż rozumie się, że wykazane uszkodzenie czaszki albo kości skroniowej stanowi „ciężkie uszkodzenie ciała", jak również, że szybko przemijające, przelotne napady zawodowe, jak w trzecim szeregu przypadków, nie mają żadnego znaczenia. Samo stwierdzenie przez świadków napadu udarowego nie ma żadnego znaczenia w ocenie ciężkości uszkodzenia, gdyż taki napad może przejść bez śladu, nie pociągając za sobą żadnej szkody na zdrowiu.

Stopień głuchoty daje się w przybliżeniu oznaczyć za pomocą stósownych prób słuchowych, o których na innem miejscu. Do ocenienia trwałości niedołęztwa lub niezdatności do pracy służy doświadczenie, które uczy, że wszystkie choroby błędnika dają złe rokowanie, że zawrót głowy i szum w uszach wprawdzie często z czasem się zmniejszają, ale tego stanowczo powiedzieć nie można. Głuchota zaś błędnikowa jest zwykle postępująca, prowadzi z czasem do zupełnej utraty słuchu, rzadko jest stałą, niezmienną (stationär), a jeszcze rzadziej zmniejsza się. Nawet po latach może nastąpić pogorszenie, a szczególnie każda niedomoga, każda inna dołączająca się choroba, wszelkie cierpienia fizyczne i moralne, troski i kłopoty, tudzież nadmierne natężenie fizyczne i umysłowe, bezsenność itd. wywierają zwykle bardzo zły wpływ na słuch. Zresztą należy uwzględnić to, co wyżej o rokowaniu powiedzieliśmy.

Nigdy jednak orzeczenie nie powinno się opierać na jednorazowem badaniu. Należy zawsze pamiętać, że objawy zawrotowe i nawet upośledzenie słuchu, stwierdzone zaraz po urazie, mogą po jakimś czasie całkiem ustąpić, wstrząśnienie błędnika może się z czasem wyrównać, jako też naodwrót, że te same objawy, bezpośrednio po urazie wcale nie istniejące, albo zaledwie zaznaczone, mogą później dopiero się pojawiać albo wzmagać, że wstrząśnienie błędnika może objawić się przez dopiero następowo, stopniowo i powoli rozwijający się zbiór objawów Ménierowskich. Słusznie też Müller zwraca uwagę, że po urazach w głowę nigdy nie powinno się odmawiać odszkodowania przed ścisłem zbadaniem narządu słuchowego. Im dłużej upośledzenie słuchu trwa, tem mniejsze widoki poprawy, tem pewniejszem będzie orzeczenie. Stanowcze orzeczenie wymagać będzie zatem w największej części przypadków dłuższego czasu, miesiącami ciągnącego się spostrzegania, często powtarzanych, ścisłych badań zdrowia ogólnego i słuchu, zanim znawca będzie mógł ostatecznie orzec, szczególnie o trwałości wykazanego zaburzenia słuchu i rozstrzygnąć, czy ma przed sobą stan przemijający, czy stały, chorobę nieuleczalną i kalectwo stałe, „utratę" albo „trwałe osłabienie słuchu", czy uszkodzenie jest „ciężkie" i czy sprowadzi „zaburzenia zdrowia" lub „niedołęztwo zawodowe", „niemożność zarobkowania" i na jak długo.

Nareszcie może pod względem sądowolekarskim nasunąć się jeszcze jedno bardzo ważne pytanie, mianowicie: czy choroba uszna może przyczynić się do rozwoju nieprawidłowego stanu psychicznego, czy może wywierać wpływ psychiczny na popełnienie czynów karygodnych, czy może przyczynić się do wykroczeń lub zbrodni wskutek zaburzenia umysłowego i psychicznego, pozostającego z tą chorobą w związku? Na podstawie doświadczenia musimy na to pytanie odpowiedzieć potwierdzająco. Liczne spostrzeżenia stwierdziły niewątpliwie wpływ stanu narządu słuchowego na stan umysłowy. Często spostrzegano i opisywano psychozy zwrotne, pochodzące z chorób uszu; oddawna znamy wpływ powiększonego parcia błędnikowego na stan umysłowy i psychiczny chorego. Najczęściej zboczenia umysłowe występują u takich chorych w postaci omamów i złudzeń słuchowych. Jeżeli one pojawiają się u chorego, wolnego od wrażeń słuchowych podmiotowych, wtedy spotykamy się ze złudzeniami psychicznemi. Złudzenia zaś, mające źródło w zaburzeniach narządu słuchowego, uważa Kraft-Ebing za złudzenia fizyologiczne. Według Meynerta zboczenia w narządach zmysłowych sprowadzają rzeczywiste omamy zmysłowe. Podmiotowe wrażenia słuchowe mogą nabierać cech głosu ludzkiego i choremu zdaje się niekiedy, że słyszy inne osoby, mówiące do niego albo o nim, wymówki, przekleństwa, groźby i t. p. Nadto osłabienie bystrości słuchu wywołuje niedokładne wrażenia w ośrodku zmysłowym i pośrednio mylne wrażenia i wyobrażenia w ośrodku korowym (świadomości), a w następstwie omamy. Łatwo zrozumieć, że chory, pozostający pod takim wpływem psychicznym, łatwo dopuścić się może czynów karygodnych, za które nie może być zupełnie odpowiedzialnym.

Jeżeli uwzględnimy, co powyżej mówiliśmy o roli usposobienia w powstawaniu każdego cierpienia, mianowicie, że już najlżejszy uraz lub bodziec, którydy u zupełnie zdrowego przeszedł bez śladu, wobec istniejącego usposobienia może wywołać znaczne następstwa, jak głuchotę, — to oczywista, że jest rzeczą bardzo ważną, iżby w każdem badaniu sądowolekarskiem zwrócić uwagę na istniejące w danym razie równocześnie stany i sprawy chorobowe, wywołujące skłonność do chorób błędnika. Tu należy wymienić różne dawniejsze choroby uszu, choroby nerwowe i t. d. Gdzie się przy-

puszcza wybroczynę w błędniku, należy zważać, czy niema zboczeń w ścianach naczyń krwionośnych i w składzie krwi, jak białaczka, chorób nerek, serca i połączonej z niemi skłonności do wybroczyn. W podobny sposób uwzględnione w orzeczeniu obciążenie dziedziczne, stany neuropatyczne, jak histerya i inne, wyżej wymienione zboczenia, mogą wpłynąć łagodząco na wyrok, gdyż już ustawodawstwo zwróciło uwagę na warunki, ułatwiające powstanie choroby, mianowicie na „szczególne usposobienie“ (eigentümliche Leibesbeschaffenheit) uszkodzonego osobnika w myśl § 129 a) pr. karn.

W ocenie uszkodzeń ubezpieczonych od wypadków lub od niezdolności do pracy, należy się kierować tem, cośmy wyżej w ustępach o rozpoznaniu i rokowaniu powiedzieli. Główny nacisk w badaniu kłaść należy na to, czy mamy do czynienia z chorobą narządu przewodzącego głos, czy narządu głos pojmującego, dalej, czy cierpienie jest skutkiem zawodu, czy też wypadku, i na stopień kalectwa, lub niezdolności do pracy. Tu orzeczenie nie różni się wiele o orzeczenia w urazowych chorobach błędnika wogóle, bez względu na to, czy mamy do czynienia ze zmianami anatomicznemi, czy tylko z zaburzeniami czynnościowemi. Pod tym względem odsyłamy do wybornej pracy Müllera.

W przyjmowaniu do towarzystwa ubezpieczeń na życie choroba ta nie odgrywa żadnej roli, gdyż nie wpływa na długość życia. Natomiast w ubezpieczeniach od wypadków i od niedołęztwa (Unfall u. Invalidität) cierpienie to wyklucza od przyjęcia dotknięte niem osobniki, tak samo, jak zawód, z którym połączone jest ciągłe albo częste działanie silnych dźwięków, co, jak wykazaliśmy, może sprowadzić przez wstrząśnienie błędnika trwałą głuchotę. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Uhma: **Syfilidologia**. Lwów 1900.

Wobec wyczerpania syfilidologii Krówczyńskiego postanowił autor wydać podręcznik polski, którego część ogólna z kazuistyką obecnie się ukazała. Praca ta jest napisana w sposób przystępny i zawiera dzisiaj powszechnie przyjęte poglądy o kile.

Wychodząc z założenia, wypowiedzianego w przedmowie, że lekarze nasi nie dosyć przyswoili sobie ogólne pojęcia o kile, rozpoczął Uhma dzieło swoje częścią, zawierającą głównie ogólne poglądy. Podzielam to zapatrywanie, lecz muszę zaznaczyć, iż według mego doświadczenia, rozpoznawanie i leczenie kiły (częstokroć bez plam) jest najsłabszą stroną wogóle lekarzy praktycznych w Austryi. Nie mniej atoli zasługuje na uznanie praca Dra Uhmy, podjęta w celu zaradzenia temu złemu w naszem społeczeństwie lekarskiem, zapomocą podręcznika, bardzo przystępnie i w prosty sposób napisanego, a do tego wydanego w ojczystym języku. Część omawiana zaczyna się od wielce treściwej historyi, geografii i statystyki kiły. Co do statystyki, to trudno do tej, jaką dziś mamy, przywiązywać zbyt wielką wagę; w każdym jednak razie zbyt pessymistycznym wydaje mi się pogląd autora, że n. p. we Lwowie przynajmniej co 4-ty, liczący ponad 30 lat mężczyzna przebywał kiłę. Przesądzać atoli nie chcę. W ustępie drugim następuje szkic przebiegu i bliższe a jasne określenie kiły, uwzględniające utarte zapatrywania na tę chorobę. Trzeci rozdział traktuje w sposób wyczerpujący o zaraźliwości kiły, drogach i sposobach szerzenia się zarazka.

Mimo niewielkich rozmiarów części ogólnej, pomieścił autor w następnym, t. j. czwartym rozdziale rzecz o zarazkach wogóle. Dalej w rozdziale piątym wysnuwa przez analogię wnioski o zarazku kiły na podstawie przebiegu choroby i rozmaitych hipotez. W dobrze opracowanym rozdziale szóstym pisze o anatomii patologicznej objawów kiłowych i wypowiada między innemi zdanie, iż barwę zmian kiłowych powoduje po części własność zarazka, że on wywołuje zmiany barwikowe. Na zdanie to nie mógłbym się zgodzić, albowiem nie przemawia za tem spostrzeżenie, że tę samą barwę widzimy często w rozlicznych dermatozach, o których wiemy, że pochodzą od zmian w naczyniach, od zastoju i wynaczynionek. Myśl ta, wyrażona w pracy autora, w każdym razie oryginalna i wymaga dalszego badania. Autor trzyma się podziału kiły wedle Ricorda na trzy okresy (dział siódmy do dziewiątego włącznie). Okres pierwszego utajenia przyjmuje może nieco zadługi, podając, że objaw pierwotny najczęściej w 4-tym tygodniu po zakażeniu występuje. Traktując o unitaryzmie i dualizmie, uznaje przypadki poronne kiły, w których, „mimo szczepienia zarazka kiłowego i okazania się potem objawu pierwotnego kiły, objawy późniejsze nie wystąpiły“.

Rozdziały o drugim i trzecim okresie kiły skreślone są zwięźle i jasno, niemniej jak i dalszy, t. j. dziesiąty rozdział o kile dziedzicznej i wrodzonej. W następnym, jedenastym rozdziale, zastanawia się autor nad wpływem kiły na ustrój i nad wpływem ustroju na przebieg kiły, jakoteż nad wzajemnym stosunkiem kiły do chorób innych. Co do przypuszczenia tu wyrażonego, „że osoby, u których naczynia krwionośne pod wpływem pobudek nerwowych łatwo oddziaływują, łatwiej kiły nabywają, a może i ciężej ją przechodzą“, nie wyraził autor jasno, czy miał na myśli tylko mężczyzn. Doświadczenie wszakże uczy, że kobiety tą wrażliwością są częściej obarczone, a mimo to właśnie rzadziej z reguły ulegają zakażeniu i lżej przebiega u nich kiła wogóle. „Dobrowolnego ustępowania kilaków, podobnie jak mięsaków i raków pod wpływem róży“, nie potwierdzają spostrzeżenia kliniczne wbrew twierdzeniu autora, zawartemu w tym ustępie.

Ostatni, t. j. dwunasty rozdział części pierwszej dowodzi uleczalności kiły. Prawdopodobnie na poparcie tego przytacza autor w części drugiej 100 historyj chorób osób, cierpiących na kiłę. Na zbiór ten historyj składają się zapiski autora, a po części także ś. p. Krówczyńskiego, a materyał ten pochodzi z prywatnej praktyki. Naturalnem jest, że historye te nie mogą mieć ścisłości naukowej, właściwej kazuistyce szpitalnej; o ile jednak kazuistyka taka musi mieć braki pod względem ścisłości naukowej, to mimo to jest ona cennym nabytkiem dla tejże samej nauki już z tego względu, że się odnosi do przypadków, spostrzeganych *in continuo* przez lat szeregi, a nierzadko i przez całe życie. Podobnej ciągłości obserwacyi nawet najdokładniejsze spostrzeżenia szpitalne dać nie są w stanie. Za zasługę zatem poczytać należy autorowi, że swoje notatki w ten sposób zużytkował.

W końcu podnieść muszę, że poglądy, wyrobione głównie na spostrzeżeniach z praktyki prywatnej, nie mogą się pokrywać z poglądami, zdobytymi na chorych szpitalnych i muszą koniecznie istnieć pewne różnice między praktykiem a klinicystą. Różnice te jednak nie obniżają doniosłości ani wartości pracy, a mówić o nich szczegółowo, przed ukazaniem się całości, byłoby przedwcześnie.

Część omawiana zapowiada w każdym razie zajmujące dzieło. Zalecam też najgoręcej każdemu z kolegów przeczytanie tej pracy, gdyż jest ona niezawodnie pożądanym nabytkiem w piśmiennictwie ojczystem. Tak uczący się, jakoteż lekarze, odniosą bezsprzecznie korzyść, czytając pracę Dra Uhmy. *Włodzimierz Łukasiewicz.*

V. Wyciągi.

L. Casper: **W sprawie patologii i leczenia gruźlicy pęcherza moczowego.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 41, 42, 1900.) Materyał, na którym autor opiera swe wywody, obejmuje 35

przypadków gruźlicy pęcherza moczowego. Co do równoczesnego istnienia zmian gruźliczych w innych narządach wykazuje zestawienie C., że zaledwie w 8·6% zajęty był jedynie sam pęcherz, natomiast w reszcie przypadków stwierdzić się dawały zmiany gruźlicze w innych narządach, jako to: w nerkach 40%, w częściach rodnych 20%, w płucach 14·3%, w stawach 5·7%, w skórze 2·8%. W 8·6% przypadków zanotowano gruźlicę ogólną. Wśród 14 przyp., powikłanych gruźlicą nerek, można było 11 razy przypuszczać z pewną słusznością, że pierwotną siedzibą sprawy chorobowej był pęcherz.

W rzędzie czynników usposabiających wybitne miejsce zdaniem autora zajmuje rzeżączka, która, działając podobnie jak uraz, stwarza, zwłaszcza u osobników dziedzicznie obciążonych, korzystne dla rozwoju gruźlicy miejscowe usposobienie. W 33% przyp. rozwój sprawy gruźliczej poprzedzała przebyta rzeżączka, a w 3 przypadkach łączność obu spraw była tak ścisłą, że ich związek przyczynowy zdawał się nie ulegać wątpliwości. Objawy w zarysie odpowiadają przypadom, towarzyszącym wogóle stanom zapalnym pęcherza. Prątki gruźlicze znaleziono w 50% przyp. Częstość i nasilenie parcia na mocz pozostaje w związku ze zmianą pojemności pęcherza. W przypadkach, gdzie sprawa gruźlicza przenosi się z sąsiednich części narządu rodnego na pęcherz moczowy, a zmiany zajmują głębsze warstwy jego ścian, zmniejszenie pojemności pęcherza bywa zwykle znaczne. W mniej znacznym stopniu zmniejszenie to występuje w przypadkach gruźlicy pierwotnej lub postaci zstępującej od strony nerek, gdyż zmiany zajmują zwykle w tych razach tylko powierzchowne warstwy ściany. Obraz cystoskopowy często nie przysparza szczegółów znamiennych dla gruźlicy; umożliwia natomiast określenie umiejscowienia, względnie odróżnienie postaci pierwotnej od zstępującej. W postaciach pierwotnych zmiany zajmują zazwyczaj tylną ścianę pęcherza. Zmiany, usadowione na przestrzeni między dnem a zwieraczem i zajmujące ściany boczne, napotyka się w przypadkach gruźlicy, przechodzącej na pęcherz z części rodnych. Obecność zmian przy ujściu moczowodów przemawia natomiast za postacią zstępującą. Jeżeli szczególne względy nie zmuszają do zastosowania cystoskopii, należy, zdaniem autora, zaniechać tego sposobu badania, gdyż wymaga on rozdęcia pęcherza, które w tych przypadkach spowodować może przemijające lub nawet stale się utrzymujące pogorszenie.

Leczenie w pierwszym rzędzie powinno zmierzać do poprawy stanu ogólnego. Jako najgłówniejszą zasadę miejscowego leczenia podaje C. unikanie nadmiernego rozdęcia pęcherza przy przepłókiwaniach. Dawniej używał autor silnych rozczynów (20%) kwasu mlekowego do wkraplań. Występujące po tych wkraplaniach bóle skłoniły go do porzucenia tego środka. Obecnie poleca użycie rozczynu $^1/_{10000}$—$^1/_{1000}$ sublimatu do wkraplań. Z chwilą wystąpienia poprawy przechodzi do wstrzykiwań większej ilości (nigdy powyżej 50 sz. ctm.) rozczynów słabszych ($^1/_{10000}$ do $^1/_{5000}$). Nie należy stosować przeplókiwań, względnie wkraplań, częściej niż raz, najwyżej dwa razy na tydzień. Objawów zatrucia nigdy nie zauważono. Poprawa zwykle następować miała doraźnie. Jeżeli 3 do 4-krotne zastosowanie tego środka nie dało pomyślnego wyniku, należy go zupełnie zaniechać. Z powodu braku większego w tej sprawie doświadczenia wstrzymuje się C. od orzekania o ważności operacyjnego leczenia. Opierając się jednak na zapatrywaniu Wahlländera, który przypuszcza, że zabiegi operacyjne, częściej aniżeliby się zdawało, przyczyniają się do uogólnienia sprawy gruźliczej, przemawia autor za możliwie ścisłem ograniczeniem wskazań operacyjnych.

Urbanik.

Friedeberg (Magdeburg). **W sprawie leczenia bezsenności, powstałej na tle miażdżycy tętnic.** (*Klinisch-therapeut. Wochenschrift* Nr. 42, 1900). Przyczynę powyższego cierpienia upatruje autor w niedostatecznem ilościowem i jakościowem zaopatrywaniu krwią nerwowych pierwiastków mózgu, znajdujących się wskutek tego w stanie pewnego podniecenia, przeszkadzającego wystąpieniu snu, podobnie jak u osób, znużonych nadmierną pracą umysłową lub fizyczną, sen się częstokroć nie pojawia, pomimo istniejącego w nich uczucia zmęczenia. Oczywiście leczenie winno być nader oględnie i systematycznie przeprowadzone; już sam umiarkowany ruch zalecany, a przystosowany do osobistych warunków danego chorego, sprowadza w lżejszych przypadkach nietylko ulgę, ale prawidłowy sen; w przypadkach zaś, gdzie ruch jest niewykonalny, bardzo korzystnie działają zabiegi mechaniczno-lecznicze. Z „chodzeniem po górzystej okolicy“ trzeba być ostrożnym ze względu na stan serca i naczyń krwionośnych; to samo tyczy się kąpieli chłodnych, niemniej i ciepłe kąpiele winny być z oględnością stosowane (w każdym razie nie wieczorem), działają bowiem u wielu osób podniecająco. Po wilgotnych natomiast nacieraniach często gęsto zapadają chorzy w głęboki, a prawidłowy sen. Ze środków aptecznych zasługuje w pierwszym rzędzie na uwagę nitrogliceryna w dawkach (kołaczykach) po 0,0005 wieczorem (lub co 3-ci dzień) przed spaniem; w razie niedostatecznego działania można podać 2 takie kołaczyki, jeden na 2 godziny przed spaniem, drugi bezpośrednio. Leczenie takie można stosować przez cały tydzień bez obawy zatrucia, poczem następuje tydzień przerwy, wśród której używa się innych środków nasennych (sulfonal, tryonal) i tak dalej naprzemian. Sen zwykle bywa spokojny i pokrzepiający. Baczną atoli uwagę należy zwracać na możebne bóle głowy lub nudności, mogące nad ranem wystąpić u chorego, w takich przypadkach zaprzestać podawania nitrogliceryny. Z stosowania naparstnicy nie wiele spodziewać się można. *Dr. Henryk Pisek.*

Fisch (Odessa). **Przyczynek do kazuistyki nabytych zmian na zastawkach tętnicy płucnej.** (*Russkij archiw patołogii*, 1900. T. X, z. 2). Autor spostrzegał przypadek wrzodziejącego zapalenia zastawek tętnicy płucnej (*endocarditis ulcerosa*) u 18-letniej kobiety. Oprócz duszności i znacznych obrzęków stwierdzono za życia: powiększenie serca, szczególnie prawej połowy, w drugim przestworze międzyżebrowym po stronie lewej dwa szorstkie szmery (skurczowy i rozkurczowy), nad koniuszkiem serca jeden miękki szmer skurczowy, drugi ton nad tętnicą główną zaostrzony, białkomocz, gorączka. Rozpoznanie brzmiało: niedomykalność zastawki dwudzielnej i niedomykalność (a prawdopodobnie i zwężenie) ujścia tętniczego prawego. Przy sekcyi stwierdzono na lewej półksiężycowatej zastawce tętnicy płucnej owrzodzenie, na przedniej skrzep, wielkości jaja gołębiego; na zastawce dwudzielnej zwapnienia. Oprócz dawniej zestawionych przez Bariégo, zebrał autor z piśmiennictwa jeszcze 12 przypadków nabytych zmian w ujściu tętniczem prawem. *Z*

Moser: **Przyczynek do sposobu wykazania krwinek czerwonych w plamach krwawych.** (*Vjschr. f. g. M.* T. XX. Z. II. 1900). Wychodząc z założenia, że pierwszym warunkiem przy badaniu plam krwawych, tak w stanie świeżym, jak i zaschniętych, powinno być staranie o jak najdokładniejsze zachowanie kształtów krwinek czerwonych, zaznaczając słusznie, iż dotychczasowe sposoby, mające przygotować plamę do badania mikroskopowego, warunkowi temu zadosyć nie czynią, rozpoczął autor badania w tym kierunku, a najlepiej do celów tych nadają się według niego następujące sposoby.

W przypadkach badania krwi płynnej lub plam świeżych jeszcze nie zaschniętych, używa Moser płynu, zaleconego przez Kaiserlinga do przechowywania preparatów w następującej modyfikacyi: *Formal. 5·0*, *Kali acet. 5·0*, *Kali nitr. 2.0*, *Aquae dest. 250·0*, mieszając badać się mającą krew z płynem w stosunku 1 : 4. Pozostawiwszy krew $^1/_4$ g. w płynie, bierze kropelkę na szkiełko przedmiotowe, poczem podbarwia preparat wodnym rozczynem eozyny. Przy tym sposobie postępowania występuje według autora wyraźnie budowa krwinek, dozwalająca je nietylko jako takie rozpoznać, ale z uwagi na wyraźne wystąpienie niektórych szczegółów, mogąca posłużyć także do rozróżnienia przy pomocy pomiarów krwi ludzkiej od zwierzęcej. I tak, podczas kiedy w krwinkach czerwonych z krwi ludzkiej występuje wyraźnie zagłębienie w ich środku, przyczem brzeg jest wązki, różowy lub brunatno-czerwony, to w krwinkach z krwi zwierzęcej zagłębienia owego prawie się nie zauważa, brzeg zaś jest znacznie szerszy, a przez barwienie występuje jeszcze silniej różnica w wielkości. Sposób powyższy nie nadaje się przy badaniu śladów krwi zasuszonej; w tych przeto przypadkach postępował autor inaczej. Gdy miał do czynienia ze śladem zasuszonym, na przedmiocie twardym, nieprzepuszczalnym, działał na niego stosownie do grubości warstwy przez $^1/_2$—2 g.mieszaniną wyskoku i eteru; w przypadkach zaś, w których ślad znachodził się na przedmiotach takich jak papier, płótno, drzewo i t. p., krajał je na drobne kawałeczki, poczem wkładał do wyżej wspomnianej mieszaniny, i nie czekając wyparowania wyskoku i eteru, zdejmował ostrożnie ostrym nożem najcieńsze warstwy krwi i wkładał je do 3-go płynu Kaiserlinga, w którym zmniejszał ilość *Kali acetici (Aquae dest. 100·0, Kali acet. 10·0 Glycerini 20·0)*, wreszcie rozprzestrzeniał ostrożnie na szkiełku przedmiotowem i dodawał nieco wodnego rozczynu eozyny. We wszystkich przypadkach, w których wogóle jeszcze krwinki czerwone się znachodziły, można je było doskonale rozpoznać.

W końcu zwraca autor na jednę jeszcze okoliczność uwagę, twierdząc, że przy jego sposobie badania zasuszonych plam, nierzadko daje się odpowiedzieć na pytanie, czy ślad krwawy pochodzi z ustroju żywego, czy też trupa. Jeśli krew, wzięta z osobnika żywego, zasuszymy i będziemy ją badać sposobem autora, spostrzeżemy, że krwinki ułożone będą w kształcie rulonów, podczas kiedy krew z trupa po zasuszeniu przedstawia pod mikroskopem bezkształtną masę, w której tylko tu i ówdzie napotka się krwinkę czerwoną. *Horoszkiewicz.*

Richter: **O kryształkach heminy.** *(Vjschr. f. g. M.* T. XX. Z. I. 1900). Autor starał się dociec przyczyny trudności, na które często trafia dodatni wynik próby heminowej; w tym celu badał pojedyncze okresy tworzenia się kryształków; według niego można tworzenie się kryształków heminy podzielić na 4 okresy: 1. rozpuszczenie materyału, przeznaczonego do badania, względnie krwi; 2. przemienienie barwika krwi w hematynę; 3. wprowadzenie chloru w drobiny hematynowe; 4. krystalizacya. W każdym z tych czterech okresów mogą się przydarzyć przeszkody, które spowodują ujemny wynik próby. Najczęstszą i najważniejszą przeszkodą wykazania hematyny w śladach krwawych jest trudność, z jaką rozpuszczają się owe ślady. Ta trudna rozpuszczalność, a szczególnie mała rozpuszczalność w kwasie octowym, polega przeważnie na przemianie hemoglobiny w hematynę. Wiek plamy krwawej, jakoteż jakość przedmiotu, na którym ona się znajduje, nie są bez wpływu na ujemny wynik próby; od tych bowiem czynników zależną lub przyspieszoną bywa przemiana hemoglobiny w hematynę. Wytworzenie się hemochromogeny wpływa również ujemnie na wynik dodatni próby; to ostatnie zauważa się czasem przy działaniu kwasem octowym na stare plamy. W tych przypadkach powinno się zamienić hemochromogenę w hematynę, zanim się przystąpi do wykonania próby. *Horoszkiewicz.*

V. Chlumsky: **O uruchomianiu stawu stężałego.** (ankylosis). *(Ctrbl. f. Chir.* 1900 Nr. 37). Każdy, kto choćby raz zamierzał przywrócić ruchomość w stanie zesztywniałym, wie, jak trudno osiągnąć wynik choćby zadawalniający. Ch. podjął tedy szereg doświadczeń na zwierzętach, chcąc znaleźć sposób o ile pewny, o tyle i dobry w zamierzonym wyniku. Biorąc analogię z niektórych metod, zalecanych ku utrzymaniu ruchomości w stawie szczęki dolnej, wycinał staw kolanowy u psów, a między okrwawione powierzchnie okostne wkładał płytki z rozmaitego wsysalnego lub trwałego materyału. Głównie robił doświadczenia z płytkami (różnej grubości) z magnezyi i z celuloidu. W każdym mniej więcej przypadku dochodził po pewnym czasie do wyników zadawalniających w tym stopniu, że nie waha się zalecać tę metodę i rokuje jej nie małą przyszłość. (Jeżeli jednak weźmiemy w rachubę, że doświadczenia swoje robił na stawach zupełnie zdrowych, a po operacyi puszczał zwierzęta wolno bez żadnego opatrunku, może raczej wypadnie przypuścić, że u ludzi w odpowiednich przypadkach rzecz pójdzie nie tą pożądaną drogą, lecz najpierw pod wpływem przebytej sprawy chorobowej, potem pod wpływem ciągłego ucisku, powstanie ropienie wokoło ciała obcego, przeciw któremu występując, trzeba będzie wyjąć płytkę, nie wsysającą się, potem zaś, po tej operacyi powróci pierwotne stężenie. *(Przyp. ref.).* *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Prof. Loewy (Berlin). **Przyczynek do działania johimbiny** *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr 42, 1900). Celem pobudzenia, a względnie podniecenia, zdolności spółkowania używają osadnicy niemieccy w południowo-zachodniej Afryce odwaru z kory drzewa zwanego Yumbehoa, osiągając tym sposobem wcale zadowalniające skutki. Autor, chcąc dociec, czy odwar ten istotnie korzystnie wpływa na czynność narządu płciowego, postarał się o przetwór chemiczny z wspomnianej kory i przeprowadził szereg badań na kotach i psach. Wstrzykując tym zwierzętom pod skórę wodny roztwór (1 : 500) tego przetworu, znanego pod nazwą johimbina, w ilości $2^1/_2$—3 ctm.^{3}, czyli 0,005—0,01 substancyi, otrzymywał, obok objawów ogólnego odczynu, także bardzo charakterystyczne zmiany w narządzie płciowym: jądra obrzmiewały i twardniały, pojawiało się silne przekrwienie i następowy wzwód prącia. Wprawdzie nie zdołał autor zauważyć, czy obok tego była także podniecona chuć płciowa, atoli u ludzi miałoby to już podrzędniejsze znaczenie, albowiem chuć jest w tym przypadku zupełnie niezawisłą od zdolności (potentia) spółkowania. Wreszcie dodać należy, że johimbina w powyższych dawkach wcale nie wpływała drażniąco na nerki — zaleta, któraby ją korzystnie różniła od przetworów muszek hiszpańskich (kantarydyny).

Dr. Henryk Pisek.

Leczenie padaczki według Laudenheimera *(Die Therapie d. Gegenwart,* Nr. 7, 1900) odbywa się w naszych czasach przetworami bromu, lub też jego surogatami.

Ustrój ludzki może bez szwanku nagromadzić w sobie bardzo nawet znaczną ilość bromu. Jeden z pacyentów autora, który zażywał po 10·0 dziennie bromku sodowego, dopiero po upływie 3—4 tygodni począł wydalać z ustroju taką ilość tej soli bromowej, której w ciągu 8 dni zatrzymał w sobie 45,0. Na stopień nasycenia ustroju bromem wpływa nietylko ilość jego codzienna, lecz i osobnicza wrażliwość ustroju. Słabe objawy bromicy nie powinny stanowić przeciwwskazania do dalszego stosowania bromu; zniknięcie odruchu połykowego nie jest bezwzględnym zwiastunem nastania groźnych zaburzeń; o wiele więcej niepokojącym objawem jest znieczulenie rogówki, jeśli się utrzymuje dłużej, niż dwa lata. Autor uważa zwyczajną dzienną dawkę bromku sodowego, 2,0—4,0 za małą i sądzi, że niżej 6.0 nie należy polecać. Według tego badacza nie posiadamy niezbitego dowodu, ażeby bromki: strontu, cezu i rubidu były mniej trujące, niż bromek sodowy, potasowy i t. d., jak to niektórzy utrzymują. Z nowszych przetworów bromu Laudenheimer zastanawia się nad bromaliną i bromipiną. Według osobistego doświadczenia autora bromalina nie nadaje się do leczenia ciężkich przypadków padaczki, gdyż chorzy wzbraniają się przyjmować tak wielkiej ilości tego leku (20,0 = 8,0—10,0 BrNa), ze względu na znaczną objętość i przykry smak; natomiast w lżejszych postaciach padaczki bromalina dobre oddaje usługi. Bromipina zawiera w sobie 10% bromu; należy jej polecać przynajmniej dwie łyżki stołowe dziennie; chorzy znoszą dobrze do 4 łyżek bromipiny, a autor po jej stosowaniu nigdy nie stwierdził bromicy; natomiast efekt leczniczy bromipiny jest słabszy, niż soli bromowych. Dobrą stroną bromipiny jest to, że wraz z bromem wprowadza się znaczną ilość oleju łogowego (*ol. Sesami*), co ma znaczenie dla chorych wycieńczonych, a przytem jest jedynym przetworem bromowym, który może służyć do podskórnych wstrzykiwań. Z połączeń bromu z innymi przetworami przeciwpadaczkowymi wymienia Laudenheimer następujące metody lecznicze: Flechsiga (brom z makowcem), Moeli (brom i atropina), Bechtierewa (brom i gorzykwiat *[adonis]*), Gowersa (brom i naparstnica).

Z gromady surogatów bromu kładzie autor na pierwszem miejscu wodnik chloralu, mianowicie w przypadkach, kiedy chory nie znosi większych dawek bromu; w tych razach np. po dwóch łyżkach w ciągu dnia bromu doradza zalecić jedną dawkę chloralu. *Extr. fl. piscidiae erythrinae* daje dobre wyniki w przypadkach lekkich (5 do 15 łyżeczek od kawy dziennie). *Amylenhydrat* zaleca autor w napadzie padaczkowym, 5.0 na raz, a jeszcze lepiej w lawatywie. *A. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 3 października 1900.

Przewodniczy kol. prof. Wachholz.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Wachholz zdaje sprawę z działalności Komitetu Towarzystwa w czasie wakacyjnym. W czasie tym odbył się IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, jeden z najliczniejszych i najświetniejszych tak formą, jak i treścią, w którym, jak to wykazuje sprawozdanie z poszczególnych sekcyi, brali czynny i żywy udział członkowie Towarzystwa. Towarzystwo reprezentowała osobna deputacya w czasie przejazdu Monarchy przez Kraków.

Towarzystwo straciło w ostatnich dniach długoletniego członka w osobie śp. prof. Zarewicza, który pracą swą, już to jako członek, już też jako zastępca przewodniczącego, sekretarz stały i skarbnik zajął wybitne miejsce w historyi Towarzystwa. Obecni uczcili pamięć zacnego i prawego Kolegi przez powstanie.

III. Kol. Gliński przedstawia 3 okazy wrzodu okrągłego, stanowiące niejako 3 okresy rozwoju tego cierpienia. W przypadku 1ym, dotyczącym 18-letniej dziewczyny, wrzód dwunastnicy przebiegał za życia niepostrzeżenie i chora zwróciła się o poradę lekarską z powodu ropnia pozapołykowego; po nacięciu tego ropnia, chora czuła się zupełnie dobrze, gdy niespodziewanie wystąpił silny zapad i mimo natychmiastowej pomocy lekarskiej, chora rychło zmarła; badanie pośmiertne prócz dobrze gojącego się ropnia pozapołykowego wykazało na tylno-górnej ścianie dwunastnicy, tuż poniżej odźwiernika, owrzodzenie wielkości grosza o wszelkich cechach świeżego wrzodu okrągłego; wrzód ten drąży przez wszystkie warstwy dwunastnicy i przebija się do jamy brzusznej, w której znaleziono dość obfitą ilość treści pokarmowej; zmian zapalnych na otrzewnej nie znaleziono i tylko w bezpośredniem otoczeniu wrzodu, widoczne były bardzo drobne i delikatne naloty włóknikowe.

Okaz 2-gi pochodzi ze zwłok 46-letniego mężczyzny, u którego badanie pośmiertne wykazało obecność wrzodu okrągłego na tylnej ścianie żołądka w okolicy krzywizny małej, bliżej ku odźwiernikowi; wrzód ten wielkości korony posiada brzegi twarde, bliznowaciejące, drąży prawie do otrzewnej, w którem to miejscu żołądek jest silnie pozrastany z otoczeniem; wrzód ten przedstawia cechy wrzodu już starszego, okazującego skłonność do bliznowacenia. I w tym przypadku za życia wrzód ten nie dawał objawów, mimo że na stan żołądka zwracano baczną uwagę ze względu na jednoczesne zmiany nowotworowe w wątrobie.

Okaz 3-ci, znaleziony w zwłokach 55-letniej kobiety, przedstawia cechy już bardzo starej blizny po wrzodzie okrągłym, usadowionym na przedniej ścianie żołądka bliżej ku odźwiernikowi; wrzód ten przebiegać musiał przewlekle, gdyż dał powód do silnych zrostów między żołądkiem a otoczeniem, przebił się do poprzecznicy, dzięki czemu wytworzyła się przetoka żołądkowo-poprzecznicza, wreszcie spowodował klepsydrowate przewężenie żołądka. Objawy kliniczne za życia przemawiały za rakiem żołądka.

Okazy powyższe przedstawiają pewien interes ze względu na jednoczesne zestawienie różnych okresów jednej i tej samej, bądź co bądź dość rzadkiej sprawy chorobowej, nie pozbawione są jednak interesu i z innych względów: 1) usadowienie tych wrzodów jest dość niezwykłe: w jednym przypadku w dwunastnicy, w drugim na przedniej ścianie żołądka; 2) przebieg za życia był również niezwykły (w 2-ch przypadkach nie dawały one żadnych objawów, w trzecim obraz kliniczny przemawiał za rakiem żołądka); 3) zejście wreszcie również nie należy do codziennych: w jednym przypadku (1) ostro przebiegający wrzód przebił do jamy brzusznej, powodując prawie nagłe zejście śmiertelne bez zmian zapalnych na otrzewnej; w drugim (3) natura spełniła rolę chirurga, tworząc sztuczne połączenie między żołądkiem, a jelitami i myląc się, że się tak wyrazimy, tylko co do wyboru odpowiedniego odcinka jelit. Przy sposobności zwraca prelegent uwagę na fałszywe zazwyczaj tłómaczenie sposobu powstawania wrzodów okrągłych w dolnej części przełyku; zwykle trawiący wpływ przypisujemy tutaj kwaśnej treści żołądkowej, dostającej się do przełyku przy wymiotach. Na podstawie badań histologicznych przełyku z ostatnich czasów, a przedewszystkiem prof. Schaffera, sprawa ta przedstawia się odmiennie, a zarazem znacznie prościej: trudno przypuścić, aby cofająca się z żołądka kwaśna treść mogła pozostawać dłużej w przełyku, co jest niezbędne do zadziałania na błonę śluzową. Otóż badania Schaffera i innych wykazały, iż w ścianach przełyku (i to zarówno w częściach górnych, jako też środkowych i dolnych) dość często spotykamy odcinki o budowie błony śluzowej żołądka z typowymi gruczołami trawieńcowymi, które i tutaj widocznie wytwarzają kwas solny, w ten sposób nie cofająca się z żołądka kwaśna treść, lecz wytwarzający się na miejscu w przełyku kwas solny jest jednym z czynników umożliwiających powstawanie i tutaj wrzodu okrągłego.

W dyskusyi zabierają głos: kol. prof. Pieniążek tłómaczy nagłą śmierć w przypadku pierwszym przerwaniem się zlepu włóknikowego, jaki się wytworzył na dnie dawniej przebitego wrzodu. Kol. prof. Wachholz opisuje ze swej praktyki sądowo-lekarskiej dwa przypadki wrzodu żołądka, których pęknięciu towarzyszył uraz zewnętrzny. Kol. Doc. Rutkowski dołącza do przypadku kol. Glińskiego dwa przypadki wrzodu dwunastnicy ze swej praktyki. Co do nagłego zejścia śmiertelnego w przypadku pierwszym jest zdania, że przebicie nastąpiło wprost bez wytwarzania się zlepu włóknikowego. Za przyczynę śmierci przyjmuje zapalenie otrzewnej piorunujące i zakażenie posokowate, a nie „shok,“ jak chce kol. Gliński. Z ostatniem zdaniem kol. Rutkowskiego zgadza się kol. prof. Wachholz, który zaznacza, że w medycynie sądowej nie wolno jest rozpoznawać „shoku.“

IV. Kol. prof. Pieniążek opisuje cały szereg przypadków, w których istniały wśród wykonania tracheotomii bardzo wielkie trudności, bądź to z powodu rozległych nowotworów złośliwych gruczołu tarczykowego, uciskających na tchawicę, bądź też z powodu nieprawidłowych zboczeń tchawicy. W niektórych z nich zmuszonym był uciekać się do rozcinania krtani, sposobu, który uważać należy za ostatnią w tych razach ucieczkę.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

8. Chirurgia trzustki. (Dok.)

Ceccherelli (Parma): Chirurgia trzustki obejmuje dziś wszystkie zagadnienia, tyczące się zboczeń w czynności tego narządu, które się objawiają: *a)* obecnością tłuszczu w kale, *b)* cukru w moczu, *c)* wynędznieniem ogólnem, *d)* bronzowem zabarwieniem skóry, *e)* żółtaczką i *f)* bólami.

Całkowite usunięcie trzustki nastręcza wielkie trudności bądź z powodu głębokiego jej usadowienia, bezpośredniego sąsiedztwa z innemi trzewami, wielkiej obfitości naczyń i nerwów, bądź też z powodu ważnej roli, jaką narząd ten odgrywa w czynności trawienia. Że chirurgia trzustki nie stoi jeszcze na tej wysokości, do jakiej doszła chirurgia innych trzew brzusznych, przyczyna tego tkwi w wielkich trudnościach rozpoznawczych, nie dozwalających w większej części przypadków rozpoznać cierpienia trzustki w samym jego początku. Chirurgia ogona trzustki ma w przyszłości większe widoki powodzenia, niż chirurgia głowy tego narządu. Doświadczenia wykazały, że całkowite usunięcie trzustki jest możliwe i nie pozbawia życia zwierząt; niema jednakowoż dotychczas żadnych danych, wskazujących, że zabieg ten możliwym będzie u ludzi w przypadkach, gdzie trzustka jest chorobowo zmieniona i gdzie zmiany chorobowe nie ograniczają się jedynie do niej samej, ale przechodzą także i na otoczenie, n. p. w przypadkach złośliwych nowotworów trzustki.

Zmiany gruźlicze i kiłowe dają wskazanie do częściowego usuwania trzustki, przyczem należy się starać o ile możności o zachowanie jednego z przewodów.

Najczęstszymi guzami trzustki są torbiele, powstające po krwotokach najczęściej urazowego pochodzenia i zawierające wówczas treść krwawą lub torbiele z zadzierżenia (retencyjne). W tych przypadkach zabieg jest wskazany i pożyteczny, a polegać powinien na usunięciu worka torbiela i zeszyciu dokładnem trzustki. Gdy worek usunąć się nie da, należy nacięte jego brzegi wszyć w powłoki brzuszne.

Kamienie trzustkowe należy usuwać, wyciągając je odpowiedniemi narzędziami. Obumarcie miąższu trzustki wymaga zabiegu chirurgicznego, celem usunięcia obumarłych części.

W przypadkach zapalenia trzustki ropnego lub posokowatego należy przeczekać okres ostry i stosować zabieg dopiero wtedy, gdy wystąpi ograniczony ropień. W celu otwarcia ropnia wybierać można różne drogi i tak: *a)* drogę śródotrzewnową (cięcie w linii środkowej brzucha poniżej pępka), *b)* drogę pozaotrzewnową, najlepiej od strony lędźwiowej, *c)* drogę śródopłucnową. Zapalenie przewlekłe, połączone ze znacznem powiększeniem głowy trzustki, prowadzić może z powodu ucisku na przewód żółciowy wspólny i odźwiernik do zaburzeń ze strony wątroby i żołądka. W przypadkach tych zabieg musi być skierowanym nie do trzustki samej, ale do przewodu żółciowego, względnie do żołądka i polegać ma na przywróceniu wolnego przepływu żółci, względnie treści żołądkowej.

W przypadkach przepuklin, których treścią jest trzustka, a które występować mogą po urazach, należy odprowadzić trzustkę na swoje miejsce i dla pewności umocować ją w nadanem ułożeniu przez przyszycie. Gdy wspomniana przepuklina jest usadowiona w przeponie, najlepiej wybierać drogę śródopłucnową. W razie stłuczenia trzustki, gdy krwotok jest duży, wskazany jest zabieg, który polega na okłóciu lub podwiązaniu krwawiących naczyń. Trzustkę wędrującą, którą kilka razy spostrzegano, należy przymocować zapomocą szwów.

W przypadku uwięźnięcia trzustki (invaginatio pancreatis) należy stosować zabieg, — skoro tylko wystąpią cechujące objawy. W razie zatkania przewodu trzustkowego między trzustką a dwunastnicą, można, w celu przywrócenia wolnego wypływu soku trzustkowego, stworzyć sztuczne połączenie między przewodem a dwunastnicą. W przypadkach trzustki pierścieniowatej (pancreas annularis) należy operować, gdy istnieją zaburzenia ze strony żołądka, względnie jelit.

Szew założony przez miąższ trzustki nie wywołuje, podobnie jak szew wątroby, śledziony i nerki, żadnych zaburzeń. Szyjąc przewód trzustkowy, należy uważać, by szew warstwy wewnętrznej był zupełnie zakryty, a to dlatego, by unikać tworzenia się około odsłoniętych nitek złogów soli nieorganicznych.

Mayo Robson (Leeds): Choroby trzustki są częstsze, niż się przypuszcza. Sam R. operował 40 przypadków, spostrzegał zaś znacznie większą ilość chorych, którzy się na zabieg nie zgadzali, lub

też sam ich do operacyi nie nakłaniał, nie spodziewając się pomyślnych wyników pooperacyjnych. W przypadkach ropnia trzustki, najlepiej dostawać się do trzustki od tyłu. Celem łatwego wyszukania przewodu trzustkowego należy naciąć dwunastnicę w części zstępującej i otworzyć koniec przewodu na brodawce. Spostrzegał 50 przypadków raka trzustki w wieku powyżej 40 lat. Guzy trzustki, spotykane w młodym wieku i uważane za raka, nie są nim, lecz są wynikiem przewlekłego zapalenia. Ważną rzeczą jest rozpoznać dokładnie umiejscowienie guza i ocenić, czy zajmuje on głowę, trzon, czy też ogon trzustki. W przypadkach guzów operacya jest często nietylko pożyteczna, ale nawet konieczna i to tak w młodym, jak i starym wieku, zwłaszcza gdy istnieje tylko przewlekłe zapalenie trzustki. W przypadkach raka amputacya trzustki jest tylko wtedy możliwą i wskazaną, gdy guz jest ograniczony i usadowiony w głowie lub ogonie trzustki; lub, co się tylko wyjątkowo przydarzyć może, gdy się operacyę przedsiębierze w samych początkach rozwoju choroby. Z 13 przypadków, w których wykonał z powodu groźnych objawów ze strony wątroby cholecystotomię lub cholecystenterostomię, 9 wyszło i miało dłuższy czas możliwie znośne życie. W przypadkach, które operował z powodu domniemanego raka trzustki, a które do dnia dzisiejszego żyją i dobrze się mają, przyjmuje obecnie tylko przewlekłe zapalenie i ztąd też radzi operować we wszystkich, nie zadaleko posuniętych przypadkach tak w młodym, jak starym wieku. Z 5-ciu przypadków, operowanych z powodu torbieli trzustki, w czterech wykonał tylko nacięcie i wypróżnienie torby. Z tych czterech troje wyzdrowiało; radzi nie używać tego sposobu. Zapalenie trzustki dzieli analogicznie do spraw zapalnych, toczących się w wątrobie (*cholangitis infectiosa v. suppurativa*, *hepatitis interstitialis chronica)* na 1) sprawy zapalne, toczące się w przewodach trzustki (*pancreoangitis infectiosa vel suppurativa*) i na 2) sprawy zapalne, toczące się w tkance śródmiąższowej (*pancreatitis interstitialis chronica)*. Im więcej się zdolność rozpoznawcza wydoskonali, tem łatwiej będzie rozpoznać wspomniane choroby i tem ściślej będzie się je różniczkować. Na razie dzieli choroby zapalne trzustki na: zapalenie trzustki ostre, ropne, krwotoczne i zgorzelinowe. Obok zakażenia drobnoustrojowego w etyologii ostrych zapaleń trzustki odgrywają rolę czynniki tego rodzaju, jak nieżyt żołądkowo-dwunastnicowy, zranienia trzustki, kamienie trzustkowe i żółciowe. Droga, którą się zakażenie przedostaje, jest najczęściej ujście przewodu trzustkowego. Z 4 przypadków ropnia trzustki dwa, operowane od strony lędźwiowej, wyzdrowiały, dwa zaś, operowane od przodu, zakończyły się niepomyślnie. Zapaleniu przewlekłemu trzustki, połączonemu z zapaleniem przewodu trzustkowego i jego ujścia, towarzyszą prawie z reguły kamienie żółciowe w przewodzie wspólnym. Z 3 przypadków zapalenia trzustki krwotocznego wszystkie były pochodzenia urazowego. Kamienie trzustkowe są rzadkością i dają się rozpoznać jedynie z objawów towarzyszącego zapalenia trzustki, lub z okazyi równoczesnego zatkania przewodu żółciowego wspólnego. W przypadkach kamieni radzi nacinać dwunastnicę w części zstępującej.

Michaux (Paryż) miał przypadek pęknięcia trzustki po urazie. Nie mogąc założyć szwu, zastosował kleszcze hemostatyczne i tamponadę, chory umarł. Na tej podstawie sądzi, że chirurgia w przypadkach urazowych pęknięć trzustki nie wielkie ma widoki. Co się tyczy raków trzustki, to te znajdują się zwykle podczas operacyi w takim stanie, że o usunięciu ich mowy być nie może. Dwa operowane przez niego przypadki zakończyły się niepomyślnie.

Boeckel (Strassburg) jest zdania, że zranienia trzustki wskutek dużych krwotoków i równoczesnych zranień sąsiednich trzew, kończą się w krótkim czasie śmiercią. Z 10 znanych przypadków 8 zmarło. Jedyną pomocą w tych razach jest tamponada. O wyszukaniu krwawiących naczyń i podwiązaniu ich mowy być nie może. Operacya torbiela trzustki jest łatwą, gdyż guz jest zwykle uniesiony w górę i ztąd nacięcie jego nie przedstawia prawie żadnych trudności. Operacye w przypadkach zmian w samym miąższu trzustki nie mają wielkich widoków, a to raz z powodu głębokiego usadowienia tego narządu i bezpośredniego sąsiedztwa z wielkiemi naczyniami, a powtóre z powodu, iż wycinać można zaledwo małe części gruczołu, gdyż zupełne jego usunięcie prowadzi do śmiertelnie kończącej się cukrzycy.

Villar (Bordeaux) opisuje dwa przypadki guza trzustki, w których wykonał laparotomię, jednakowoż dopiero nekroskopia wyjaśniła, z czem się miało do czynienia. Niektóre podprzeponowe ropnie biorą początek z trzustki. W przypadkach nagłej śmierci, w których bóle przechodziły z lewego boku ku prawemu i ku talerzowi biodrowemu, należy myśleć o udarach trzustki; w przypadkach zaś, gdzie bóle rozpromieniają się od żołądka ku kręgosłupowi i gdzie występuje stłumienie między żołądkiem a poprzecznicą, należy myśleć o guzach trzustki.

Usunięcie worka torbiela nasuwa często wielkie trudności; — wtedy należy się ograniczyć do samego ich nacięcia. Guzy dobrotliwe dają się łatwo usuwać, podobnie jak złośliwe, ale ograniczone do ogona lub trzonu trzustki; złośliwe nowotwory głowy trzustki nie zawsze się dają usunąć.

Subboticz (Belgrad) operował przypadek zapalenia trzustki krwotocznego. Badanie anatomiczne wykazało, że zapalenie przewlekło trzustki, jakie się po urazie wywiązało, doprowadziło następnie do zwężeń i zupełnego zarośnięcia przewodów, z następowem ich rozszerzeniem, dającem obraz wielokrotnych torbieli, z których jeden był wielkości główki dziecka. (C. d. n.).

* * *

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 7 kwietnia 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

I. Uwolniono kol. A. B. i F. od zaległej wkładki na rok bieżący.

II. Pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie odezwy Izby, dotyczącej posad lekarzy kolejowych na przestrzeni Chabówka-Zakopane i pismo c. k. Ministerstwa wojny w sprawie wynagradzania lekarzy cywilnych, powołanych do czasowego zastępstwa lekarzy wojskowych, przyjęto do wiadomości, jak również i pismo, zawiadamiające o zawiązaniu się Stowarzyszenia lekarzy wiedeńskich.

Sprawę wystawiania świadectw w przypadkach uszkodzeń, poruszoną pismem Izby bukowińskiej, poruczono kol. Walczyńskiemu z prośbą, by na posiedzenie pełnej Izby wygotował referat w tym duchu, że lekarze winni wystawiać podobne świadectwa tylko na żądanie Towarzystwa ubezpieczającego i to za odpowiedniem wynagrodzeniem ze strony Towarzystwa. Uchwała ta ma także dotyczyć lekarzy, będących w stałym stosunku służbowym do pewnych instytucyj (n. p. kolejowych) w przypadkach, dotyczących członków tej instytucyi.

III. Udzielono zapomogi: mag. chir. S. B. 100 koron, wdowie po lekarzu T. K. 50 koron.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 21 kwietnia 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Kohn i Dr. Trzebicky.

I. Uchwalono odpowiedzieć na pismo Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w sprawie zwrotu wkładek za członków tejże Izby, praktykujących podczas sezonu kąpielowego w obrębie Izby zachodnio-galicyjskiej w tym duchu, że Izba uprasza o zwrot wkładek za lata ubiegłe, a co do uchwalenia pewnego ryczałtu w myśl uchwały V wiecu Izb na lata przyszłe, wstrzymuje się Izba aż do ratyfikowania uchwał wiecu.

II. Wskazówki dla lekarzy przy zawieraniu umów z kasami chorych, przysłane przez Izbę dolno-austryacką, oddano do referatu Drom Łazarskiemu i Trzebickyemu z przybraniem Dra Różeckiego.

III. Pismo S. P. w sprawie szczepienia ospy odesłano autorowi z tem nadmienieniem, że sprawa ta nie wchodzi w zakres działania Izby.

IV. Nad listem otwartym Docenta Dra Bossowskiego w sprawie pokrycia niedoboru w kasie Izby przeszedł Wydział do porządku dziennego.

V. Uchwalono umieszczać uchwały Izby i protokóły

posiedzeń, oprócz w *Przeglądzie lekarskim*, także w *Aerztekammerblatt.*

PROTOKOŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 3 maja 1900.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Dr. Walczyński i Trzebicky.

I. Uwolniono 2 kolegów od wkładek.

II. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby w dniu 16 czerwca i ułożono porządek dzienny dla tegoż posiedzenia. Gdy na temże posiedzeniu miała zapaść ratyfikacya uchwał wiecu Izb, odbytego w dniu 13 i 14 października 1899 r. w Baden, uchwalono co do niektórych punktów nie przyłączać się w zupełności do tych uchwał, a mianowicie w sprawie partactwa lekarskiego (punkt 2) wstrzymać się na razie od uchwalenia pierwszej części, dotyczącej t. zw. „Naturheilverfahren", jako u nas nieaktualnej. W sprawie udzielania zaś koncesyi na wykonywanie praktyki lekarskiej przez nielekarzy, uchwalono zgodzić się w zasadzie z uchwałą wiecu, wstrzymać się jednakże od wnoszenia jakiegokolwiek memoryału aż do chwili, gdyby się Izba o podobnym fakcie, zaszłym w obrębie Izby naszej, dowiedziała.

III. Sprawę wynagrodzenia lekarzy przez strony prywatne (punkt 5) uważa Wydział w naszych stosunkach za niedającą się unormować.

IV. W sprawie upłacania wkładek przez lekarzy do Izby (punkt 7) uchwalono zgodzić się na część 1 i 2, dotyczącą kwartalnego obliczania wkładek i płacenia przez lekarzy, zmieniających swą siedzibę w ciągu roku, wkładki do tej Izby, w której obrębie praktykowali z początkiem roku kalendarzowego; natomiast, co do punktu 3, dotyczącego lekarzy kąpielowych, uchwalono trzymać się dotychczasowej praktyki.

V. Na uchwałę wiecu, dotyczącą lekarzy, zwłaszcza dentystów wędrownych (punkt 10), uchwalono nie zgodzić się.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 8 listopada 1900.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol prof. Kader przedstawił pięć rzadkich przypadków z kliniki krakowskiej: 2) kol. Dr. Lewkowicz miał odczyt: »O etyologii zapaleń mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego, na podstawie spostrzeżeń, dokonanych w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego. Odczyt ten, który wywołał ożywione rozprawy, uzupełnił prelegent demonstracyą preparatów i hodowli.

— W ubiegłym tygodniu odbyły się ostatnie posiedzenia ściślejszego i obszerniejszego Komitetu gospodarczego IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Na posiedzeniach tych odczytano reskrypt Namiestnictwa, zawiadamiający, że Cesarz Franciszek Józef polecił IX. Zjazdowi wyrazić swe Najwyższe podziękowanie za przesłane Mu przez Zjazd wyrazy hołdu. Następnie po odczytaniu innych jeszcze podziękowań i pism gratulacyjnych, przedstawił przewodniczący Komitetu prof. Kostanecki, ostatnie dokonane czynności, jak rozesłanie Nr. 5 »Dziennika« Zjazdu i t. d., poczem skarbnik, Dr. Gwiazdomorski, zdał sprawę z obrotu funduszami, a redaktor »Dziennika,« Doc. Dr. Raczyński, złożył sprawozdanie z tego wydawnictwa. Komisya rewizyjna. złożona z prof. Dr. Łazarskiego i prof. Dr. Żórawskiego, znalazłszy księgi i rachunki we wzorowym porządku, wniosła dla obu sprawozdawców absolutoryum i podziękowanie, które uchwalono. Dyrektor Wystawy przyrodniczo-lekarskiej, Dr. Śliwiński, oświadczył, że rachunki Wystawy nie mogły być dotąd ukończone i że w swoim czasie przedstawi je Komisyi rewizyjnej, względnie delegacyi Zjazdów. W ten sposób ukończywszy swoje urzędowanie, rozwiązał się Komitet gospodarczy, składając tok spraw w ręce Delegacyi Zjazdów, która już rozpoczęła starania, aby uchwały IX Zjazdy mogły wejść w życie.

* Doc. dr. Wiktor Wehr mianowany został prof. nadzwyczajnym chirurgii w Uniw. lwowskim.

* Dnia 1 listopada odbył się wykład habilitacyjny Dra Stanisława Maziarskiego, asystenta przy katedrze fizyologii w Uniw. Jagiell. na temat: »O narządach ruchu i elementach kurczliwych.«

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę profesorów Wydziału lekar. we Lwowie i udzielił veniam legendi Dr. Gustawowi Bikelesowi do wykładów w Uniw. lwowskim z zakresu anatomii układu nerwowego.

* Stopień Doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Arminiusz Aleksander Mojmir.

* Grono osób, pragnących uczcić pamięć ś. p. Dra S. Kondratowicza, ofiarowało kwotę 2000 rub. warszawskiemu Towarz. Lekarskiemu z tem, aby kapitał ten stanowił fundusz wieczysty imienia śp. Stanisława Kondratowicza, a odsetki od niego były obracane na kupno książek dla biblioteki Towarzystwa.

* Na Wydziale lekarskim kijowskiego Uniwersytetu wydalono 84 medyków, z powodu niezdania egzaminu półrocznego. Ta kolosalna liczba każe dziennikom miejscowym przypuszczać błędy w programie i kierunku wykładów; nawołują one do zbadania tej sprawy przez wyznaczoną w tym celu komisyę.

* Według sprawozdania Dra Bertarellego w »Riv. d'Igiene e sanita pubblica« śmiertelność z błonicy we Włoszech od czasu wprowadzenia surowicy przeciwbłoniczej zmniejszyła się o dwie trzecie.

* W Trenton (New. Yersey) wydano ostrą ustawę, wymagającą od lekarzy meldowania wszystkich przypadków gruźlicy. Lekarz, któryby nie doniósł władzy o przypadku gruźlicy w ciągu miesiąca od dnia zrobienia rozpoznania, ma być karany aresztem.

* Wydział lekarski Uniw. w Köwenhaven wydał opinię, że nagrodę pieniężną Nobla należy przyznać prof. Finsenowi, jako wynalazcy leczenia tocznia (lupus) światłem.

* W Berlinie wprowadzono już w życie instytucyę »publicznej kuchni dla chorych,« na czele której stoi księżna na Raciborzu.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Thilenius (Strasburg) otrzymał wezwanie na stanowisko profes. nadzw. antropologii i etnologii w Wrocławiu. Dr. Herbitz mian. został profes. anatom. patologii w Chrystyanii. Nadzw. prof. dermatologii w Parmie, Mibelli, mianow. prof. zwyczajnym. Dr. Busch mian. prof. fizyologii w Buffalo. Dr. Jacobi został powołany na katedrę dermatologii do Freiburga.

Krajowa Dyrekcya skarbu nadała posady lekarzy salinarnych: Dr. Tadeuszowi Węclewskiemu w Stebniku; Dr. Romualdowi Baranieckiemu w Kossowie; Dr. Mieczysławowi Kazrlikowi w Bolechowie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Teijeiro, prof. chirurgii w Santiago (Hiszpania). Dr. W. Browning prof. anatomii w Broklynie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Kronice Lekarskiej* Z. 20 Dr. Zawadzkiego I.: Lekarz jako biegły przed sądem. Dr. Bregmanna L.: O padaczce (dok.) W *Medycynie* Nr. 44 Dr. Ołtuszewskiego W.: Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy, oraz obecne jej zadanie (dok.) Dr. Palmirowskiego Wł.: O dżumie ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej (dok.) W *Zdrowiu* (listopad): O kąpielach ludowych, względnie fabrycznych. Dr. Szumlańskiego W.: Kąpiele dla urzędników i robotników kopalni »Jerzy.« Dr. Widera: Kąpiele ludowe w Zagórzu. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 44: Reichmana M.: O leczeniu kamicy żółciowej. Dr. Chodźki W.: Przyczynek do kwestyi objawu paluchowego Babińskiego, oparty na zbadaniu przeszło tysiąca osobników chorych i zdrowych (dok).

Redakcya otrzymała:

Dr. Braun I.: Die Resultate der Behandlung der Tuberculose mit Thiocol (Odbitka w »Klin.-Therap. Wochenschrift« Nr. 38, 1900).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 17 Listopada 1900. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych.

Podał

Dr. Aleksander Rosner

Doc. Uniw. Jagiell., profesor szkoły położnych.

Na VII-mym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1895 poruszyłem sprawę zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych ginekologicznych, a mianowicie jajnikowych, trąbkowych i macicznych [1]). Uczyniłem to dlatego, że 1° używany powszechnie sposób podwiązywania szypuł *en masse* jedną lub kilku podwiązkami wydawał mi się niechirurgicznym, nie zasługującym z teoretycznego stanowiska na uznanie, a 2° że, zestawiając wyniki po operacyach guzów brzusznych, wyniki, dotyczące stanu zdrowia pacyentek w kilka tygodni po zabiegu, doszedłem do przekonania, że pozostawiają one wiele do życzenia. Który z tych dwóch względów jest ważniejszy, nie będę się spierał. Biorąc rzecz ze stanowiska teoretycznego, akademickiego, musimy wymagać od chirurga, ażeby umiał wytłómaczyć i usprawiedliwić potrzebę wszystkiego, co podczas zabiegu przedsiębierze; a wszystko to powinno zdążać do jednego celu, t. j. do osiągnięcia dobrego wyniku chwilowego i ochronienia chorej od jakichkolwiek powikłań po operacyi. Czasem (nie chcę temu przeczyć) akademickie, zupełnie zresztą słuszne stanowisko, nie da się pogodzić ze względami praktycznymi i wówczas powstają spory, tworzą się obozy operatorów, z których każdy ze swojego punktu widzenia ma zupełną racyę. Taki spór toczył się przed kilkunastu laty, kiedy w myomotomii zaczęła sobie zdobywać prawo obywatelstwa metoda śródotrzewnowa (intraperitonealna), broniona z początku wywodami teoretyczno-chirurgicznymi przeciw metodzie zaotrzewnowej (extraperitonealnej), powołującej się na liczby wyleczeń. Walka ta trwałaby zapewne dłużej, gdyby całkowite wyjęcie macicy przez pochwę, lub przez jamę brzuszną, nie było usunęło wraz z kikutem troski o jego zaopatrzenie.

A teraz zadajmy sobie pytanie, czy zwykły, powszechnie używany sposób podwiązywania szypuł guzów kobiecych *en masse* z tego lub owego stanowiska da się usprawiedliwić. Że jest powszechnie używany, z nielicznymi chyba wyjątkami, tego dowodzi piśmiennictwo, a mianowicie podręczniki nawet najnowsze, które opisują dokładnie tylko ten jeden sposób, wspominając zaledwie pobieżnie o innych. Hegar [2]) w ostatniem wydaniu swojego dzieła o operacyach ginekologicznych wspomina tylko dla interesu historycznego o różnych polecanych metodach, dodając, że tylko podwiązywanie *en masse* szypuły zdołało się utrzymać i jest obecnie wszędzie w użyciu. Pfannenstiel w podręczniku Veita [3]) wspomina też mimochodem o tem, że niektórzy operatorowie podwiązują poszczególne naczynia kikuta i przytacza między innemi nazwiska Pozziego, Napiera i Albana Dorana. Czyni to takie wrażenie, jak gdyby wspomniani autorowie porzucili byli podwiązywanie szypuły *en masse*. Tymczasem Pozzi [4]) w podręczniku swoim, a Napier [5]) w osobnym artykule, opisując dokładnie bieg operacyi, zalecają podwiązywanie szypuły w całości kilku podwiązkami, a tylko dodatkowo zamykają i podwiązują światła naczyń po przecięciu szypuły na przekroju widzialnych. Alban Doran, którego pracy znaleźć nie mogłem, był tak uprzejmy, że w liście z d. 30 września b. r. odpowiadając na odnośne pytanie, opisuje i ilustruje swój sposób operowania. Podwiązuje on w sposób nieco odmienny szypułę, w każdym razie jednak *en masse*, a tylko w niektórych przypadkach, jeśli tętnice na przekroju szypuły są grube, podwiązuje je cienkim jedwabiem. Wynika z tego, że autorowie, przytoczeni przez Pfannenstiela, zabezpieczają się wprawdzie przez podwiązanie poszczególnych naczyń przed krwawieniem, nie mniej jednak hołdują ogólnej zasadzie podwiązywania szypuły, i nie stanowią wyjątku. Zweifel [6]) w swoich wykładach klinicznych zaleca i opisuje tylko jeden powszechnie używany sposób hurtownego podwiązywania szypuły. Również Baldy [7]) w podręczniku, na który złożyło się dziesięciu ginekologów amerykańskich, nie wspomina ani słowem o innym sposobie. Hofmeier [8]) w podręczniku swoim zaleca tylko podwiązywanie hurtowne szypuły, a dla bezpieczeńswa radzi nadto podwiązywać światła przeciętych naczyń, a Bylicki [9]) w swojej ginekologii również tę tylko metodę dokładnie opisuje. Schröder [10]) wspomina oprócz o powszechnie używanej metodzie podwiązywania *en masse*, jeszcze o sposobie Keitha, polegającym

[1]) Rosner: W sprawie zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych. (Pamiętnik VII Zjazdu chirurgów polskich. Kraków, 1896).

[2]) Hegar u. Kaltenbach: Operative Gynaekologie, 1897, p. 357.

[3]) Veit: Handbuch der Gynaekologie. 1898, III, 1 str. 469.

[4]) Pozzi: Traité de Gynécologie. 1892, str. 782.

[5]) Napier: Modern Ovariotomy. British gynaec. Journal, 1898, p. 88.

[6]) Zweifel: Vorlesungen über klinische Gynaekologie, 1892, str. 78.

[7]) Baldy: An american text-book of Gynecology, 1894, str. 602.

[8]) Hofmeier: Grundriss der gynaekologischen Operationen, 1892, str. 358.

[9]) Bylicki: Nauka o chorobach kobiecych, 1894, str. 547.

[10]) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weib. Gesch. 1886, str. 426.

na zwęgleniu szypuły; zaleca jednak tylko metodę podwiązkową, choć wyraźnie podnosi i słusznie ocenia jej wady. Spencer Wells[11]) w wykładach o operacyach brzusznych rozważa jeszcze zalety i wady metody zaotrzewnowej (ekstraperitonealnej) w porównaniu z tą, która dziś niepodzielnie panuje; mówiąc zaś o opatrywaniu szypuły przed jej zapuszczeniem do jamy brzusznej, wspomina tylko o hurtownem jej podwiązaniu, względnie zwęgleniu sposobem Keitha i gwałtownem skręceniu szypuły Mac Leoda. Martin[12]) opisuje dokładnie tylko podwiązywanie *en masse*, którego używa, wspominając pobieżnie o innych sposobach opatrywania szypuły, między innymi o podwiązywaniu poszczególnych naczyń. W ten sposób mają operować Doran[13]), Napier[14]) i Pozzi[15]). Że tak nie jest, że owszem autorowie ci nie zarzucili podwiązywania szypuły *en masse*, wspomniałem wyżej. Schauta[16]) radzi podwiązywać szypułę *en masse* a dla zapewnienia się przed krwotokiem zamykać nadto światła naczyń na przekroju szypuły. O innych sposobach nie wspomina wcale.

To, co przytoczyłem, wystarczy, ażeby stwierdzić, że metoda podwiązywania szypuły *en masse* kilku podwiązkami jest powszechnie używana i że wszelkie inne sposoby są tu i ówdzie wspominane, bynajmniej nie jako równorzędne i równowartościowe, tylko raczej jako osobiste zapatrywania tego lub owego autora, zasługujące na notatkę „drobnym drukiem“ w obszernym, uwzględniającym piśmiennictwo podręczniku. Powtórzmy pytanie, czy to niepodzielne prawie panowanie jednej metody operacyjnej ma swoje źródło w jej zaletach i da się wytłómaczyć ze stanowiska praktycznego chirurga, mającego na oku jedynie dobry wynik operacyjny, lub ze stanowiska teoretycznego, akademickiego? Sądzę, że nie. Powoływanie się na dobre chwilowe wyniki jest nieszczere i niesłuszne. Wszyscy wiemy, że jest to zasługą nie tej lub owej metody opatrywania szypuły, tylko dobrego zastosowania aseptyki, której rozwój przypadł właśnie na czas używania tego sposobu operacyjnego. Zresztą i z punktu widzenia chwilowych wyników możemy sposobowi temu zrobić poważny zarzut: nie zabezpiecza on należycie przed krwawieniem. Krwawienie to powstać może w rozmaity sposób, albo przez to, że podwiązka z pewnej części szypuły zsunie się, albo przez to, że naczynie tętnicze mocą swojej sprężystości cofnie się poniżej linii podwiązek, w głąb szerokiego wiązadła, albo wreszcie dlatego, że operator przekłół igłą Dechampea splot żylny, lub rozdarł go, naciągając szypułę do góry. W pierwszym przypadku powstanie krwotok do wolnej jamy brzusznej, w drugim w tkankę łączną więzu szerokiego *(haematoma ligamenti lati)*, w trzecim powstać może jedno i drugie.

W piśmiennictwie znajdujemy tych przypadków poddostatkiem. Freeman[17]) zmuszony był wkrótce po owaryotomii otworzyć powtórnie brzuch z powodu objawów ostrej niedokrewności; znalazł krwawienie z rozdartego splotu wicinowatego *(plexus pampiniformis)* i szczęśliwie zdołał ocalić gasnące już życie pacyentki. Hauks[18]) przytacza sześć przypadków, dwa swoje i cztery obce, z których cztery skończyły się śmiercią z ostrej niedokrewności, a zaledwie dwa zdołano uratować. Przyczyną krwawienia było zesunięcie się podwiązki. Krasowski[19]) stracił z 21 operowanych 3 chore, z tego dwie z powodu skrwawienia się z naczynia, rozdartego tępą igłą Dechampea. Lawson Tait[20]), mówiąc o krwiakach w tkance łącznej więzu szerokiego, podaje jako częstą ich przyczynę poprzedzający zabieg operacyjny i pisze: „nie jestem w stanie powiedzieć dokładnie, ile takich pooperacyjnych krwiaków widziałem, napewne jednak nie mniej jak 50, a prawdopodobnie 70 lub 80“. Nie wyda nam się to przesadzonem, jeżeli uwzględnimy olbrzymie liczby owaryotomij, dokonanych przez Taita. Penrose[21]) uważa krwawienie, zwłaszcza do tkanki łącznej więzu szerokiego, za zdarzenie częste po owaryotomii. Święcicki[22]) wspomina również o tych krwawieniach i przytacza przypadki Zielewicza i innych. Naturalnie możnaby znaleźć tych przypadków znacznie więcej; nie trzeba jednak zapominać, że większość ich nie została wcale ogłoszoną, zwłaszcza jeśli krwawienie skończyło się śmiercią. Te przypadki krwawień pooperacyjnych muszą iść na karb metody podwiązywania szypuły i usprawiedliwiają, choćby ich nawet było niewiele, troskę o metodę pewniejszą. Nietrudno zrozumieć, dlaczego podwiązywanie *en masse* usposabia do krwawienia. Przecięta szypuła guzów jajnikowych i trąbkowych miewa najczęściej kształt ściętego stożka, szerokiego u podstawy, a wązkiego w miejscu przekroju. Podstawa odpowiada całej szerokości więzu od macicy do ściany miednicy (*ligam. infundibulo-pelvicum*). Wobec tego podwiązki muszą mieć skłonność do zesuwania się ku miejscu przekroju, jako najwęższemu. Zrozumieli to ci operatorowie, którzy radzą przed założeniem podwiązek ścisnąć mocno szypułę kleszczykami i założyć podwiązki w rowek, przez tę manipulacyę powstały. Spaść mogą naturalnie tylko dwie podwiązki skrajne, leżące na wolnych brzegach szypuły — zewnętrznym i wewnętrznym. W przypadkach, w których szypuła jest wązka, są to jedyne podwiązki, które się wogóle zakłada; w każdym razie, choćby się nawet założyło kilkanaście podwiązek, te dwie skrajne są najważniejsze, jeśli nie jedynie ważne, one bowiem zamykają wielkie pnie tętnicze i sploty żylne. Jeszcze łatwiej, niż krwotok do wolnej jamy brzusznej, wytłómaczyć można krwawienie do tkanki łącznej więzu szerokiego, które Lawson Tait tak często spostrzegał. Jeśli szypuła jajnikowa lub trąbkowa nie jest bardzo długa, to guz, który mamy wyciąć, podnosimy mniej lub więcej silnie ku górze poza przecięte powłoki i w ten sposób uprzystępniamy sobie szypułę. Tę naciągniętą szypułę podwiązujemy i przecinamy. Rozumie się, że naczynia tętnicze wyciągnięte okazują skłonność do kurczenia się, do cofania się wgłąb więzadła, z chwilą,

[11]) Spencer Wells: Diagnose u. chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschw. 1878, str 58.

[12]) Martin: Krankheiten der Eierstöcke... 1899, str. 793.

[13]) Doran: l. c.

[14]) Napier: l. c.

[15]) Pozzi: l. c.

[16]) Schauta: Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. 1896, p. 1139.

[17]) Freeman: Lancet, 1887 I p. 1129—1131 (Frommel: Jahresbericht I, 1887).

[18]) Hauks: Amer. Journ. of. Obst. 1892, XLII p. 398 (Frommel Jahresbericht VI. 1892).

[19]) Krasowski: Frommel Jahresbericht VI. 1892, p. 686.

[20]) Lawson Tait Diseases of women. 1889, p. 486.

[21]) Penrose. The American Journ. of obstetrics N. Y. August, 1895. Frommel IX.

[22]) Święcicki: *Nowiny lekarskie*. 1891, Nr. 6, str. 269.

w której je przetniemy. Silne związanie *en masse* w pewnej odległości od miejsca przecięcia może przeszkodzić cofnięciu się naczynia poza linię podwiązek i najczęściej też wystarcza do zabezpieczenia od krwotoku. W innych przypadkach, w których sprężystość naczyń jest wielka, a wyciągnięcie szypuły znaczne, może jedno lub drugie naczynie tętnicze, jeszcze przedtem, nim zdołamy zamknąć jamę brzuszną, cofnąć się poza podwiązkę i wtedy w oczach naszych wytwarza się krwiak. Jeśli na takie wycofanie się poniżej podwiązek potrzeba było więcej czasu, krwiak może się zacząć tworzyć dopiero po operacyi. Niemiłe to zdarzenie pociągnąć może za sobą niedokrewność i opóźnić ostateczne wyleczenie.

Drugiem, groźnem powikłaniem przebiegu pooperacyjnego po laparotomii jest niedrożność przewodu pokarmowego, *ileus*. Jest ono niewątpliwie częstszem, niż to powszechnie przyjmujemy i wystąpić może nietylko w pierwszych tygodniach po zabiegu, ale także i po kilku latach.

Abel[23]) zadał sobie pracę dowiedzenia się o losie 665 osób operowanych i przekonał się, że 9 z nich zmarło z niedrożności przewodu pokarmowego. Do tych samych mniej więcej wynikań doszedł Martin[24]), śledząc los swoich 400 operowanych pacyentek, podobnie jak Spencer Wells[25]), który podaje, że z 1000 osób, które przebyły owaryotomię, zmarło 11 z powodu niedrożności przewodu pokarmowego. Nie chcę bynajmniej twierdzić, że podwiązywanie szypuły, tak jak się je powszechnie wykonywa, było jedyną przyczyną tych nieszczęśliwych przypadków. Przyczyny były różne, przeważnie jednak niedrożność stała w związku ze zrostami jelit, bądź to pomiędzy sobą, bądź też z otoczeniem. Wszyscy autorowie, którzy zastanawiali się nad przyczyną tego stosunkowo częstego pojawiania się niedrożności po owaryotomiach, wymieniają zrosty jelit z kikutem szypuły, jako zdarzenie bynajmniej nie rzadkie. Najsilniej zaznacza to Olshausen[26]) w swojem dziele o chorobach jajnika. Zdaniem jego najczęstszą przyczyną niedrożności po owaryotomii: jest właśnie taki zrost jelita z kikutem szypuły; uważa on to za rzecz tak dalece pewną, że radzi operując w przypadkach tych, nie szukać długo w jamie brzusznej, tylko zwrócić się wprost do szypuły w nadziei, że tam a nie gdzieindziej jest siedziba niedrożności jelita. Hirsch[27]) zestawia 14 przypadków niedrożności po owaryotomii i wspomina również o zrostach kiszki ze szypułą, jako przyczynie tego powikłania. Mówiąc o zapobieganiu tym zrostom przytacza zdanie Schultzego i Elischera, którzy radzili ranę, na przekroju szypuły powstałą, zeszywać. W ogóle z przypadków dokładnie opisanych widać, że jelita mają skłonność do silnego przyrastania do takiego miejsca w jamie brzusznej, które jest pozbawione otrzewnej, które jednem słowem przedstawia ranę. Dlatego stosunkowo często przyrastają jelita, prócz do przekroju szypuły, do rany brzusznej i do miejsc powstałych po przerwaniu zrostów. Słusznie więc twierdzi Nieberding[28]), że takie rany w jamie brzusznej są niebezpieczne i stanowić mogą punkt wyjścia dla niedrożności przewodu pokarmowego. Jak dalece sprawa zrostów otrzewnowych pooperacyjnych i okluzyi jelit zajmowała operatorów, dowodzi dwukrotna wyczerpująca rozprawa na Zjazdach ginekologów niemieckich w latach 1886 i 1895. Ze wszystkich mowców najbardziej stanowczo wskazuje Olshausen[29]) na kikut szypuły, jako najczęstsze miejsce zrostów jelitowych, mówiąc: „wszelkie niepokojące objawy, powstałe przez zrosty po laparotomiach odnosiły się zawsze do zrostu kiszek ze szypułą,“ a w innem miejscu: „we wszystkich przypadkach *ileus*, które widziałem, chodziło zawsze o zrosty kiszek z raną szypuły...“ Wynika ztąd zdaniem Olshausena, że w każdym przypadku, w którym kikut szypuły przedstawia ranę, należałoby postępować według Thorntona, który przytwierdzał kikut powierzchnią ranną do otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem *(excavatio vesico-uterina)* „Das würde aber doch zu weit gegangen sein“ dodaje Olshausen. Bądź co bądź jednak metoda powszechnie używana podwiązywania *en masse* stanowczo za mało troszczy się o ranę, powstałą na przekroju szypuły. Niektórzy tylko autorowie radzą pokrywać ją otrzewną, co z pewnością po założeniu podwiązek *en masse* nie może być rzeczą łatwą, zwłaszcza przy szypułach grubych, mięsistych. Że tak jest rzeczywiście, dowodzi dosłownie przytoczone zdanie Küstnera[30]), który opisuje w ten sposób postępowanie Schultzego: „Zaszywa on brzegi otrzewnowe rany szypuły jajnikowej szwem katgutowym ciągłym o tyle, o ile to jest możliwem po podwiązaniu *en masse* szypuły.“

Ograniczam się do tych uwag i tych przytoczeń z piśmiennictwa, gdyż wystarczają one zupełnie do uzasadnienia zarzutu, że klasyczna i powszechnie używana metoda opatrywania szypuły ułatwia powstanie niedrożności przewodu pokarmowego. Wyraźnie raz jeszcze zaznaczam, że odnosi się to tylko do niektórych przypadków *ileus*, gdyż nieszczęśliwe to powikłanie może powstać i bez udziału szypuły. W każdym razie staraniem naszem powinno być zmniejszenie, o ile to się da, prawdopodobieństwa pojawienia się niedrożności kiszek i z tego punktu widzenia czysto praktycznego nie możemy również usprawiedliwić sławy i uznania, jakiemi się cieszy jedyna dziś prawie metoda opatrywania szypuły.

Poza temi dwoma najsmutniejszemi zdarzeniami, jakie mogą sprowadzić ciężkie schorzenie lub śmierć chorych wcześniej lub później po operacyi, t. j. krwotokiem i niedrożnością, są inne powikłania, niestety jeszcze częstsze i jeszcze groźniejsze, jak ostre zakażenie otrzewnej, które nie stoją w żadnym związku ze sprawą opatrywania szypuły i o których też nie chcę wspominać. Jeśli się jednak starannie bada

[23]) Abel cyt. według Martina l. c. p. 896.

[24]) Martin l. c.

[25]) cyt. według Hirscha Arch. f. Gynaek. t. 32 str. 249.

[26]) Olshausen: Krankheiten der Ovarien 1886 str. 368 »Wird zeitig operirt so muss, sollte man erwarten, gerade der nach Ovariotomien auftretende Ileus günstige Chancen für die chirurgische Behandlung bieten, weil die Wahrscheinlichkeit immer für eine Betheiligung des Stiels beim Zustandekommen der Darmocclusion spricht, der Operatur also von vornherein weiss, an welcher Stelle er die Stenose zu suchen hat.«

[27]) Hirsch: Die Darmocclusion nach Ovariotomie. Arch. für Gynaek. t. 32, str. 247.

[28]) Nieberding: Centralblatt f. Gynaek. 1888. p. 183.

[29]) Olshausen: Verhandl. der deutsch gesell. f. Gynaek. 1886. p. 16.

[30]) Küstner: Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1886 p. 22 „Er vernäht die peritonealen Ränder derselben (der Amputationswunde der Ovarialstiele) mit fortlaufender Katgutnaht so gut, wie das eben bei geschnürten Ovarialstielen möglich ist.“

chore po operacyach brzusznych przed wypuszczeniem z łóżka, zauważyć można, że u niektórych nawet pozornie prawidłowo do zdrowia powracających pacyentek, wytwarzają się w miejscu szypuły opory mniejsze lub większe, mniej lub więcej bolesne, które obejmujemy wspólnem mianem „wypocin kikutowych“ *(Stumpfexsudate)* Opory te pochodzić mogą z różnych przyczyn. Najczęstszą będzie zapewne ta, którą Schauta[31]) uważa za jedyną, to jest zrosty jelit i sieci ze szypułą. Czynią one przy oburęcznem badaniu wrażenie mniej lub więcej rozlanego, bolesnego oporu. Podobnie przedstawiać się jednak mogą i krwiaki szypuły, które Lawson Tait tak często widywał, a które i zdaniem Martina[32]) określane bywają wspólnem dla różnych powikłań mianem wypocin kikutowych. Nie wspominam tu umyślnie o prawdziwych zapalnych wypocinach, które bywają następstwem zakażenia, choć nie wątpię, że podwiązywanie szypuły *en masse,* pozbawiając kawałka kikuta odżywienia, a więc i energii obronnej, żywym i zdrowym tkankom właściwej, stwarza dobre warunki dla rozwoju drobnoustrojów, a więc ułatwia miejscowe zakażenie.

Wypociny kikutowe mogą mieć rozmaite znaczenie dla ustroju i mogą trwać rozmaicie długo. Czasami są bardzo niewinnem powikłaniem przebiegu pooperacyjnego; w innych przypadkach wywołują uporczywe bóle, które nie pozwalają nieszczęśliwej kobiecie dojść do zupełnego zdrowia; czasami sprowadzają różne mniej lub więcej ciężkie objawy ze strony przewodu pokarmowego, a nawet jego zupełną niedrożność. Trwać mogą, jak twierdzi Martin, lata całe po operacyi.

Zachodzi pytanie, czy i o ile metoda powszechnie w użyciu będąca przyczynia się do powstawania tych wypocin. Już *a priori* przypuścić musimy, że podwiązywanie *en masse* nie może tu być bez winy. W powyższym wywodzie starałem się wykazać, że tak krwawienia, a mianowicie krwiaki szypuły, jak i zrosty, są częstem następstwem tej metody; a ponieważ to, co obejmujemy nazwą wypocin kikutowych, jest klinicznym obrazem tych właśnie zrostów i tych krwiaków, przeto logicznie wolno stwierdzić, że podwiązywanie szypuły *en masse* przyczynia się do powstawania tych wypocin. Lepiej jednak, niż wszelkie wywody przemówić i przekonać mogą liczby, której poniżej przytoczę. Wykażą one ponad wszelką wątpliwość, że wypociny kikutowe nie są bynajmniej rzadkie po operacyach ginekologicznych i że stoją bez wątpienia w związku z hurtownem podwiązywaniem szypuły. A jeśli tak jest, czy może być wątpliwem stanowisko wobec tej metody chirurga, patrzącego na rzecz z punktu widzenia czysto praktycznego. Więc skutkiem i wyłącznie skutkiem tej metody może wystąpić krwotok pooperacyjny, czasem śmiertelny, a zawsze niemiły, więc skutkiem tej metody może przyjść do zrostów, które wprawdzie czasem niczem sie nie zdradzą, innym razem jednak wywołają ciężką chorobę lub śmierć; więc skutkiem tej metody rozwinąć się może wypocina kikutowa, czasem nieszkodliwa, ale u innych chorych dolegliwa, a nawet niebezpieczna — i ta metoda ma być stósowana z dogmatyczną ścisłością, ma wszechwładnie panować w naszej technice operacyjnej! Mam to przekonanie, że nie przyszło jeszcze do obrachunku z tą metodą i że utrzymuje się ona sztucznie, dzięki tradycyi i temu szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, że weszła w użycie prawie równocześnie z antyseptyką, przez co przywłaszczyła sobie część tej chwały i tych zasług, które wyłącznie należały się tej ostatniej. (Dokończenie nastąpi).

[31]) Schauta: Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1895, str. 568.

[32]) Martin l. c.

* * *

II. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Dokończenie).

Zapobieganie wstrząśnieniom błędnika polega na tem, że osoby skłonne do zawrotu głowy wskutek usposobienia neuropatycznego, albo wskutek choroby, sprowadzającej mniejszą odporność błędnika, mają się z jednej strony poddać stósownemu leczeniu, z drugiej powinny starannie unikać wszelkich czynności i sposobności, mogących prowadzić do wystąpienia objawów błędnikowych, jak silnego przestrzykiwania ucha, sondowania jamy bęb., wpędzania powietrza do ucha środkowego, silnego zadziałania głosowego, tańców wirowych, jazdy i innych czynników, podanych w pierwszej części naszej pracy, jako przyczyny tej choroby. Dla tego też osoby z mało odpornym błędnikiem, np. dotknięte chorobami usznemi, nie powinny wybierać sobie zawodu, połączonego z szkodliwymi dla nich ruchami ciała, albo głowy, albo z silnemi bodźcami głosowymi, n. p. w fabrykach maszyn, przy kolei, w artyleryi i t. p. Obok tego powinny one dla osłabienia przypadkowego działania takich wpływów nosić zawsze watę w uchu.

Osoby, wystawione w swym zawodzie na działanie wystrzałów albo wybuchów, przewidzianych i oczekiwanych, powinny dla uniknięcia albo przynajmniej osłabienia wtrząsu błędnika tak się ustawiać, aby np. kierunek wystrzału był prostopadły do osi przewodów usznych zewnętrznych, przez co wrażenie rozdziela się równomiernie na oba uszy i działa słabiej. Dalej przez otwarcie ust można uniknąć zbyt silnego wzrostu ciśnienia w jamie bęb., który zwykle powstaje pod wpływem nagłego wydechu, następującego odruchowo po detonacyi. Zresztą przy oczekiwaniu silnego zadziałania głosowego, wybuchu, wystrzału itp. następuje zwykle automatycznie odruchowa akomodacya zapobiegawcza przez działanie mięśni śródusznych (szczególnie przez skurcz mięśnia strzemiączkowego, p. wyżej).

Leczenie ma przedewszystkiem za zadanie usunąć przyczynę t. j. uraz, gdzie on jeszcze działa i usunąć się daje. I tak może być wskazanem szybkie oddalenie chorego z miejsca, w którem istnieje zwiększone parcie powietrza, jak w jaszczykach mostowych i t. p. Kowale, robotnicy, zajęci w fabrykach i t. p. chorzy, wystawieni na ciągłe działanie silnych tonów i dźwięków, muszą porzucić szkodliwy dla siebie zawód.

W przypadkach zaś, w których przyczyna raz albo dawniej tylko zadziałała, albo z jakiegokolwiek powodu usunąć się nie daje, musimy ograniczyć się do usunięcia jej skutków, czyli do leczenia przypadowego.

Leczenie to, jak wogóle leczenie chorób ucha wewnętrznego, stanowi dla lekarza prawdziwy *crux medicorum*. Ze względu jednak na niepewność rokowania i rozpoznania nie powinien lekarz nigdy zaniedbywać choćby prób i usiłowań leczenia, nawet wobec pozornego braku widoków poprawy, jak to Urbantschitsch słusznie podnosi. Tego wymaga nietylko ludzkość, lecz także doświadczenie, które nas uczy, że w przypadkach, w których już nie było żadnej nadziei poprawy, udało się przecież nieraz niespodziewanie osiągnąć skutek dodatni, choćby tylko łagodzący, albo przemijający. Podobnie wyraził się Gałęzowski w swoim wykładzie w Towarz. lekarsk. krakowsk. o niektórych rozpaczliwych chorobach oczu. I tak podawano przeciw poszczególnym objawom i przypadom niezliczone środki i zabiegi, które wprawdzie w przypadkach wstrząśnienia po największej części nie mają dostatecznego uzasadnienia, a tylko ze względu na nie zawsze pewne rozpoznanie zasługują na polecenie i próbowanie.

W tem leczeniu należy znowu uwzględnić podział obrazów chorobowych, jaki wyżej podaliśmy.

1) Podczas napadu udarowego należy w pierwszej chwili — w której nie można jeszcze odróżnić, czy istnieje zboczenie czysto czynnościowe, czy też wynaczynienie w błędniku, albo przekrwienie lub wynaczynienie w mózgu — postępować, jak w udarze mózgowym i polecić spokój, okłady lodowe na głowę, upust krwi miejscowy (za uszami), środki odwodzące na skórę, środki przeczyszczające (kalomel), pryszczydła na karku, na kończynach, na łydkach, nacierania wyskokowe za uchem, zmywania skóry wodą letnią z octem, ścisłą dyetę, ułożenie poziome itd. Podobnie należy postępować w każdym świeżym napadzie. Po przejściu gwałtownych objawów chory ma jeszcze przez jakiś czas pozostać w łóżku w ułożeniu poziomem z głową wysoko umieszczoną, gdyż już najmniejsze poruszenie fizyczne, jak również wrażenie umysłowe może wywołać silny zawrót głowy, wymioty itd. Szczególnie należy unikać rażących wrażeń zmysłowych, jak gwaru, huku, hałasu, jako też silnego światła, tudzież wstrząśnień umysłowych i wzruszeń psychicznych. Jest zatem bardzo ważnem starać się w ostrym okresie choroby o bezwzględny spokój, przedewszystkiem narządu słuchowego i pamiętać o tem, że już wszelkie za często powtarzające się, albo za długo przeciągające się badanie sprawności słuchu za pomocą różnych słuchomierzy i elektryczności może wskutek drażnienia nerwu chorobę pogorszyć. Poleca się więc z początku unikanie wszelkich prób słuchowych, pobyt w miejscu spokojnem, opatrunek z waty na głowie, aby także zapobiedz albo przynajmniej osłabić podrażnienie narządu, pojmującego głos, przez dźwięki, przenoszone drogą kości czaszkowych.

Jeżeli wstrząśnienie nastąpiło wskutek nagłego zgęszczenia powietrza w uchu, można czasem wywrzeć zbawienny wpływ przez rozrzedzenie powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym za pomocą rozrzedzacza (Rarefachteur) Delstanchégo, jak dowodzi tego przypadek, podany przez Delstanchégo.

2) W przypadkach z przebiegiem przewlekłym wskazane są, szczególnie przy niezupełnie pewnem rozpoznaniu, gdzie można przypuścić wynaczynienie krwi w błędniku, środki chłonące i odwodzące, jak jodek potasowy, pędzlowanie nastojem jodowym lub nacieranie maścią jodową na wyrostku sutkowym, wstrzykiwanie kilka kropel rozczynu jodku potasowego (0·3—20) do jamy bębenk. Schwartze i inni chwalą bardzo w wstrząśnieniu błędnika podskórne wstrzykiwania strychniny. W przypadkach, w których wstrząśnienie błędnika można odnieść do nagłego wzmożenia ciśnienia błędnikowego, możnaby próbować sposobu, polecanego przez Botey'a i polegającego na przekłóciu błony okienka okrągłego i następowej aspiracyi cieczy okołolimfatycznej (perilimfy), albo systematycznego rozrzedzania powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym.

Na różne poszczególne objawy błędnikowe polecano niezliczone środki i zabiegi. W pierwszym rzędzie stoi tu zaburzenie słuchu. Otóż w przypadku głuchoty t. zw. kotlarskiej osiągnął Urbantschitsch poprawę słuchu za pomocą rozrzedzenia powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym, względnie przez zgęszczenie powietrza w jamie bęb. Delstanche wyleczył przypadek głuchoty, powstały po wybuchu, za pomocą wytrwałego rozrzedzania powietrza w uchu zewnętrznem. Wyniki takiego leczenia rozmaicie bywają tłómaczone. W głuchocie zawodowej działają również korzystnie przetwory jodowe, używane miejscowo i wewnętrznie, dalej przetwory bromowe, jak *Natr. hydrobrom.*, *acid. hydrobrom.*, przetwory chininowe w wielkich dawkach, strychnina 5—6 kropel rozczynu 0.07 na 10.0 wody przekroplonej, 3 razy na dzień, jeżeli niema szumu, wpuszczenie par eteru siarkowego do jamy bęb. i t. d. Ostmann otrzymał wyleczenie zupełnej obustronnej głuchoty, powstałej przez wstrząśnienie błędnika, za pomocą wstrzykiwań strychniny pod skórę karku. Stwierdzono doświadczalnie, że strychnina wprawia czuciowe zakończenia nerwowe w stan wzmożonej pobudliwości. Zdaniem Remaka środek ten w małych dawkach (0,001) wzmacnia czynność chorych nerwów przez torowanie neuronów rdzeniowo-obwodowych. Wobec tej teoryi stwierdzonem zostało przez kilku autorów skuteczne działanie strychniny w wstrząśnieniu błędnika, co stanowi dalszy dowód, przemawiający za słusznością mojego pojmowania istoty i patogenezy tego cierpienia.

W niektórych przypadkach dobre usługi oddaje elektryzowanie, a mianowicie prąd galwaniczny lub faradyczny, albo też elektryzacya statyczna. Nie wolno jednakże elektryzowania używać w przypadkach świeżych, w których może ono działać szkodliwie, lecz dopiero w okresie późniejszym, po kilku tygodniach i to z początku słabym prądem przez krótki czas i w dłuższych przerwach, później stopniowo coraz częściej, dłużej i silniejszym prądem. Jeżeli przypuszczamy zakażenie kiłowe, to wskazane jest leczenie swoiste i obok tego wstrzykiwania kilku kropel 2% rozczynu pilokarpiny podskórnie albo do ucha środkowego, lub zadawanie jej na wewnątrz. Dundas Grant odradza w głuchocie nerwowej pilokarpinę, poleca natomiast energiczne leczenie strychniną, po którem widział korzystne wyniki. Rozumie się, że jak we wszystkich przypadkach znacznego niedosłyszenia albo głuchoty, tak samo i w głuchocie urazowej należy zawsze próbować leczenia za pomocą ćwiczeń słuchowych, których skuteczny wpływ na zmysł słuchowy wykazał u głuchoniemych Urbantschitsch licznemi spostrzeżeniami i doświadczeniami. Szczególnie w przypadkach niezupełnego ogłuchnięcia, w których zatem istnieje reszta zdolności słuchu, skuteczność takiego leczenia zdaje się nie ulegać już wątpliwości po wywodach i doświadczeniach Bezolda i innych.

Dla tłómaczenia skuteczności ćwiczeń słuchowych podawano różne teorye. Mojem zdaniem skuteczny wpływ tych ćwiczeń na n. słuchowy najlepiej tłómaczyć w sposób podobny, jak wpływ ćwiczeń mechanicznych i gimnastycznych na nerwy ruchowe w różnych porażeniach nerwowych ośrodkowych i obwodowych. Jeden, jak i drugi rodzaj ćwiczeń działa z jednej strony „torująco“, z drugiej „zastępczo“. Przez działanie pierwsze, torujące, nerwy, które z powodu jakiejś sprawy chorobowej straciły zdolność przewodzenia, odzyskują częściowo swoją sprawność i stają się znowu wrażliwymi na swoiste bodźce. Przez działanie zastępcze sprawna część narządu nerwowego danego zmysłu nabywa zdolności częściowego zastąpienia nieczynnej reszty tego narządu. Stąd też pochodzi, że ćwiczenia słuchowe mają, według wszystkich autorów, lepsze widoki powodzenia w przypadkach, w których istnieje jeszcze reszta słuchu t. j. tam, gdzie przynajmniej pewna część narządu zmysłowego jeszcze działa, niż w przypadkach zupełnej głuchoty.

Na szum w uszach używa się wdmuchiwań do jamy bęb. par chloroformu z eterem, eteru z *liqu. hollandic.*, *jodethyl.* z *spirit aether. nitr.*, dalej rozrzedzania powietrza w uchu zewnętrznem, wstrzykiwania podskórnego strychniny 0.001—002, trzy razy w tygodniu, wstrzykiwania do jamy bęb. wazeliny, kokainy, wodnika chloralu, pryszczydeł za uszami, mięsienia i nacierania wyrostka sutkowego wyskokiem np. „*Spirit. aromat.*, *spirit. sinap. aa 30.0 Sg.* 20 kropel nacierać za uchem“ albo „*Spirit. formic.*, *bals. Hoffman. aa. pp. aequal. S.* jak wyżej“, albo nacieranie środkami narkotycznymi, albo upust krwi na wyrostku, wkładanie do ucha zewnętrznego: *ol. hyoscyam.*, *chloroform. Tct. opii simpl.* na wacie i t. p. Prąd galwaniczny zwykle mało tylko działa na niedosłyszenie nerwowe, częściej na podmiotowe wrażenia słuchowe, które się pod jego wpływem nieraz bardzo szybko zmniejszają, ale rzadko na trwałe; natomiast zawrót głowy może pod wpływem słabego już prądu całkiem ustąpić.

Zewnętrznie polecają wobec przykrych wrażeń słuchowych, używać przetworów bromowych i zalicylowych, fenacetyny, nastoju wilczej jagody, płynu Fowlera, amylnitritu do wąchania. Urbantschitsch spostrzegał dobre skutki po *Tct. aconiti* 8—10 kropel dziennie. Chininy wolno także wewnętrznie używać, jednak tylko w przypadkach, w których szum w uszach występuje napadowo, z okresowo powracającymi napadami zawrotu głowy. *Tct. Arnicae* i atropina, które również polecano, rzadko kiedy wywierają skutek. Wobec szmerów tętniących w uchu, połączonych z biciem serca, lub bez niego, stwierdził Politzer dobre działanie nastoju naparstnicy (6—10 kropel) i *tct. strophanti.* Dundas Grant poleca przeciw tętniącemu szumowi ucisk na tętnicę kręgową. Lucae poleca leczenie tego objawu tonami strojnika, mianowicie przy szmerach usznych nizkich poleca on używać wysokich tonów strojnikowych, przeciw wysokiemu szmerowi zaś dobrze ma działać wpływ nizkich strojników. Bardzo dobrze działa często mięsienie kostek słuchowych zapomocą zgłębnika uciskowego Lucaego. Środki, kojące wewnętrznie, działają po największej części niekorzystnie, należy ich zatem unikać w tej chorobie.

Mniej więcej tych samych środków, co na niedosłyszenie i szum, używa się także na zawrót głowy, szczególnie zaś przetworów chininowych, jodowych i bromowych, w świeżych przypadkach także pilokarpiny. Zawrotowi głowy pewnego rodzaju t. j. występującemu po pewnych urazach i szkodliwościach, można będzie zapobiegać zapomocą zabiegów i postępowania, polegających na naśladowaniu przyrody i wynikłych z rozważania i tłómaczenia jej zjawisk.

Na podstawie doświadczenia i teoretycznego rozumowania wyrobiłem sobie przekonanie, że zapomocą pewnych ćwiczeń gimnastycznych można przeciwdziałać tej nerwicy, czy też idyozynkrazyi, wskutek której pewne osoby zapadają tak łatwo na chorobę morską. Mianowicie można często zauważyć, że osoby, które z początku doznają na okręcie przy najlżejszem falowaniu morza silnego zawrotu głowy i cierpią na nudności i wymioty, po dłuższym pobycie na morzu nabywają takiej odporności, że najsilniejsza burza z czasem żadnego wpływu na nie nie wywiera i że nie oddziaływują więcej nawet na najgwałtowniejszy ruch okrętu. Zjawisko to tłómaczy się tem, że przez ćwiczenia, podobnie jak przez przyzwyczajenie, przez częste powtarzanie się bodźców zewnętrznych wytwarza się przytępienie pobudliwości, albo niewrażliwość i co za tem idzie, większa odporność odpowiednich ośrodków i zakończeń nerwowych wobec dotyczących czynników zewnętrznych, — albo też tem, że inne nerwy i narządy, do tego wyćwiczone i wprawione, jak narząd wzroku, dotyk, albo móżdżek, obejmują po części zastępczo czynność utrzymania równowagi. W ten sposób najodpowiedniej, mojem zdaniem, tłómaczyćby można po części i te przypadki, w których przy oględzinach pośmiertnych znaleziono zmiany chorobowe w błędniku, mimo, że za życia nie było żadnych objawów zawrotowych i to nam też tłómaczy dziwne na pozór zjawisko nabytej odporności wobec choroby morskiej. Tak czy owak, korzystając z tego doświadczenia, zyskujemy wskazówki dla pewnych zabiegów w celach leczniczych, szczególnie u osób z nadmierną pobudliwością narządu statycznego. Na podstawie wyłuszczonych przypuszczeń należy osobom cierpiącym na zawrót głowy w czasie jazdy wozem, koleją i t. p. polecać wykonywanie systematycznych ćwiczeń codziennie we wszystkich kierunkach, jak n. p. przez huśtanie się z przodu ku tyłowi, z prawej ku lewej stronie i odwrotnie, z góry na dół, na odwrót, i kręcenie się na około pewnego przedmiotu n. p. koło stołu albo stołka. Ruchy te powinno się wykonywać codziennie z początku powoli przez krótki czas i rzadziej, potem stopniowo coraz prędzej, dłużej i częściej. Ćwiczenia takie tem łatwiej dałyby się przeprowadzić, że potrzebne do tego urządzenia nie wymagają wielkich kosztów, ani znacznego trudu i dałyby się małym wydatkiem w każdem prywatnem pomieszkaniu opędzić. Szczególnie dla osób, dotkniętych tą chorobą, których zawód wymaga częstego podróżowania, ćwiczenia takie mogą okazać się środkiem zbawiennym.

Wychodząc z założenia teoryi Ewalda, że zaburzenia równowagi w cierpieniach błędnika pochodzą od nieprawidłowego napięcia *(tonus)* mięśniowego i uwzględniając zdanie Fraenkla, wygłoszone na Zjeździe przyrodników w Bremie: „Eine unter einfachsten Bedingungen festgestellte ataktische Bewegung kann durch Uebung in eine vollkommen normale umgewandelt werden,“ należałoby również w przewlekłym zawrocie błędnikowym próbować leczenia gimnastycznego zapomocą ćwiczeń ruchowych, które Leyden nazywa „leczeniem zastępczem“ (compensatorisch), gdyż przytem zmysł

wzrokowy ma zastąpić obniżone czucie skórne, względnie mięśniowo-stawowe.

Obok wyłuszczonych właśnie sposobów leczenia, należy w każdym przypadku uwzględnić stan ogólny chorego, a przedewszystkiem stan neuropatyczny. Widzieliśmy, jak ważną rolę przyczynową odgrywają w tej chorobie różne inne cierpienia, a w pierwszym rzędzie różne choroby nerwowe. Przeto należy zwłaszcza w przypadkach, w których mamy podstawę do tego, aby przypuścić powiększenie pobudliwości ogólnej albo obniżenie odporności układu nerwowego, wpływać na stan osłabienia albo podrażnienia przez odpowiednie działanie wzmacniające i odwodzące. Zaliczyć tu należy krzepienie układu nerwowego zapomocą stosownych sposobów i zabiegów leczniczych, higienicznych, dyetetycznych, jak hidroterapia, klimato-balneo-elektroterapia, leczenie zapomocą kąpieli jodowych, solankowych, spokój fizyczny i umysłowy, unikanie napojów wyskokowych, kawy, herbaty, wysileń i wzruszeń psychicznych. Wewnętrznie podaje się w tym samym celu przetwory bromowe, żeleziste, arszenikowe i t. p. Obok tego można także próbować wpływów psychicznych, jak poddawania i hipnozy, które nieraz mogą wywrzeć dobry skutek. Jeżeli choroba powstała wskutek zawodu, należy natychmiast zawód zmienić i dalej wystrzegać się starannie wrażeń głosowych, szczególnie silnych dźwięków, a najlepszym jest w takich razach pobyt w miejscu zupełnie spokojnem przez kilka miesięcy.

III. Wyciągi.

F. Siegert: **Cztery lata przed i cztery po wprowadzeniu surowicy przeciwbłoniczej.** *(Jahrb. f. Kinderhlkde,* 52, 2, I. 1900). Sprawa leczenia błonicy surowicą została już tak dostatecznie i wyczerpująco omówioną, że wszelkie dalsze w tym kierunku prace zdają się być zbyteczne, a jednak S. podjął wielki trud zestawienia ogromnego materyału prawie wszystkich szpitali i klinik dziecięcych Niemiec, Austryi, Szwajcaryi w latach przed i po surowiczych, a to celem wykazania znakomitych skutków surowicy i udowodnienia jej skuteczności przed nielicznymi zresztą dotąd jeszcze przeciwnikami jej stosowania. Zestawia więc przypadki błonicy leczone w przeszło 60 największych zakładach leczniczych w czasie od roku 1890 do 1898, aby zaś uniknąć często powtarzanego zarzutu, że po wprowadzeniu surowicy liczono na jej korzyść przypadki lekkie, bierze przedewszystkiem pod uwagę przypadki błonicy krtani, czyli dławca, które z powodu objawów duszenia musiały być poddane operacyi. Tu już nie można mówić o przypadkach lekkich, ani też przypuścić, że co innego uważa się za dławiec w czasach przed i po surowiczych. Zestawienie tylko tych przypadków dławca operowanego dało potężną liczbę 37.000. Z tych, w czasach przed zaprowadzeniem surowicy, operowano 17.673, zmarło 10.701 = 60·55% śmiertelności, po wprowadzeniu surowicy operowano 13,524 zmarło 4.828 = 35·70% śmiertelności, w czasie przejściowym (głównie r. 1894) operow. 5.225, zmarło 2.807 = 53·72%. Liczby te mówią tu za siebie, wykazując znaczne obniżenie się śmiertelności nawet w tych przypadkach, wymagających operacyi, a więc zapóźnionych i już powikłanych w chwili stosowania surowicy. Jeszcze lepszy wynik leczenia surowicą wykazuje zestawienie 42.000 przypadków błonicy pierwotnej, nie powikłanej. Tu śmiertelność do r. 1893, wachająca się około 41½%, spada od r. 1894, t. j. od czasu zastosowania surowicy, na 15%, a więc jest o 2½ razy mniejszą. W miarę zmniejszenia się odsetka śmiertelności spadła też i ogólna bezwzględna śmiertelność z błonicy, a krzywe tych dwóch śmiertelności przebiegają równolegle. Z zestawionych liczb wynika też potwierdzenie znanej własności surowicy zapobiegania rozwinięciu się dławca, a wnosić o tem można z znacznego zmniejszenia się od czasu surowicy liczby przypadków operowanych. Liczbowo można dowieść, że zamiast operować, jak to było do r. 1895, 47·2% przyjętych do szpitali, potrzeba wykonania czyto intubacyi, czy tracheotomii zachodzi po r. 1895 tylko u 27·5%. Tak więc z 47 dawniej operowanych 20 omija dziś, jeśli wcześnie leczenie zastosowano, zabieg operacyjny, a i z tej reszty, która operowaną być musi, wychodzi dziś 75%, dawniej 40%.

Zaznaczyć tu muszę, że autor zużytkował do swojej statystyki także i wyniki leczenia błonicy w czasach przed i po surowiczych krakowskiego szpitala św. Ludwika; z chlubą podnieść należy, że, jak to z zestawienia wynika, szpital ten nie pozostawał w tyle za innymi europejskimi zakładami leczniczymi, ani co do czasu, w którym zaczęto stosować surowicę, ani co do wyników leczenia. Co do obfitości materyału idzie szpital św. Ludwika zaraz po Paryżu, Berlinie, Wiedniu (szpital św. Anny), Peszcie i Halli, wspierając statystykę S. wspaniałą liczbą 2038 przypadków błonicy, a z tego 1017 przypadków, poddanych zabiegom operacyjnym z powodu rozwiniętego dławca.

Wobec tego, że w jednych zakładach wykonywa się tylko samą intubacyę, w innych dotąd tylko tracheotomię, w innych wreszcie trzymają się osobnych wskazań dla jednej lub drugiej operacyi, zadaje sobie Siegert w II części swej pracy pytanie, które postępowanie jest najlepsze? Z zestawionych liczb wynikałoby, że pierwotną tracheotomią uzyskuje się najlepszy odsetek wyleczenia, bo 64·6%, podczas gdy bezwzględna intubacya daje tylko 62·5%, a wobec tego winna ona ustąpić napowrót miejsca dawnej tracheotomii. Te ostatnie wywody spotkały się jednak w następnym zeszycie 52, 2, IV. 1900 *Jahrbucha* z ostrą krytyką tak doświadczonych pedyatrów, jak Trumpp (Monachium) i Bokay (Peszt), z których każdy z osobna broni intubacyi, zarzucając Siegertowi, że będąc sam przeciwnikiem intubacyi i nie mając w tym kierunku doświadczenia (w klinice sztrasburskiej, w której S. jest docentem. wykonano wogóle 5 intubacyj i potem ją zarzucono), przedstawił rzecz stronniczo. Doświadczenia pedyatrów, przeważnie amerykańskich, rozporządzających ogromnym materyałem, przemawiają tak niezbicie za intubacyą, że wytrzyma ona ataki zaczepne, tembardziej gdy pochodzą od ludzi, nie przemawiających na podstawie własnego doświadczenia.

Dalszą polemikę z powodu rozprawy Siegerta znajdujemy w następnym (V) zeszycie 52 T. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, pióra znanego przeciwnika surowicy, prof. Kassowitza p. t. **„Audiatur et altera pars“.**

Zarzuty Kassowitza znane nam już częściowo z wystąpienia w Tow. lek- wied. w r. 1898 (porówn. *»Przegląd lekarski«* r. 1898 Nr. 29, 30, 32, 34); dadzą się ująć w następujące punkta:

1. Czas czteroletni, który uwzględnił S., jest za krótki, aby ztąd wysnuwać dalej idące wnioski, z pracy bowiem Newsholmea, w której zestawiono statystykę śmiertelności z błonicy w ostatnich 3-ch dziesiątkach lat wynika, że śmiertelność ta ulega w różnych okresach czasu samoistnym wahaniom.

2. Zarzuca Kassowitz Siegertowi, że nie uwzględnił w swych zestawieniach statystyki szpitali niektórych miast, jak Tryest, Petersburg, a wiadomo, że właśnie w tych miastach śmiertelność już w czasie wprowadzenia surowicy się podniosła; nie wziął też S. pod uwagę statystyki państwowego urzędu zdrowia, a byłby się przekonał, że śmiertelność z błonicy, mimo surowicy, się nie obniża.

3. Najsilniejszem poparciem skuteczności surowicy byłoby, jak tego sam Siegert żąda, udowodnienie, że zmniejszyła się śmiertelność bezwzględna z błonicy. Z sumowania liczb zestawionych przez S. rzeczywiście tak wynika, że bezwzględna śmiertelność się zmniejszyła; tymczasem Kassowitz, rozpatrując liczby niektórych poszczególnych zakładów (Strassburg, Graz i t. d.) wykazuje, że tak nie jest; twierdzi na tej podstawie, że surowica nie zmniejszyła śmiertelności z błonicy, a zmniejszenie odsetka śmiertelności jest pozorne i zależne jedynie od przyjmowania obecnie do klinik większej ilości chorych z lżejszemi zmianami błoniczemi.

4. Również pozorną tylko, zdaniem Kassowitza, jest poprawa odsetka śmiertelności przypadków, operowanych z powodu dławca; przyczyna, że odsetek wyleczonych jest wyższy, leży w tem, że teraz wcześniej zgłaszają się do szpitala z dziećmi, zagrożonemi dławcem, a zatem i warunki dla leczenia są lepsze, że wreszcie wcześniej przystępuje się do wykonania zabiegu.

Polemika kończy się odpowiedzią Siegerta (w tym samym zeszycie *Jahrbucha*), który, niewdając się w szczegóły, jeszcze raz powołuje się na liczby, przemawiające tak dobitnie na korzyść surowicy; aby zaś dać czytelnikowi miarę, jak dowolne wnioski wysnuwa ze statystyki Kassowitz, przedstawia znaczący fakt, że te same liczby wyników leczenia błonicy surowicą z kliniki dziecięcej w Gracu, na podstawie których sam prof. Escherich, kierownik tej kliniki, wyraził się o surowicy korzystnie, a nawet entuzyastycznie, przytacza Kassowitz, opierając na tych samych liczbach swój dowód, że surowica jest bezskuteczną. *Doc. Dr. Raczyński.*

L. Stein: **O bąblowcu nerki.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43, 1900). W dołączeniu do opisu przypadku, operowanego w klinice Gussenbauera, omawia autor etyologię, rozpoznanie, a szczegółowo leczenie bąblowca nerki. W sprawie leczenia zaznacza S., że do chirurgicznych sposobów leczenia wspomnianej sprawy chorobowej zaliczyć należy zarówno wycięcie nerki, jakoteż otwarcie worka z następowem sączkowaniem. Pytanie, któremu z wymienionych sposobów należy w danym przypadku oddać pierwszeństwo, rozstrzygniętem być może dopiero podczas samej operacyi, gdyż jedynie ta zdoła z jednej strony rozpoznanie stwierdzić, z drugiej zaś pouczyć o tem, czy i jaka część miąższu nerkowego pozostała niezmienioną. Droga przez jamę brzuszną nie zawsze przedstawia same niekorzyści. W licznych przypadkach jedynie ona umożliwia dokładne oryentowanie się w miejscowych stosunkach. Jeżeli się okaże, że dany przypadek nadaje się do samego otwarcia worka, można rany w otrzewnej zaszyć, a w dalszym ciągu postępować zaotrzewnowo z dodatkowego cięcia w okolicy lędźwiowej. *Urbanik*

H. Hochhaus. **O czynnościowych zboczeniach serca.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1900 Nr. 44). Stwierdziwszy, że w ocenianiu czynności serca zbliżamy się znowu do dawniejszych zapatrywań, które wybitną rolę w sprawie pobudzania i regulowania tej czynności przypisywały w znacznej mierze wpływom nerwów sercowych, podnosi autor, że stanowisko to najbardziej godzi się ze spostrzeżeniami lekarskiemi licznych i coraz liczniejszych przypadków czystych nerwic sercowych samodzielnych, lub towarzyszących nerwicom ogólnym, przedewszystkiem neurastenii i histeryi.

Najczęstszą przyczyną t. w. nerwowych schorzeń serca bywają wpływy ogólne nerwowe, przestrach, często wzruszenia, a dalej nadużywanie tytoniu, kawy, herbaty, nadmierna praca umysłowa i fizyczna, nadużycia płciowe; niekiedy stwierdzić można, że odruchowo działają także schorzenia narządu pokarmowego lub rodnego, u kobiet ustawanie miesiączki.

Hochhaus nie jest zwolennikiem podziału Lehra, który rozróżnia nerwice, przebiegające wśród objawów podrażnienia i nerwice, objawiające się niedomogą serca; sądzi, że właściwiej jest rozróżniać nerwice, w których chorzy doznają różnorodnych sensacyj (a więc nerwice czulne *przyp. sprawozd.*) i nerwice, w których badaniem przedmiotowem stwierdzić można pewne nieprawidłowości w czynności serca.

Rozpoznanie nerwicy sercowej przedstawiać może, zdaniem H., poważne trudności; niekiedy nie można choroby dokładnie określić nawet mimo dłuższej obserwacyi. Z pomocą w takich wątpliwych razach przyjść może mierzenie parcia krwi w tętnicach i przeświecanie serca przyrządem Röntgena.

Badania autora, wykonywane przyrządem Riva Rocci'ego, przekonały go, że parcie krwi w tętnicach osób, cierpiących na nerwicę sercową, jest wyższe, aniżeli u osób zdrowych, tembardziej zaś u chorych na organiczne wady sercowe. U mężczyzn wykazywały badania parcie średnie między 160 a 190, u kobiet między 150 a 170 mm. rtęci w tętnicy ramieniowej. Objaw ten jest, zdaniem autora, ważny nietylko dla rozpoznania, ale także dla ocenienia przebiegu choroby, gdyż trwałe podwyższenie parcia wpływa niekorzystnie na mięsień sercowy, na ściany tętnic, powodować może wyczerpanie siły popędowej serca, względnie zmiany miażdżycowe w tętnicach.

Prześwietlania serca przekonały autora o słuszności dawniej już przez Fr. Müllera wypowiedzianego zdania, że serce w przebiegu nerwic kurczy się bardzo szybko i bardzo silnie; spostrzegać to można dokładnie, porównując wielkość cienia wśród fazy skurczu i rozkurczu. Na przebieg nerwic sercowych działają korzystnie obok leczenia psychicznego, wodoleczniczego i t. d. przedewszystkiem brom i przetwory kozłkowe, dalej arsen i żelazo, niekiedy dobry skutek osiągnąć można przez podanie środków nasercowych.

L. K.

Lipkan: **O śmierci z działania wysokiej ciepłoty.** (*Deutsche Medizinal Ztg.* 1900 Nr. 63, 64, 65 i 66). Na początku swej pracy przedstawia L. obszernie skutki działania wysokiej ciepłoty. Z kolei zastanawia się nad stopniami oparzenia, jakoteż nad teoryami, które tłómaczą mniej lub więcej szybką śmierć u oparzonych. Przy śmierci z działania wysokiej ciepłoty spotyka się li tylko do rozpoznania prowadzące zmiany na powłokach zewnętrznych, podczas kiedy oględziny wewnętrzne rzadko kiedy dają dodatni wynik, chyba tylko w tych przypadkach, w których śmierć dopiero po pewnym dłuższym czasie nastąpiła. Rozpoznając śmierć z działania wysokiej ciepłoty należy zawsze wykluczyć te choroby skóry, które wywołują podobne zmiany anatomiczne. W dalszym ciągu swej pracy zastanawia się autor nad pytaniem, czy na zwłokach można wywołać pęcherze oparzelinowe, a wreszcie, czy osobnik dostał się za życia, czy po śmierci do ognia? Odpowiadając na to ostatnie pytanie, zwraca L. uwagę, że często spotyka się na zwęglonych powłokach ich pęknięcia o brzegach ostrych, które doskonale naśladują rany cięte lub rąbane. Z zachowania się narządów podnosi autor, że płuco powietrzne staje się pod wpływem wysokiej ciepłoty bezpowietrznem, zaś macica, opierająca się najdłużej gniciu, opiera się także bardzo długo działaniu wysokiej ciepłoty. Zdaniem autora powinien wreszcie lekarz sądowy odpowiedzieć, czy oparzenie było następstwem działania płomienia, czy też płynu gorącego, jaki mniej więcej czas był potrzebny do wywołania stwierdzonych przy sekcyi zmian i wreszcie, jaki czas upłynął od chwili oparzenia do śmierci?

Horoszkiewicz.

Gruber. **O umiejscowieniu dotykowego znieczulenia skóry u tabetyków** (*Wiener medizinische Presse* Nr. 42 i 43, 1900). Dotyczące badania, przeprowadzone na 52 tabetykach, potwierdziły podany już przez innych (Leyden) związek przyczynowy, zachodzący pomiędzy niezbornością a czuciem stawowem, w szczególności zaś, że bezład kończyn górnych rzadziej występuje, aniżeli dolnych, a jeśli się pojawił, mniej dotkliwie uczuwać się dawał nawet inteligentniejszym chorym. W okresie przedbezładowym zachodziła często utajona niezborność, występująca dopiero na jaw, skoro chory miał wykonać szybkie i nagłe zwroty podczas chodzenia, przyczem zawsze można było stwierdzić, że braki w czuciu silniej zaznaczały się po jednej tylko połowie ciała lub w stawach po tejże samej stronie. W badanych przypadkach nie było ani razu niezborności bez odpowiednich zmian w czuciu dotkniętej kończyny, widać, że między tymi dwoma stanami chorobowymi zachodził zawsze pewien stosunek. *Dr. Henryk Pisek.*

Kohlbrugge. **Krytyczne uwagi o II sprawozdaniu z wyprawy Kocha w celu badania zimnicy.** (*Virchow's Archiv.* 1900 T. 161, Z. I). Długi czas przebywając na Jawie i zebrawszy tam obfite doświadczenie w sprawie zimnicy, zarzuca Kohlbrugge Kochowi, że sprawozdanie swe oparł na nie dość ścisłych spostrzeżeniach i zbyt pospieszne wysnuł z nich wnioski. Przedewszystkiem zaprzecza K. twierdzeniu Kocha (i włoskich badaczy), że roznosicielami zimnicy są wyłącznie pewne gatunki komarów; wbrew zdaniu Kocha, który odnośne okolice badał zbyt krótko, utrzymuje K., że nieprawdą jest, jakoby tam, gdzie niema komarów, nie było i zimnicy. Nie istnieje uodpornienie przeciw zimnicy, którem Koch tłómaczy przeważanie częstości tej choroby u dzieci, a rzadkość jej u dorosłych; zdaniem Kohlbruggea przyczyną tego zjawiska jest nie nabyta, lecz wrodzona odporność, dzięki której osobniki najodporniejsze przetrzymują zakażenie zimnicze w wieku dziecięcym lub wcale mu nie ulegają, podczas gdy nieodporne osobniki wcześnie giną; stąd między dorosłymi rzadko już wydarza się zimnica. To samo odnosi się do rzekomej nabytej odporności u ludności napływowej w (Nowej Gwinei), z której osobniki słabsze wymarły, a tylko odporniejsze wyżyły: stąd większa częstość zimnicy wśród świeżo przybyłych, niż wśród dawniej zamieszkałych. Również i co do zapobiegania, względnie leczenia zimnicy, zajmuje Kohlbrugge stanowisko odmienne od Kocha, sprzeciwiając się nadużywaniu chininy, a podkreślając doniosłość leczenia klimatycznego. *C.*

Schenk i Zaufal. **Dalsze przyczynki w sprawie mechaniczno-chemicznego odkażania rąk.** (*Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 45). Sprawa skutecznego odkażenia rąk lekarza nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygniętą; w ostatnich latach zajmowało się tem bardzo wielu badaczy, kładąc we wnioskach większy nacisk bądź na mechaniczne, bądź na chemiczne odkażenie. W końcu okazało się, że sposoby używane do bakteryologicznego sprawdzenia, czy ten lub ów sposób odkażania jest lepszy, nie były dość ścisłe; nastąpił więc nowy szereg badań, wysilających się na udoskonalenie sposobów, sprawdzających wynik odkażenia. W końcu pewna część badaczy oświadczyła się na podstawie tych nowych badań za usunięciem zwykłego mydła i szczotek, jako nie zapewniających dostatecznego mechanicznego oczyszczenia i nie dających rękojmi jałowości; natomiast zalecono mydła, zawierające pył mineralny, jak mydło marmurowe Schleicha i mydło piaskowe Sängera. Autorowie, zwolennicy tego ostatniego mydła, już poprzednio stwierdzili, że samo mechaniczne za pomocą niego odkażenie — nie wystarcza i że należy je poprzeć odkażeniem chemicznem. Obecnie na podstawie ponownych badań nad mydłem Sängerowskiem (pozbawionem jednak dodatku sody i amoniaku, jako zbyt niszczących skórę rąk), powtarzają autorowie swe wnioski w postaci następującej: 1) Ręce można mechanicznie skuteczniej odkazić za pomocą mydła piaskowego Sängera, niż za pomocą zwykłego mydła i szczotki; 2) mydło to odkaża również lepiej pole operacyjne; 3) po mechanicznem musi jeszcze nastąpić chemiczne odkażenie i to albo za pomocą 1‰ sublimatu, lub za pomocą 2‰ oxycyanidu rtęci, lub też za pomocą 1‰ etylendiamincytrynianu rtęciowego; 4) w przepisie odkażania należy polecić 5-minutowe szorowanie rąk mydłem piaskowem i 3-

minutowe mycie w jednym z wymienionych rozczynów, ile możności jak najcieplejszym. *C.*

Hunsche. **Znachodzenie się nużeńca ludzkiego** *(Demodex folliculorum)* **na powiekach i związek jego z chorobami powiek** *(Münch. med. Wochs.* 1900 Nr. 45). Według badań autora znachodzi się nużeniec tak często na powiekach, że jemu wyłącznie znaczenia chorobotwórczego przypisywać nie można; w drobnowidowych skrawkach z powiek i na wyrwanych rzęsach znajdował autor nużeńca bardzo często, a w starszym wieku prawie zawsze, przyczem stwierdził, że głową kieruje się on zawsze w głąb, że usadawia się w torebkach włosowych, nie spotyka się go zaś w gruczołach Meiboma, ani w gruczołach łojowych. Wobec dość powierzchownej siedziby nużeńca i braku jakichkolwiek zmian chorobowych tkanki, przez niego nawiedzonej, należy go uważać za pasorzyta skórnego, który ani na powiekach nie wywołuje opisywanej przez Rählmanna *Conjunctivitis acarica*, ani też w innych miejscach skóry nie jest szkodliwym. *Z.*

Minakow: (Moskwa). **O paznogciach ręki ludzkiej.** *(Vjschr. f. g. M.* T. XX. Z. II. 1900). Autor, sprawdzając wyniki badań Regnaulta, przedstawione na posiedzeniu Towarzystwa antropologicznego w Paryżu, odnoszące się do zachowania się paznogci u ręki ludzkiej, badał paznogcie rąk u 278 osób (37 lekarzy i studentów, 240 żołnierzy, 2 parobków mańkutów, 26 noworodków i trojga małych dzieci; między lekarzami i studentami znajdowało się 2 mańkutów, między żołnierzami 12) i dochodzi na mocy tych badań do następujących wniosków:

1. U ludzi, używających do pracy ręki prawej, paznogcie tej ręki są szersze, niż u ręki lewej; przeciwnie u mańkutów. Okoliczność ta posiada wielkie praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie, pozwala bowiem odpowiedzieć na pytanie, czy osobnik żywy lub zmarły używał w pracy ręki prawej lub lewej.
2. Spotyka się osoby, które pracują równie dobrze ręką prawą, jak i lewą; u tych są odpowiednie paznogcie obu rąk, równo szerokie.
3. Różnica w szerokości pomiędzy odpowiednimi paznogciami waha się zazwyczaj od $^1/_4$—2 mm., rzadko tylko jest większą.
4. U niektórych osobników, pracujących ręką prawą, suma szerokości wszystkich paznogci ręki prawej jest mniejszą, niż ręki lewej. Powodem tego zboczenia od reguły jest zazwyczaj przebyta choroba jednego lub więcej paznogci, które skutkiem tego uległy zniekształceniu.
5. U ręki dorosłego, a podobnie także u ręki noworodka, najszerszy paznogieć jest u kciuka; inne paznogcie zachowują się, co do szerokości, w następującym stosunku: palec środkowy, czwarty, wskazujący i mały (1, 3, 4, 2, 5).
6. U używających ręki prawej, paznogcie tej ręki są bardziej płaskie, niż lewej, u mańkutów przeciwnie.
7. Najbardziej płaskie są zawsze paznogcie palca wskazującego i kciuka, najmniej palca czwartego i małego (2, 1, 3, 4, 5).
8. Spłaszczenie paznogci zależy od takiej pracy fizycznej, przy której falangi końcowe ulegają mniej lub więcej silnemu uciskowi, jak n. p. u skrzypków. W następstwie częstego obcinania lub ogryzania stają się paznogcie węższe i bardziej płaskie.
9. Grubość paznogci u ręki zmniejsza się w kierunku od kciuka ku palcowi małemu mniej więcej w tym stosunku: 60:51::46:42:41 tak, że paznogieć palca małego jest prawie $1^1/_2$ razy cieńszy od paznogcia kciuka.
10. Im szerszą, *ceteris paribus*, klatka piersiowa osobnika, tem szersze paznogcie. *Horoszkiewicz.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Juliusz Pollak (z zakładu leczniczego Alland): **O zastosowaniu kilku nowych przetworów w leczeniu gruźlicy.** IV Fersan (*Wien. med. Wochenschrift* Nr. 25, 1900), Autor stósował fersan u 50 chorych, u których stwierdził blednicę, brak łaknienia, ból głowy na tle blednicy. W takich przypadkach podanie fersanu było skuteczne, gdyż przetwór ten łatwo zostaje przyswajany i wchłaniany. Podaje się fersan w następujący sposób: łyżeczkę fersanu rozrabia się z małą ilością wody, następnie dolewa się przegotowanego zimnego mleka. Dawkę tę, odpowiadającą $2^1/_2$ grm., podawano 3 razy dziennie, na pół godziny przed jedzeniem, a więc około 7—8 grm. dziennie. Można też chorym dodawać rozpuszczonego fersanu do rosołu, kakao, kawy, a w tej postaci używają go również chętnie. Już po 3—4 tygodniach stosowania fersanu ilość hemoglobiny u cierpiących na blednicę szybko wzrastała tak, że wynosiła do 20%; właściwością tego leku jest, że w niedokrewnościach wyższego stopnia zwiększanie się hemoglobiny postępuje znacznie szybciej, niż u mniej niedokrewnych. Już w 1—2 tygodniu stosowania fersanu pojawiło się u chorych, zażywających fersan, łaknienie, a równocześnie z tem przybierali na wadze.

Szczególną uwagę zwraca autor na tę okoliczność, że z fersanu osiągano dobre wyniki nawet u takich chorych, którzy na leczenie podobnymi środkami zupełnie nie oddziaływali tak, że skuteczny wynik leczenia temu lekowi przypisać należy. *R.*

Wyniki leczenia gruźlicy tiokolem. *(Klin. therap. Wochenschrift* 38, 1900). Dr. Braun stósował tiokol, jako przetwór gwajakolowy, łatwo w wodzie rozpuszczalny, dający się w dowolnej postaci użyć, w cierpieniach gruźliczych dróg oddechowych, przewlekłych nieżytach oskrzelowych u gruźliczych, zwłaszcza w rozstrzeni oskrzelowej z cuchnącą wydzieliną i w jednym przypadku ropnia płuc po zapaleniu.

Zgodnie z innymi autorami znalazł, że tiokol jest cennym środkiem leczniczym w tych cierpieniach; najlepsze wyniki osiągnięto w tych przypadkach, w których badaniem fizykalnem płuc nie stwierdzono większych zmian rozpadowych. W przewlocznych nieżytach oskrzelowych działanie tiokolu tem się odznaczało, że przy podawaniu tego środka zmniejszała się znacznie wydzielina bł. śluzowej, a tem samem zmniejszało się też i pobudzenie do kaszlu. W jednym przypadku ropnia płuc po zapaleniu, który przebił do oskrzela, sprowadzając wykrztuszanie obfitej, cuchnącej wydzieliny, uzyskano po kilkutygodniowem podawaniu (4 razy po 1 grm. tiokolu dziennie) zupełne wyleczenie. U 12-letniej dziewczynki zastosowano z powodu przewlekłego nieżytu oskrzelowego sirolin i po 3-miesięcznem stosowaniu tego środka uzyskano zupełne wyleczenie. *R.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 17 października 1900.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. Doc. Bossowski przedstawia przypadek z nieprawidłowym rozwojem jelita grubego (Megacolon congenitum), w którym istnieje bardzo wybitna bębnica, uporczywe zaparcie stolca i znaczne wynędznienie. Zmiany anatomiczno-patologiczne w tych przypadkach polegają 1) na wydłużeniu jelita grubego, 2) na rozszerzeniu i przerośćie jego ścian, jak to B. wykazuje na preparacie, pochodzącym z podobnego przypadku, w którym wyciął całe zmienione jelito.

III. Kol. Żydłowicz przedstawił rzadki przypadek pierwotnego wrzodu twardego na palcu wskazującym prawej ręki, przedstawiającego na pierwszy rzut okazza nogcicy (paronychia), rozpoznanego jedynie dla tego, że istniała już osutka typowa dla drugorzędnej kiły.

W dyskusyi zabierają głos kol. Borzęcki i kol prof. Wachholz; pierwszy podnosi rzadkość podobnych przypadków, drugi zaś opisuje przypadek pierwotnego wrzodu twardego na boku klatki piersiowej.

IV. Kol. Krzyształowicz wygłosił odczyt p t »Wysypki kiłowe w obrazach drobnowidowych,« w którym podnosi co następuje: Główną cechą anatomiczną wysypek kiłowych jest naciek około naczyń krwionośnych i w ich ścianach. Naciek składa się z komórek pierwoszczowatych (Plasmazellen Unna) i przerosłych komórek tkanki łącznej. Zmiana pierwotna (sclerosis initialis) odznacza się rozległością nacieku, przechodzącego także między włókna kolagenu tkanki, wśród której się rozwija, nie niszcząc jednakowoż tej tkanki. Naciek ten odpowiada klinicznemu objawowi stwardnienia.

Do zmian w skórze dołączają się często przy wysypkach kiłowych i zmiany w samym naskórku, które pielegent odnosi nie do kiły samej, ale do przyczyn, istniejących w samym naskórku. Przyczyną taką może być zakażenie naskórka drobnoustrojami ropnymi, które usadowione w naskórku tuż nad naciekiem kiłowym, a więc w miejscu już nadwerężonem, wywoływać mogą zmiany łatwiej. Za zdaniem tem przemawia obraz kliniczny, przekonywający, że wysypki krostkowe występują nietylko u osób schorzałych, ale także u osobników silnych, zresztą zdrowych, i obraz drobnowidowy, stwierdzający obecność drobnoustrojów.

Nasilenie zmian w naskórku nie odpowiada nasileniu tych zmian w skórze samej. Budowa krost i pęcherzyków jest taka sama, jak w tychże, z przyczyn zewnętrznych, bez obecności kiły powstałych·

W dyskusyi zabiera głos kol. Borzęcki, popierając wyniki badań kol. Krzyształowicza całym szeregiem prac, zacytowanych z dawniejszego i nowszego piśmiennictwa.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VI. Stan lekarski w Bułgaryi.

Jeśli porozumienie się lekarzy słowiańskich w Paryżu ma mieć jaką przyszłość, jeśli to zbliżenie się okolicznościowe ma doprowadzić do zespolenia usiłowań i kierunków naukowych i piśmienniczych, to przedewszystkiem należy się nam lepiej poznać, a właściwie obeznać się z warunkami, wśród których płynie umysłowe życie naszych pobratymców; ściśle mówiąc, potrzeba ta poznania się dotyczy dziś głównie lekarzy krajów bałkańskich. Korzystamy z nadesłanej nam odbitki z „Medicinskoj Biesiedy", w której B. Efremenków, niezawodnie na podstawie osobistego zbadania i doświadczenia, skreślił stan sprawy zawodowo-lekarskiej w Bułgaryi.

„Na czele państwowego urzędu zdrowia w Bułgaryi stoi lekarz, bezpośrednio zależny od ministra spraw wewnętrznych. Jest on przewodniczącym w Radzie zdrowia, której członków mianuje minister według własnego wyboru. Zatem organizacya państwowa służby zdrowia w Bułgaryi jest pozbawiona wszelkiej niezależności, a że ekarze bułgarscy nie posiadają ogólnobułgarskiego Towarzystwa lekarskiego, przeto jedyną widomą głową stanu lekarskiego w Bułgaryi jest wyżej wspomniany lekarz-kierownik państwowego urzędu zdrowia (Direktor na graždanskata sanitarna direkcia). W r. 1895 istniał projekt zwołania Zjazdu lekarzy bułgarskich do Sofii, lecz zamiar upadł po części i z tego powodu, że w Bułgaryi jest wielu lekarzy cudzoziemców, a osobistości, dzierżące w tym kraju władzę, nieprzychylnie są usposobione dla obcokrajowców. Gdy raz w „Narodnom Sobranii" jeden z posłów podniósł wyższość uzdolnienia lekarzy zagranicznych nad miejscowymi, wywołał ogólne oburzenie; w temże „Sobraniu" poseł lekarz przeszkodził wniesieniu rządowego przedłożenia o stałych i uregulowanych umowach z lekarzami obcymi. Zapewne w celu odstręczenia lekarzy zagranicznych wydał Dyrektor państwowego urzędu zdrowia cyrkularz (r. 1895), w którym zalecał, ażeby przy nadawaniu posad lekarzom cudzoziemcom władze żądały od nich na piśmie zrzeczenia się prawa obrony, w razie zatargu, przez agencyę dyplomatyczną państwa, do którego lekarz należy; w innym znowu cyrkularzu (1896 r.) ta sama władza kierownicza zaleca urzędom podwładnym, ażeby lekarzom zagranicznym nie udzielały urlopów, gdyż „są umówieni tylko dla roboty". Dr. Zeczew, kierownik sanitarny dyrekcyi, w urzędowem sprawozdaniu o lekarzach w Bułgaryi pisze: „nie jest rzeczą prawdopodobną, ażeby lekarz obcokrajowy pełnił sumiennie swoje obowiązki"; powodowany tą samą przewodnią myślą, by się raz uwolnić od zależności od uniwersytetów europejskich i lekarzy obcokrajowych, doradza Zeczew założenie w Sofii szkoły dla kształcenia ludzi, „mających pełnić obowiązki lekarzy powiatowych".

Gdy więc w Bułgaryi panuje wysokiego stopnia uprzedzenie przeciw lekarzom cudzoziemcom, cóż wiemy o lekarzach krajowcach? Sprawozdanie urzędowe Dra Orachowaca tak się o nich wyraża: „zapoznanie spraw społecznych, brak wszelkiej jednomyślności i koleżeństwa, wreszcie niemożebne stosunki średniowieczne przyczyniają się do tego, że lekarz bułgarski nie posiada zaufania u ogółu i rządu". Dr. Orachowac stoi odosobniony ze swojem zdaniem, a wybujały szowinizm bułgarski, który owładnął umysły w młodem księstwie, zarzuca mu, że tylko obce pochodzenie (Dr. Orachowac jest czarnogórcem) tłómaczy jego surowy sąd o lekarzach Bułgarach.

Efremenkow dopatruje przyczyny nizkiego poziomu stanu lekarskiego w Bułgaryi w dwóch czynnikach: w ich szowinizmie, oraz w niekontrolowanej gospodarce kierownika sanitarnego Dyrekcyi i jako środek zaradczy przeciw tak nieprawidłowym stosunkom zaleca założenie ogólnobułgarskiego Towarzystwa lekarskiego, wydawanie przez to Towarzystwo organu lekarskiego, wreszcie sądy honorowe".

Z pracy p. Efremenkowa zreferowaliśmy tylko to, co nas bezpośrednio obchodzić może, opuszczając zbyt jaskrawe ilustracye gospodarki „kierownika państwowego urzędu zdrowia". W Bułgaryi zatem jest jedna organizacya lekarska, urzędowa, a z ducha ustawy i samodzierżcza; dalszem następstwem tego stanu rzeczy jest zupełny brak zsolidaryzowania interesów stanu lekarskiego, — brak ciała z wyboru, strzegącego strony zawodowej i etycznej, wreszcie brak organu, któryby wyrażał niezależną opinię ogółu lekarskiego. Wiemy atoli zbyt dobrze, że naród bułgarski nie miał jeszcze czasu społecznie skrystalizować się, że po czterech wiekach niedoli, w ciągu lat 30 powstać może jednolita władza, lecz nigdy dojrzała organizacya społeczna; a jeśli tu przytoczyliśmy niektóre ujemności stosunków lekarskich w Bułgaryi, to jedynie dla zoryentowania się, abyśmy w razie dojścia do skutku zamierzonego zgrupowania się lekarzy słowiańskich mogli naprzód wiedzieć, ile każdy współczynnik wniesie z sobą zasobów i należycie zestosunkowanych warunków do równomiernie rozłożonej pracy. *A. K.*

VII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zostawił *Dr. St. Droba.*

9. Chirurgia żołądka.

Rydygier w odczycie swym prostuje przedewszystkiem błąd, jaki się wkradł niemal do wszystkich podręczników chirurgicznych, w których wymieniają metodę wycinania odźwiernika, podaną i udoskonaloną przez mówcę, pod nazwą metody Billrotha. Mówca przyszywał zawsze, z wyjątkiem swego pierwszego przypadku, dwunastnicę do wielkiej krzywizny żołądka, podczas gdy Billroth w swych dwóch pierwszych przypadkach przyszył dwunastnicę do małej krzywizny żołądka i dopiero później, bo w roku 1881, zmienił swoje pierwotne postępowanie, operując odtąd według metody mówcy. Metoda okrężna wycinania odźwiernika *(pylorectomia circularis)*, polegająca na zeszyciu końca dośrodkowego dwunastnicy z końcem obwodowym żołądka, powinna się nazywać metodą Rydygiera. Metoda Billrotha polega bowiem na tem, że się zamyka zupełnie koniec obwodowy żołądka i dośrodkowy dwunastnicy, a następnie robi się przetokę żołądkowo-jelitową (gastroenterostomia).

Technikę swej metody zmienił o tyle, że nie zakłada już trzech warstw szwów, jak to czynił pierwotnie, lecz tylko dwie warstwy, jak to podali Terrier i Hartmann. W końcu zestawia przypadki żołądkowe, operowane przez siebie w czasie od roku 1881 do dni ostatnich.

Eiselsberg (Królewiec) przedstawia statystykę operowanych przez siebie przypadków żołądkowych. W ciągu ostatnich $4\frac{1}{2}$ lat wykonał 161 operacyj na żołądku z powodu różnych cierpień tego narządu, z 42-ma przypadkami śmierci. Śmiertelność zatem wynosi 26%. W 35 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek operacyi, w 7 istniało już przed operacyą zapalenie otrzewnej. Używa rękawiczek, które zmienia 5—6 razy podczas operacyi.

Hartmann (Paryż) wykonał w ciągu 4 ostatnich lat 81 operacyj żołądka, z 16-ma przypadkami śmierci. Na 20 przypadków wycięcia odźwiernika zmarło 5, na 40 przypadków, w których zrobił przetokę żołądkowo-jelitową, zmarło 8. Dwie operacye wykonał z powodu ostrego przebicia wrzodu żołądka, z tych jeden przypadek zakończył się pomyślnie, drugi zmarł. Dwa razy operował z powodu powolnego przebicia wrzodu żołądka, raz z powodu ropnia podprzeponowego, wychodzącego z żołądka, raz wykonał plastykę odźwiernika, 6 razy „gastrotomią", raz „gastrorafię" z „gastropeksyą", 9 razy ograniczył się tylko do otwarcia jamy brzusznej. Operacyę „pylorektomii" dzieli na dwa okresy. W okresie pierwszym wykonał 10 operacyj i miał 4 przypadki śmierci, w okresie drugim 10 operacyj, z jednym przypadkiem śmierci. Przyczynę większej śmiertelności w pierwszym okresie upatruje w mniejszej wprawie technicznej. Śmiertelność po „pylorektomii" nie jest, zdaniem jego, większa od tejże po „gastroenterostomii".

Maylard (Glasgow) radzi w przypadkach ciężkich i uporczywych przypadłości żołądkowych, gdzie leczenie środkami wewnętrznymi nie daje żadnych wyników, przedsiębrać wcześnie otwarcie jamy brzusznej, a także i żołądka, a to w celu ustalenia rozpoznania. Postępowanie to jest, zdaniem jego, zupełnie niewinne, a sprowadzić może rozpoznanie i późniejsze leczenie wewnętrzne na właściwe tory.

Segale (Genewa) podaje nowy sposób plastyki odźwiernika, dogodny w przypadkach znacznego zgrubienia jego ścian. Sposób ten polega na wytworzeniu dwóch płatów zapomocą cięcia krzywego, poprowadzonego na przedniej ścianie żołądkowo-dwunastnicowej.

10. Chirurgia wątroby.

Michaux (Paryż): *O wycinaniu woreczka żółciowego z uwzględnieniem bezpośrednich i późniejszych wyników.* Prelegent wykonał 50 operacyj na drogach żółciowych: 32 razy wyciął woreczek z powodu niepowikłanej kamicy żółciowej z 4-ma przypadkami śmierci; sześć razy zrobił nacięcie przewodu żółciowego wspólnego, połączone z wycięciem woreczka, w 3 przypadkach wystąpiły po operacyi napady sercowe, które po odpływie żółci ustąpiły. Przyczynę wydzielania się żółci na zewnątrz pomimo podwiązania przewodu woreczkowego, które trwało zwykle $3^1/_2$ miesięcy, odnosi do dodatkowych przewodów *(vasa aberrantia)*. Wycinanie woreczka *(cholecystectomia)* daje lepsze, zdaniem jego, wyniki, niż nacinanie woreczka i wszywanie jego ścian w powłoki brzuszne *(cholecystostomia)*.

Reynès (Marsylia): *Kamica żółciowa z objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. Śródwątrobna cholecystostomia.* Sześćdziesięcioletnia kobieta zachorowała wśród objawów nawrotowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wśród operacyi okazało się, że ropa, którą znaleziono około jelita ślepego, sięgała w górę aż pod dolną powierzchnię wątroby i przenikała tu rozległe zrosty, wytworzone między woreczkiem żółciowym a jelitami. Rozszerzono odpowiednie cięcie brzuszne i wykonano przez miąższ wątroby w kierunku woreczka żółciowego nakłócie, które wykazało, że się ma do czynienia z kamicą woreczka żółciowego. Nacięto wątrobę i przez jej miąższ wkroczono do woreczka, z którego, za pomocą łyżeczki, usunięto kamienie. Następowe leczenie polegało na sączkowaniu woreczka.

Jonesco (Bukareszt): *Leczenie chirurgiczne torbieli wodnunkowych wątroby.* Za najlepszy sposób operowania torbieli wodunkowych uważa nacięcie torbieli, usunięcie treści i błony surowiczej, szew i sączek. Tamponada i wszywanie ścian torbieli w powłoki brzuszne są zbyteczne. Operował w ten sposób 6 razy, zawsze z dobrym wynikiem. W jednym przypadku średnica torbiela wynosiła 30 ctm.

Giordano (Wenecya). *Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropni wątrobnych.* Operował 72 przypadki ropni wątrobnych. Choroba ta występuje, zdaniem jego, często u alkoholistów i to w wieku między 30—50 rokiem życia. Ropa operowanych przez niego chorych była w 58·4% zupełnie jałową, w 20·7% zawierała amebowate twory, w 9·6% *bacterium coli* i inne ropne drobnoustroje. Próbne nakłócie nie ma żadnej wartości, należy zawsze robić laparotomię. Z jego 72 chorych 42 wyzdrowiało, a 30 umarło.

Hache (Bayreuth) uważa wolne nacinanie ropni wątroby za bardzo niebezpieczne, a to z powodu łatwo dołączającego się zapalenia ropnego otrzewnej, na które sam stracił dwóch chorych. Wyjątek stanowią przypadki z rozległymi zrostami. Za najlepszą metodę uważa szerokie nacinanie powłok brzusznych i wszywanie wątroby w ranę brzuszną po poprzedniem wykonaniu próbnego nakłócia, lub bez niego. Próbne nakłócie nie zawsze wykazuje ropę, pomimo, że ona jest obecną. Co się tyczy miejsca nacięcia, to radzi wybierać przestrzeń poniżej łuku żebrowego. Operował 49 przypadków z 7-mioma przypadkami śmierci.

Ségale (Genewa): *Nowy sposób tamowania krwotoków wątroby.* Jedynym i racyonalnym sposobem tamowania krwotoków po wycięciu kawałka wątroby jest stósowanie równomiernego i stałego ucisku. W tym celu poleca następujące postępowanie. Na nitkę katgutu nawleka się małe krążki z drzewa hebanowego lub kości słoniowej, a to celem otrzymania w ten sposób zupełnie giętkiej szyny. Po zeszyciu rany wątroby zakłada się wspomnianą szynę dookoła szwu w odstępie 1 ctm. od niego, przyciągając ją silnie zapomocą pętli katgutowych, przeprowadzonych w pewnych odstępach przez miąższ wątroby. Szyna ta wywiera odpowiedni i równomierny ucisk na powierzchnię zeszytej rany.

11. Chirurgia śledziony.

Jonesco (Bukareszt): *O wycinaniu śledziony (Splenectomia).* J. wyciął śledzionę w 32 przypadkach, 28 razy z powodu zimniczego, 3 razy z powodu białaczkowego jej powiększenia, raz zaś z powodu bąblowca. Na tej podstawie wypowiada następujące wnioski: białaczkowe powiększenie śledziony stanowi przeciwwskazanie do jej wycinania nawet wtedy, gdy stan miejscowy i ogólny są zadawalniające, albowiem wszystkie 3 jego przypadki, operowane z tego powodu, zmarły na białaczkę, bez jakichkolwiek innych powikłań. Zimnicze powiększenie śledziony jest wskazaniem do operacyi, ale po uwzględnieniu następujących przeciwwskazań: 1) marskość i zanik wątroby; 2) rozległe zrosty śledziony z otoczeniem; 3) znaczna ilość cieczy przesączynowej w jamie brzusznej; 4) zły stan ogólny i schorzenia trzew brzusznych. Małe powiększenie wątroby, mała ilość cieczy przesączynowej w jamie brzusznej, nawet bardzo znaczne wynędznienie, wiek chorych i wielkość śledziony nie są przeciwwskazaniami operacyi. Operacya jest tem łatwiejszą, im śledziona jest bardziej ruchomą. Uwalnianie zrostów sprowadza trudne do zatamowania krwotoki. Najczęstszemi powikłaniami pooperacyjnemi są: zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, osierdzia, otrzewnej i następowe krwotoki. Leczniczy wynik po usunięciu śledziony zimniczo powiększonej jest znakomity. Napady gorączki ustają zupełnie, stan ogólny poprawia się nadzwyczaj szybko, charłactwo zimnicze nie wzmaga się, puchlina brzuszna ustępuje. Czterech operowanych widział po 4, $3^1/_2$, 3 i 2 latach, wszyscy byli zupełnie uleczeni.

Michajłowski (Sofia) opisuje 16 przypadków, w których wyciął zimniczo powiększoną śledzionę i jeden przypadek, w którym usunął torbiel śledziony, powstały po urazowym krwotoku. I w jego przypadkach wyniki lecznicze były znakomite; z 16 operowanych umarł jeden na lewostronne zapalenie płuc. Ciąża nie stanowi, zdaniem jego, przeciwwskazania do operacyi; jedna z operowanych przez niego kobiet była w piątym miesiącu ciąży i wyzdrowiała bez żadnych powikłań w dalszym jej przebiegu. Używa zawsze cięcia w linii środkowej brzucha. Bezpośrednio po operacyi spostrzegał czasem wzniesienie ciepłoty, które odnosił do zapalenia płuc i opłucnej. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Wobec zatwierdzenia statutu przez Wys. c. k. Ministerstwo jeszcze w lecie b. r., Komisya organizacyjna widzi się zmuszoną usprawiedliwić przed ogółem pp. Kolegów, dlaczego do dziś dnia Towarzystwo samopocy zawiązanem, a tem samem projektowana organizacya w czyn wprowadzoną nie została. Powodów na to złożyło się kilka. Po pierwsze: pora letnia, kiedy wielu kolegów zajętych jest praktyką w kąpielach, wydawała się większości Komisyi niekorzystną do rozpoczynania akcyi.

Po wtóre: ogół lekarzy w roku bieżącym zajęty był już to jubileuszem naszej wszechnicy, już to Zjazdem lekarskim w Krakowie, wreszcie Kongresem międzynarodowym w Paryżu.

Po trzecie: prawdopodobnie z powyższych przyczyn Koledzy z Krakowa i Lwowa, mimo dwukrotnego wezwania, nie zgłaszali się z zamiarem przystąpienia do Towarzystwa. Wobec tego, chociaż z prowincyi nadpłynęły dość liczne zgłoszenia, Komisya nie wie do dziś dnia, na jaką liczbę członków przyszłe Towarzystwo liczyć może, a jest to koniecznem, aby módz zwołać zgromadzenie celem ukonstytuowania się Towarzystwa. Koledzy krakowscy sądzą, że biorąc licznie udział w zebraniach przygotowawczych zaznaczyli już dostatecznie swój zamiar należenia do mającego zawiązać się Towarzystwa. Jest to mniemanie błędne, gdyż Komisya nie może pamiętać wszystkich kolegów, którzy w zebraniach tych, liczących nieraz po stu obecnych, brali udział, lecz musi mieć dokładną listę mających należeć do Towarzystwa. Przeto raz jeszcze zwraca się Komisya organizacyjna do wszystkich p. t. czytelników *Przeglądu lekarskiego*, którzy na mocy statutu mają prawo zostać czynnymi członkami (a więc do wszystkich lekarzy i chirurgów, osiadłych w Galicyi, na Śląsku i na Bukowinie) z uprzejmą prośbą, aby raczyli zgłaszać się listownie i to jak najrychlej do sekretarzy Komisyi: Dra Langiego (ul. Sławkowska, 31), lub Dra Słapy (ul. Kolejowa, 4).

Komisya, uważając obecną porę za najodpowiedniejszą, rozpoczęła już przerwane w lecie czynności i sądząc, że dalsza zwłoka naraziłaby ją na pozornie słuszne zarzuty opieszałości, zwoła w najbliższym czasie, niezależnie od tego czy wpłyną dalsze zgłoszenia, zgromadzenie ogólne w celu zawiązania faktycznego Towarzystwa i dokonania wyboru zarządu, którego zadaniem będzie dalszą akcyą pokierować.

Równocześnie z zawiadomieniem o terminie tego zgromadzenia rozesłanym zostanie wszystkim Kolegom drukowany statut zawiązać się mającego Towarzystwa, aby nawet ci Koledzy, którzy nie znają dokładnie celu i planów Towarzystwa, mogli po zapoznaniu się z nimi łatwiej zdecydować się na przystąpienie. Raz jeszcze zwraca Komisya organizacyjna uwagę czytelników *Przeglądu lekarskiego*, że tylko tych Kolegów uważa za mających zamiar przystąpić do rzeczonego Towarzystwa, którzy to listownie na ręce sekretarzy wyrazili. Kolegom zaś, którzy dotychczas się nie zdecydowali, przysługuje prawo uczynić to każdej chwili, nawet w sam dzień ogólnego zebrania, o ile chcą brać udział w głosowaniu i obradach.

Kraków w listopadzie 1900.

Komisya organizacyjna.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Jeden z Kolegów krakowskich, nieżyczący sobie być na razie wymienionym, nadesłał na moje ręce, wraz ze zgłoszeniem przystąpienia do organizacyi lekarzy galicyjskich, książeczkę powiatowej kasy oszczędności w Krakowie, Nr. 31,849, opiewającą na 200 koron, z napisem „Fundusz zaopatrzenia lekarzy w Krakowie“. — Ofiarodawca pisze:

„Darowuję tę książeczkę i przeznaczam na cel na niej wypisany. Do tej wkładki niech przybywają następne, jak najliczniejsze — i większe — i bardzo wielkie, w nieskończoność, dopokąd lekarza, zwłaszcza wolnopraktykującego i potrzeb ludzkich! Każdy z nas bez wyjątku, zostawszy lekarzem aż do śmierci, bez względu na własne korzyści zasilać ją, w miarę możności i mnożyć fundusz zaopatrzenia może — i ze względu na siebie i najbliższych swoich w ciężkiej dobie obecnej — powinien!“ —

Książeczkę tę przechowuję tymczasowo w depozycie, aż do chwili, gdy organizacya lekarzy galicyjskich zawiązaną zostanie, fakt zaś sam podaję do publicznej wiadomości pp. Kolegów, jako piękny, rozumny i najprędzej do celu prowadzący przykład samopomocy.

Kraków, dnia 8 listopada 1900.

Dr. Adam Langie.

Otrzymujemy następujące pismo:

W Nrze 44 *Przeglądu lekarskiego* z b. r., w dziale „Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie“ autor, podpisany „Miekra“, podaje do wiadomości przypadek, jaki miał miejsce w Niemczech, a tyczący się lekarza, którego sąd uwolnił, mimo, iż ten odmówił bez podania przyczyny wykonania sekcyi sądowej. Autor notatki identyfikuje przypadek ten z przypadkiem, roztrząsanym niedawno przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską. Gdy z treści notatki wynika zapoznanie przez autora różnicy, jaka zachodzi w odnośnych ustawach, przeto pozwalam sobie zabrać głos w tej sprawie.

Stanowisko lekarza w Niemczech, a w Austryi, jest w stosunku do ustawy zupełnie różne. Wykonywanie praktyki lekarskiej w Niemczech jest dozwolone tak lekarzom, jak i osobom zupełnie do tego niekwalifikowanym, a więc partaczom, przyczem wykonywanie tej praktyki zależnem jest li tylko od woli lekarza, a obowiązanym on jest ustawą, czyli zmuszonym, do niesienia pomocy jedynie tylko w nagłych nieszczęśliwych wypadkach. Jeśli się nadto zważy, że do wykonywania praktyki sądowo-lekarskiej są przeznaczeni wyłącznie zawodowo wykształceni fizycy sądowi *(Medizinalbeamte)*, to zrozumiałem będzie, iż lekarz ów, postępując zgodnie z ustawą, musiał otrzymać wyrok uwalniający sądu.

Wprost przeciwnie przedstawiają się stosunki pod tym względem w Austryi. Wykonywanie czynności lekarskich dozwolone jest wyłącznie lekarzom, którzy dzięki posiadanym studyom uzyskali to prawo, a których tem samem bierze ustawa w opiekę przed wszelkiego rodzaju partaczami. Z drugiej znów strony musi lekarz, jeśli tylko urzędownie nie zgłosił, że praktyką się nie zajmuje, być posłusznym wezwaniu tak władzy, jak i strony prywatnej. Gdy zaś w Austryi do sprawowania urzędów lekarzy sądowych nie potrzeba niestety odrębnych jakich studyów lub egzaminu, gdy więc każdy lekarz uważanym jest za dostatecznie uzdolnionego do wykonywania praktyki sądowej, to jest on tem samem obowiązany wykonać na wezwanie sądu wskazaną mu czynność, chyba, że zdrowie jego, lub inna jakaś, rzeczywiście ważna przeszkoda, na to nie zezwala, czyli, że odmawiając bez dostatecznej przyczyny wezwaniu sądu, działa wbrew ustawie. — W przypadku, roztrząsanym przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, postąpił sąd niewłaściwie, gdyż lekarz tylko z tego powodu nie był posłuszny wezwaniu sądu, iż nie chciał narażać zdrowia swego, a nawet życia, na poważne niebezpieczeństwo. Niewłaściwe postąpienie sądu oceniła Izba dosadnie.

Dr. Horoszkiewicz.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 26 maja 1900 roku.

Obecni: prezes Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Walczyński i Dr. Trzebicky.

I. Przewodniczący zawiadamia, że został zaproszony na posiedzenie Komitetu obywatelskiego w sprawie Jubileuszu Uniwersytetu. Z powodu ważnych przeszkód udziału w posiedzeniu wziąć nie może, ale zastąpi go Dr. Trzebicky.

II. Na list Dr. D. donoszący o zaniechaniu praktyki, uchwalono odpowiedzieć, że zrzeczenie tego rodzaju należy adresować do c. k Starostwa.

III. Wśród dalszych obrad nad porządkiem dziennym pełnej Izby postanowiono polecić uchwałę Wiecu Izb o Kasach chorych do przyjęcia, z wyjątkiem punktu 1.

IV. Na projekt nowej ustawy o Izbach lekarskich uchwalono zgodzić się w zasadzie, z wyjątkiem następujących miejsc:

w § 2 wierszu 3 opuścić „mit Ausnahme der activen Militärärzte“;

w § 2 ustępie 2 opuścić „oder welche von ihr in ehrenräthliche Untersuchung gezogen sind;“

w § 12 zaproponować co do ustępu 1-go zatrzymanie stanu dotychczasowego, normowanego dotąd obowiązującą ustawę.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 4-go lipca 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Kohn, Dr. Walczyński i Dr. Trzebicky.

I. Udzielono zapomogi po 200 koron Dr. Ch. i Dr. Z. Jednego kolegę uwolniono od wkładek zaległych.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby odbytego w dniu 17 września 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

I. Udzielono zapomogi mech. Z. i wdowie po lekarzu T. K. po 50 koron, Dr. Ch. 200 kor.

II. Na prośbę Stowarzyszenia lekarzy w Bielsku i Białej o zatwierdzenie przedłożonej taryfy, uchwalono odpowiedzieć odmownie, gdyż Izba zasadniczo jest przeciwną uchwalaniu jakichkolwiek taryf za czynności lekarskie.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 7 kwietnia 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Rady.

I. Przewodniczący zawiadamia, że przesłał zażalenie mech. R. przeciw Dr. N. ostatniemu celem przysłania odpowiedzi.

II. Akta karne w sprawie Dr. L., oddano do referatu Dr. Trzebickyemu. W sprawie zażalenia c. k. Dyrekcyi poczt we Lwowie przeciwko Dr. B. uchwalono rozpisać rozprawę. Wskutek wzajemnych zażaleń Drów E. i T. uchwalono wdrożyć śledztwo przeciw Dr. T. (ref. Dr. Kohn). Koledze E. odpowiedziano na jego zapytanie, że Izba nie doradza ogłaszania otwartego listu przeciwko Dr. D., gotowa jednak na żądanie Dr. E. wytoczyć śledztwo przeciw Dr. D.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 21 kwietnia 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Kohn i Dr. Trzebicky.

Odbyła się rozprawa przeciw Dr. B., który się do niej nie stawił. Udzielono mu ostrzeżenie za niewłaściwy sposób pisania do c. k. Dyrekcyi poczt we Lwowie.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 21 kwietnia 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Walczyński i Trzebicky.

I. Sprawę Dr. E. przeciw Dr. D. oddano do referatu Dr. Walczyńskiemu.

II. W sprawie przeciw Drom G. i L. uchwalono rozpisać rozprawę.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 4-go lipca 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Kohn, Dr. Walczyński i Dr. Trzebicky.

I. Odbyła się rozprawa przeciw Dr. G., który stanął do niej osobiście wraz z Dr. H. jako mężem zaufania. Uchwalono, że Dr. G. ubliżył godności stanu lekarskiego przez to, że zachowaniem swojem spowodował postępowanie sądowe, które zakończyło się skazaniem go na ścisły areszt 8 dniowy — i udzielono mu nagany (Ref. Dr. Trzebicky).

II. Dr. L. do rozprawy przeciw niemu rozpisanej nie stanął. Uchwalono, że Dr. L. uchybił powadze stanu lekarskiego tem, że postępowaniem swojem doprowadził do rozprawy sądowej, która zakończyła się skazaniem go na areszt 5 miesięczny — i udzielono mu nagany. (Ref. Dr. Trzebicky).

III. Przeciw Dr. N. uchwalono na wniosek referenta (w zastępstwie Dr. Trzebicky) rozpisać rozprawę i wezwać skarżącego mech. R. by się do niej również stawił.

IV. Dochodzenie przeciw Dr. T. uchwalono odstąpić Izbie wschodnio-galicyjskiej.

V. W sprawie sporu między Drami E. i D. uchwalono na wniosek referenta (Dr. Walczyński) nie wkraczać przeciw Dr. D. dla braku powodu ku temu.

VI. W sprawie Dr. K. przeciw Dr. U. uchwalono większością głosów zapytać się zwierzchności gminnej w miejscu pobytu tych kolegów, kto obecnie pełni obowiązki oglądacza bydła i czy Dr. U. na posiedzeniu Rady gminnej obowiązał się stale pełnić tę funkcyę w razie, gdyby się nikt inny nie zgłosił.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 15 listopada 1900.

Otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyo!

Z powodu zamieszczonego w Nrze 44 *Przeglądu lekarskiego* listu doc. Dra I. Lembergera, oraz spowodowanych tym listem wyjaśnień Szanownej Redakcyi, mamy zaszczyt podać następujące uwagi.

Dnia 2-go listopada, a więc niezależnie od pomienionego listu miało miejsce w Zakładzie do badania środków spożywczych porozumienie się urzędników tego Zakładu, w celu ułożenia projektu rozporządzenia, dotyczącego handlu mlekiem w Krakowie. Niżej podpisani wzięli na siebie zreferowanie tej sprawy za porozumieniem się z chemikiem miejskim.

Zaznaczywszy to, uważamy za konieczne wyjaśnić: 1) że ustawa, dotycząca handlu mlekiem, a wydana przez państwo, może być nakreślona tylko w ogólnych zarysach, ponieważ normy, odnoszące się do odsetka tłuszczu w mleku, oraz kwasowości mleka, lub też zawartości tłuszczu w śmietanie i t. d., muszą być dla rozmaitych części państwa, ba nawet dla miast oddzielnych, rozmaite, a to ze względu na warunki miejscowe; 2) że pomimo to Zakład nasz nie omieszka podjąć się w tym kierunku inicyatywy; 3) że oddzielne gminy mają prawo, a z natury rzeczy obowiązek, wydawać rozporządzenia, regulujące handel i wytwarzanie środków spożywczych w obrębie gminy; 4) że takie rozporządzenia bywają wydawane we wszystkich większych, a często mniejszych, miastach Europy; 5) że zatem władze miejscowe w Krakowie są istotnie w pierwszym rzędzie powołane do tego, aby wydać rozporządzenie, określające w ramach ustawy z d. 16 stycznia 1896, sposób urządzenia i utrzymywania lokalów sprzedaży nabiału, jego przechowywania w handlach, oraz na rynku, a również normy dla mleka, śmietanki i masła; 6) że nam chodzi jedynie o współdziałanie, czego dowodem jest plan wspólnego opracowania dla Krakowa wspomnianego projektu rozporządzenia, dotyczącego nabiału.

Zdaniem naszem ustawa sama nie poprawi jeszcze mleka krakowskiego, jeżeli miasto nie stworzy sprężystej i energicznej kontroli targowo-sanitarnej. Dotychczasowa stanowczo jest niedostateczna, chociaż ją pełni chemik miejski, znany z pilności i sumienności; — posada komisarza dotychczas nieobsadzona, a funkcyę jego spełnia zastępca z pomocnikiem, obarczeni aż nadto sprawami porządku i administracyi. Żądanie, by chemik miejski osobiście kontrolował mleko na targu, jest niestósownem, raz, że do tego nie potrzeba wcale specyalnych wiadomości z chemii i zupełnie dobrze kontrolę tę spełniać może człowiek z wykształceniem średniem, obeznany z odnośnymi przyrządami, odwołujący się w wątpliwych przypadkach do chemika miejskiego, a powtóre dlatego, że jeden człowiek tego dokonać nie może mimo największej pilności. — Jakiejże to kontroli podlega mleko, wprowadzane do miasta przez kobiety wiejskie i dwory okoliczne, a roznoszone po domach? Ilość tego przekracza kilka razy tę, którą sprzedaje się na targu i w mleczarniach: — tej chemik miejski nie widzi. Skuteczność kontroli sprzedawanego mleka, jak tego dowodzi statystyka miast o dobrej kontroli, zależy nie tyle i nie tylko od fachowości organu kontrolnego, ile od ilości tych organów. A więc więcej kontroli, liczniejsza niech będzie, choć nietyle fachowa, a fałszerstwo i niedbalstwo na targu mlecznym w Krakowie bardzo znacznie zmaleje! Czyż może brak ludzi do tego celu w magistracie? Nie — boć oto przed kilku miesiącami ukończyło 2 urzędników tego magistratu kurs dla komisarzy targowych; nabyli oni dla kontroli targowej produktów spożywczych dostatecznie wiadomości i wprawy. Dlaczegoż zatem nie użyć ich do tego celu?

Na jedną jeszcze rzecz pragnęlibyśmy zwrócić uwagę: okoliczność, utrudniająca kontrolę przez publiczność i organa kontrolne sprzedawanego mleka, polega na braku napisów, nieruchomo umieszczonych na naczyniach, któreby objaśniały kupujących o zawartości tych naczyń. Wtedy nie byłoby tego wielkiego niestosunku między ilością urzędownie napotkanych sfałszowań, a skargami publiczności. Na potrzebę napisów tych zwracali już przed kilku laty uwagę prof. Bujwid i ówczesny chemik miejski, prof. Jentys.

Reasumując uwagi nasze we wnioskach praktycznych, uważamy za wskazane do poprawy w Krakowie sprzedawanego mleka wprowadzenie następujących zarządzeń urzędowych:

1. Przedewszystkiem obowiązkowych, niedających się zdejmować napisów na naczyniach z określeniem jakości mleka.

2. Ustanowienia kilku rzeczywistych komisarzy targowych nie do czynności biurowej, lecz stałej na targu, w mleczarniach, na rogatkach, przez które najwięcej mleka przechodzi do Krakowa i na ulicach miejskich.

3. Ustawowego określenia własności normalnych mleka, przeznaczonego dla Krakowa.

Z prawdziwym szacunkiem

A. Wróblewski. *Dr. Leonard Bier.*

* Wiec lekarzy okręgowych odbył się jak to było zapowiedziano dn. 10 b. m. we Lwowie. Zjechało się 44 lękarzy. W wiecu wzięli udział: protomedyk radca Dr. Merunowicz i krajowy inspektor sanitarny Dr. Barzycki; ze strony zaś Wydziału krajowego: inspektor szpitali Dr. Stella-Sawicki i prowadzący referat lekarzy okręgowych p. W. Słomkowski. Referaty wygłosili Drowie: Ustrzycki, Bednarski i Zasacki. Po wyczerpującem omówieniu spraw będących treścią i celem wiecu, wybrano Komitet, złożony z 5 członków, do którego weszli Drowie: Natter, Ferensiewicz, Ustrzycki, Zasacki, Bednarski oraz zastępcy: Cieszewski i Rokossowski. Zadaniem tego Komitetu będzie zajęcie się opracowaniem uchwał, powziętych w kierunku zmiany i uzupełnienia niektórych postanowień instrukcyi służbowej, oraz petycyi do Wydziału krajowego i Sejmu o polepszenie płac i zabezpieczenie na starość. Obradom przewodniczył Dr. W. Natter z Frysztaka.

* Dnia 10 b. m. odbył się we Lwowie wykład habilitacyjny Dr. Adama Sołowija, w celu uzyskania stopnia docenta położnictwa i ginekologii.

* Ministeryum spraw wewnętrznych w Austryi, zakazało w granicach państwa sprzedaży przyrządów Bretschneidera z Hamburga, mających służyć do zapobiegania poczęciu, oraz elektro-homeopatycznych środków leczniczych Sautersa.

* W Wiedniu istnieje Stowarzyszenie lekarskie, założone przed sześciu miesiącami, które pobiera] od swych członków od 3 do 6 zlr. rocznie. a za to w razie śmierci jednego z nich, wypłaca rodzinie tyle zlr., ilu jest członków tego Stowarzyszenia. Pomimo że organizacya ta trwa dopiero od pół roku, Stowarzyszenie wypłaciło już dwom rodzinom po 1000 koron; czwarta część lekarzy wiedeńskich wpisała się już do tej organizacyi.

* Według obecnie obowiązujących ustaw w Rosyi, Dr. medycyny cudzoziemiec, pragnący nabyć prawa praktyki lekarskiej w tem państwie, obowiązany jest zdać egzamin na stopień lekarza, przyczem zwalnia się go od przedłożenia świadectwa dojrzałości, oraz od absolutoryum z odbytych 10 półroczy studyów, a przy egzaminie wolno mu posłużyć się językiem łacińsktm lub innym europejskim, zwyczajnie w takich razach przyjętym. W ostatnim czasie rozesłał minister oświaty do wszystkich wydziałów lekarskich w Rosyi następujące zapytanie: „czy nie należałoby od zagranicznych doktorów medycyny, którzy pragnęliby praktykować w Rosyi, wymagać równych i takich samych warunków i obowiązków przy składaniu przez nich egzaminu, jakich się wymaga od obywateli rosyjskich.?“ (Kazanskij Telegraf 20—X).

* Warszawskie Towarzystwo hygieniczne wydało drugi nakład broszurki »Kąpiele dla robotników,« ogłoszonej przed rokiem przez lekarzy i techników łódzkich.

* Trzeci i czwarty zeszyt wydawnictwa „L'Année chirurgicale,“ opuściły prasę. Przypominamy, że Dr. Pani Józefa Joteyko (Bruxelles r. de l'Arbre Bénit 51) jest sprawozdawczynią z piśmiennictwa polskiego i że pod jej adresem należy wysyłać prace polskie z zakresu chirurgii.

* Paryżanie, jak wiadomo, czerpią do wodociągów wodę z Sekwany i zapewne wskutek lichego urządzenia sączków (filtrów), mają od dłuższego już czasu endemię duru brzusznego. Obecnie tygodniowo zapada na tę chorobę 100 osób, z których 20 umiera. W ciągu ubiegłych 40 tygodni 1900 r. zachorowało na dur w Paryżu osób 4192; z tych zmarło 729.

* Paryzkie czasopismo „Journal de medicine de Paris“ z 26-go sierpnia zostało skonfiskowane z powodu artykułu w wysokim stopniu obrażającego moralność.

Mianowania i odznaczenia. Cesarz nadał prof. lwowskiemu Dr. Henrykowi Kadyemu tytuł Radcy Dworu, Dr. F. A. König mian. został prof. nadzw. w Berlinie, Dr. N. S. Aliwisatos mian. nadzw. prof. patologii chirurgicznej w Atenaach.

Nekrologia. Dr. Stetter, profesor chirurgii, zmarł w Królewcu, w 52 r. życia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Postępie Okulistycznym* (październik) Dr. Cetnarowicza S.: Leczenie jaglicy. Dr. Talki I.: Meningocele intraorbitalis posterior. Dr. Bednarskiego A.: Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki. W *Krytyce Lekarsklej* Nr. 11 Dunina T.: Słówko w sprawie analiz moczu. Kramsztyka Z.: Felczerzy w szpitalu. Dunina T.: O potrzebie reformy naszej prasy lekarskiej. Wizla A.: Stosunek psychologii do psychiatryi. Peszkego I.: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 11 Dr. Świąteckiego I.: Przyczynki do kazuistyki złamań czaszki (dok.) Dr: Dreckiego F.: Dane o szczepieniu ospy w pow. kaliskim w r. 1899. Dr. Sonnenberga E.: Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki (dok.). Dr. Rosenthala H.: Tyfus brzuszny w szpitalu fundacyi małżonków Poznańskich w Łodzi w latach 1897, 1898 i 1899. W *Nowinach Lekarskich* Z. 21. Dr. Rychlińskiego K.: Środki ku powstrzymaniu alkoholizmu. Dr. Sędziaka I.: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych (dok.) W *Medycynie* Nr. 45 Dr. Grosglika A.: Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeżączce przedniej cewki. Grudzińskiego Z.: Przypadek tężyczki. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 45 Zielińskiego E. W.: O zboczeniach w budowie ciała suchotników. Kopczyńskiego St.: Przypadek bezładu dziedzicznego, czyli t. zw. choroby Friedreicha.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Krokiewicz A.: Zur Behandlung der Lungentuberculose mit intravenösen Hetolinjectionen nach Landerer (Odbitka z »Wiener klin. Wochenschrift« Nr. 40. 1900).

— Tenże: Dalsze przypadki tężca urazowego, leczone wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej (Odbitka z „Gazety Lekarskiej,“ 1900).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka z „Wien. klin. Wochenschrift“ Nr. 32, 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 21 b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. dr. Stankiewicz Wiktor: „O leczeniu zmian zapalnych okołomacicznych“; 2) kol. doc. Seńkowski Michał: „O budowie i syntezach ciał ksantynowych“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 171.

KONKURS

Na posadę Asystenta przy katedrze fizyologii Uniwersytetu lwowskiego. Posada ta nadaną zostanie na dwa lata, mianowicie od 1 stycznia 1901 do końca grudnia 1902 r. Z posadą łączy się remuneracya w kwocie 1400 koron rocznie oraz wolne mieszkanie.

Podania wnosić należy do Dziekanatu Wydziału lekarskiego lwowskiego do dnia 30 listopada 1900 r.

We Lwowie dnia 6 listop. 1900.

Dziekan Wydziału lekarskiego

Mars.

Rok XXXIX. Kraków, 24 Listopada 1900. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał
Dr. Edmund Kowalski
lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka" we Lwowie.

Kąpiele gazowe naturalne, o ciepłocie 31 — 32·5° C, (Nauheim) cieszą się, jak powszechnie wiadomo, wielką wziętością w leczeniu schorzeń narządu krążenia, i nie bez słuszności, bo widzimy po ich użyciu bardzo często wyniki nader pomyślne.

Ponieważ jednak spostrzeżenia dotychczasowe co do ich działania na narząd krążenia różnią się między sobą i to zasadniczo (Gräupner, Schott, Hensen), a za jeden z głównych czynników, wywierających wpływ, obok składników mineralnych uważa się bezwodnik węglowy, nadto ponieważ wobec różnych wyników odnośnych doświadczeń nie możemy mieć pewnych wskazówek co do stosowania gazowych kąpieli jako środka leczniczego, przeto zadaniem niniejszej pracy będzie, po pierwsze: wykazać, czy kąpiele gazowe wywołują zmiany i jakie, a jeśli wywołują, od czego one głównie zależą; powtóre: uzyskać możność wysnucia z otrzymanych danych wniosków stałych i wskazań leczniczych.

By jednemu i drugiemu założeniu zadość uczynić, obrałem drogę doświadczalno-porównawczą, mianowicie starałem się w pierwszym rzędzie wykazać, jak się zachowuje czynność serca i ciśnienie krwi przy narządzie krążenia prawidłowym, a następnie, przy chorobowo zmienionym, pod wpływem bodźców termicznych o różnem nasileniu, w postaci kąpieli zwykłych i kąpieli gazowych.

W tym celu stosowałem najprzód u osobników zdrowych, tj. z narządem krążenia prawidłowym, kąpiele zwykłe o różnej ciepłocie, począwszy od 18° C, a skończywszy na 41° C, i oznaczałem po unieruchomieniu odpowiedniem kończyny górnej i przy zachowaniu możliwych ostrożności tętno sprychowe przyrządem Dudgeona przed kąpielą, wśród kąpieli, przeciętnie co 5—10 minut, wreszcie po kąpieli, również w podobnych odstępach czasu, przez przeciąg 60 minut, a równocześnie za każdem prawie zdjęciem tętna oznaczałem ciśnienie krwi w tętnicy sprychowej kończyny drugiej sfigmomanometrem Bascha.

Następnie u takich samych osób, tj. także zdrowych, stosowałem kąpiele gazowe o ciepłocie 30, 32, 33, 36 i 39° C, zdejmując obrazy sfigmograficzne i oznaczając ciśnienie krwi w równych warunkach i odstępach czasu, jak wyżej.

Po przeprowadzeniu tych dwóch szeregów doświadczeń, stosowałem u osobników chorych, tj. ze zmianami w narządzie krążenia, kąpiele gazowe o ciepłocie 31, 31·5, 32, 32·5, 36 i 37° C, oznaczając również ilość i jakość tętna, oraz ciśnienie krwi, zwracając uwagę prócz tego na zachowanie się czynności oddechania i ilości dziennej wydzielanego moczu.

Zestawienie wyników doświadczeń szeregu pierwszego i drugiego da nam możność porównania, względnie wykazania różnicy w działaniu kąpieli zwykłych, a kąpieli gazowych w ogólności, a tem samem rozstrzygnie, od czego działanie to zależy; zestawienie wyników doświadczeń szeregu trzeciego z obu powyższymi da nam możność porównania, względnie wykazania różnicy w działaniu kąpieli na narząd krążenia prawidłowy, a chorobowo zmieniony; wreszcie zestawienie wyników wszystkich trzech szeregów doświadczeń upoważni nas do poczynienia pewnych wniosków co do wskazań leczniczych.

W czasie wszystkich doświadczeń pozostawał każdy badany tak przed, wśród, jak i po kąpieli w jednem i tem samem położeniu, tj. siedząc z wyciągniętemi poziomo kończynami dolnemi, nie wykonując przytem prawie żadnych ruchów dowolnych.

Do sporządzenia kąpieli gazowych używałem przetworu z fabryki Dra Ernesta Sandowa z Hamburga. Jest to ze wszystkich, znanych mi przetworów, najlepszy; bezwodnik węglowy wywiązuje się nadzwyczaj obficie i jednostajnie, przeciętnie przez przeciąg 30—35 minut.

A) Kąpiele zwykłe i gazowe, stósowane u osobników zdrowych, tj. z narządem krążenia prawidłowym.

a) Kąpiele zwykłe.

Kąpiel na 18° C przez 3 minuty.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	100	130 Mm.
w kąpieli		
po 1 min.	88	— »
po 3 min.	86	170 »
po kąpieli		
po 10 min.	82	170 »
po 25 min.	82	160 »
po 35 min.	82	160 »

Kąpiel na 25° C przez 8 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	82	130 Mm.
w kąpieli		
po 4 min.	68	160 »
po 8 min.	68	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	72	160 »
po 15 min.	72	160 »
po 30 min.	72	140 »
po 45 min.	80	140 »

Kąpiel na 28° C przez 5 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	60	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	52	170 »

Kąpiel na 30° C przez 10 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	80	140 Mm.
w kąpieli		
po 2 min.	68	— »

	liczba tętna	ciśnienie krwi
po kąpieli		
po 5 min.	52	170 »
po 15 min.	56	160 »
po 30 min.	57	160 »
po 60 min.	58	150—160 »

	liczba tętna	ciśnienie krwi
po 5 min.	72	160—165 »
po 10 min.	72	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	72	160 »
po 15 min.	72	160 »
po 30 min.	72	160 »

Kąpiel na 32° przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	86	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	80	140 »
po 15 min.	78	150 Mm.
po 25 min.	76	150 »
po kąpieli		
po 5 min.	76	150 »
po 15 min.	78	150 »

Kąpiel na 32° przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	76	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	70	150 »
po 15 min.	68	150—160 »
po 25 min.	66	150—160 »
po kąpieli		
po 5 min.	72	150 »
po 25 min.	72	150 »

Kąpiel na 32° C przez 10 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	60	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	57	150 »
po 10 min.	56	150 »
o kąpieli		
po 5 min.	58	160 »
po 10 min.	58	160 »
po 30 min.	60	150 »

Kąpiele na 33°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnie nie krwi
Przed kąpielą	68	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	64	150 »
po 10 min.	60	160 »
po 25 min.	60	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	60	160 »
po 25 min.	62	150 »

Kąpiel na 34° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	72	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	74	120—130 »
po 15 min.	74	120—130 »
po 25 min.	74	120—130 »
o kąpieli		
po 5 min.	72	130 »
po 15 min.	72	— »
po 25 min.	72	130 »
po 45 min.	72	— »
po 60 min.	72	130 »

Kąpiel na 34° C przez 15 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	60	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	58	130 »
po 15 min.	56	130 »
po kąpieli		
po 10 min.	60	130 »
po 30 min.	60	130 »
po 60 min.	60	130 »

Kąpiel na 36° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	74	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	78	130 Mm.
po 15 min.	84	130 »
po 25 min.	78	130 »
po kąpieli		
po 5 min.	76	130 »
po 15 min.	76	— »
po 25 min.	76	130 »
po 35 min.	74	— »
po 45 miu.	74	— »
po 60 min.	74	130 »

Kąpiel na 36° przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	70	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	76	130 »
po 15 min.	78	120 »
po 25 min.	78	120 »
po kąpieli		
po 5 min.	74	130 »
po 20 min.	72	140 »
po 30 min.	72	— »
po 60 min.	72	140 »

Kąpiel na 39° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	140—150 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	78	130 »
po 15 min.	92	120 »
po 25 min.	92	120 »

Kąpiel na 39° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	58	160 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	60	140 »
po 15 min.	68	120 »
po 25 min.	70	110—115 „

	liczba tętna	ciśnienie krwi
po kąpieli		
po 5 min.	72	130 »
po 15 min.	72	— »
po 25 min.	72	130 »
po 35 min.	72	— »
po 45 min.	72	130 »
po 60 min.	72	130 »

	liczba tętna	ciśnienie krwi
po kąpieli		
po 8 min.	64	130 »
po 20 min.	62	140 »
po 45 min.	62	140 »
po 60 min.	60	150 »

Kąpiel na 41° C przez 15 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	72	150 Mm.
w kąpieli		
po 3 min.	84	130 »
po 8 min.	112	110 »
po 15 min.	112	110 »
po kąpieli		
po 5 min.	96	120 »
po 15 min.	84	— »
po 25 min.	80	130 »
po 45 min.	80	— »
po 60 min.	78	130 »

Przypatrzywszy się otrzymanym wynikom, zauważyć możemy, że tak liczba tętna, jak i ciśnienie krwi, ulega pewnym zmianom pod wpływem przytoczonych zabiegów termicznych: raz liczba uderzeń serca zmniejsza się, drugi raz się zwiększa, ciśnienie się podwyższa, to znów obniża i to tak w czasie trwania kąpieli, jak i po jej zaprzestaniu.

Zebrawszy dla jaśniejszego przeglądu ilości maksymalne zwolnienia, względnie przyśpieszenia tętna, podwyższenia, względnie obniżenia ciśnienia krwi przy poszczególnych kąpielach i oznaczywszy przez (+) maksymalne zwiększenie się liczby tętna i maksymalne podwyższenie się ciśnienia, a przez (—) maksymalne zmniejszenie się liczby tętna i maksymalne obniżenie się ciśnienia krwi, otrzymamy następujące zestawienia:

Kąpiel na 18° C.

W kąpieli . .	—14	+40 Mm.
po kąpieli .	—18	+40 »

Kąpiel na 25° C.

W kąpieli . .	—14	+30 Mm.
po kąpieli .	—10	+30 »

Kąpiel na 28° C.

W kąpieli . .	— 8	+30 Mm.
po kąpieli .	— 8	+30 »

Kąpiel na 30° C.

W kąpieli . .	—12	+20, 25
po kąpieli .	— 8	+20 Mm.

Kąpiel na 32° C.

W kąpieli . .	—10	+20 Mm.
po kąpieli .	—10	+20 »

Kąpiel na 32° C.

W kąpieli . .	—10	+20 Mm.
po kąpieli .	— 4	+10 »

Kąpiel na 32° C.

W kąpieli . .	— 4	+10 Mm.
po kąpieli .	— 2	+20 »

Kąpiel na 33° C.

W kąpieli . .	— 8	+20 Mm.
po kąpieli .	— 8	+20 »

Kąpiel na 34° C.

W kąpieli . .	+ 2	— Mm.
po kąpieli .	—	— »

Kąpiel na 34° C.

W kąpieli . .	— 2	— Mm.
po kąpieli .	—	— »

Kąpiel na 36° C.

W kąpieli . .	+10	—10 Mm.
po kąpieli .	+ 2	—10 »

Kąpiel na 36° C.

W kąpieli . .	+ 8	—20 Mm.
po kąpieli .	+ 4	—10 »

Kąpiel na 39° C.

W kąpieli . .	+24	—30 Mm.
po kąpieli .	+ 4	—10,20 »

Kąpiel na 39° C.

W kąpieli . .	+12	—35 Mm.
po kąpieli .	+ 6	- 30 »

Kąpiele na 41° C.

W kąpieli . .	+40	—40 Mm.
po kąpieli .	+24	—30 »

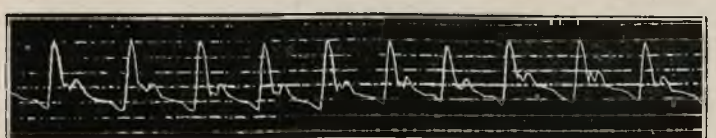
Z powyższych zestawień widzimy, że liczba tętna i zachowanie się ciśnienia krwi tak wśród, jak i po kąpieli ulega pewnym i to nieraz znacznym wahaniom. Wahania te uwidoczniają się w dwóch kierunkach: raz występuje zwolnienie ruchów serca przy równoczesnem podniesieniu się ciśnienia krwi; drugi raz — przyspieszenie ruchów serca przy równoczesnem obniżeniu ciśnienia krwi. Wahania te w jednym i drugim kierunku zależą od ciepłoty użytej wody; poniżej 34° C mamy stale zwolnienia ruchów serca i podniesienia się ci nienia, — powyżej zaś 34° C przyspieszenie ruchów serca i obniżenie się ciśnienia Ciepłota około 34° C stanowi niejako punkt środkowy, do pewnego stopnia obojętny, podczas gdy tak niższa, jak i wyższa, zachowuje się wobec ustroju czynnie.

Działanie to jednak, jak widzimy, nie jest równomierne, czyli równe co do nasilenia, lecz zależy znów od względnie wyższego, lub względnie niższego stopnia ciepłoty. Kąpiele poniżej 34° C wywołują tem znaczniejsze zmiany w pierwszym kierunku, im zimniejszej użyjemy wody, przeciwnie kąpiele powyżej 34° C tem znaczniejsze w drugim kierunku, im woda będzie cieplejsza.

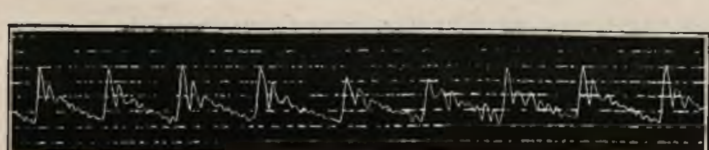
Jeżeli się przypatrzymy załączonym obrazom sfigmograficznym, uderzą nas, obok zmian w częstości tętna, zmiany w jego jakości. Krzywe, zdjęte w czasie kąpieli i po kąpieli, różnią się kształtem od krzywych, zdjętych przed kąpielą. Tak, na krzywych zdjętych wśród i po kąpieli o ciepłocie 18, 25, 30, 32° C widzimy na ramieniu zstępującem silnie i wybitnie występujące wyniosłości, odpowiadające falom drugorzędnym, przy równoczesnem wyraźnem zwiększeniu się wysokości fali tętna, szczególnie przy ciepłocie 30 i 32° C; — na krzywych zdjętych wśród i po kąpieli o ciepłocie 36, 39 i 41° C nie tylko nie spostrzegamy świeżych wspomnianych wyniosłości, ale i owszem zanik, istniejących już przed kąpielą, czyli widzimy brak owych fal drugorzędnych, a tylko

Kąpiel na 18° C.

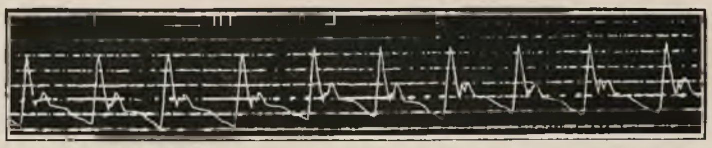
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.

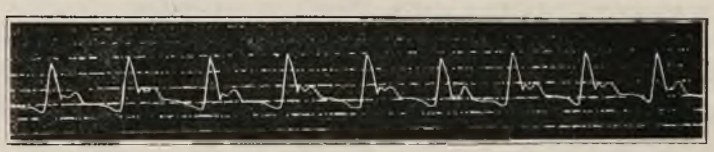


Po kąpieli.

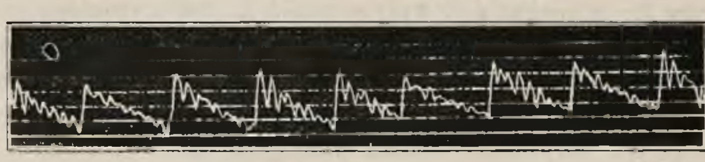


Kąpiel na 25° C.

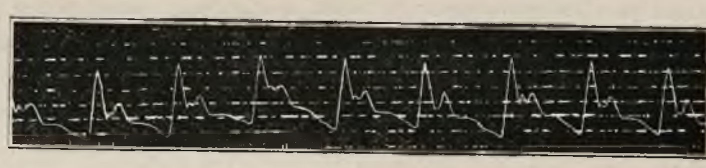
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

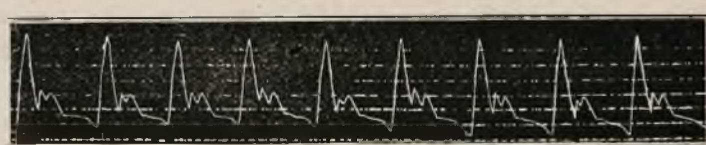


Kąpiel na 30° C.

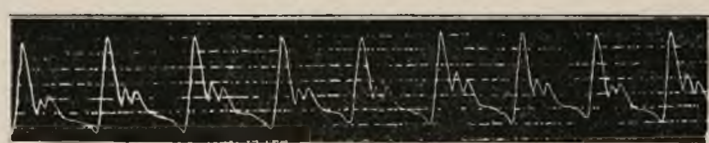
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



wyraźnie zaznaczoną falę dwubitną, jak również lekkie zmniejszenie się wysokości fali tętna; — na krzywych zaś, zdjętych wśród i po kąpieli o ciepłocie 34° C, różnic w tym względzie nie spostrzegamy prawie żadnych.

Zatem zmiany te tętna, podobnie jak szybkość skurczów serca i zachowanie się ciśnienia krwi, zależą od ciepłoty wody. Ciepłota około 34° C stanowi granicę prawie oboję-

tną, poniżej zaś i powyżej 34° C wpływa dodatnio, wywołując zmiany wręcz przeciwne, które znów między sobą różnią się tylko ilościowo, tj. są tem wybitniejsze w jednym lub drugim kierunku, im zimniejszej, względnie cieplejszej, użyliśmy wody.

Fale drugorzędne zależą, jak wiadomo, od drgania ścian naczyń i są tem wyraźniejsze, im ściany więcej są napięte i na odwrót. Wzmożone napięcie ścian może być wynikiem zmian patologicznych w samych ścianach naczyń (miażdżyca), lub zwiększonej przeszkody w krążeniu skutkiem zboczeń w narządach wewnętrznych ustroju; zmniejszone zaś napięcie skutkiem np. osłabienia ustroju przez choroby zakaźne, utratę krwi itp., — czyli, że tak w jednym, jak drugim przypadku przyczyną zmian w sprężystości ścian naczyń są czynniki patologiczne.

W doświadczeniach naszych fale drugorzędne pod wpływem kąpieli poniżej 34° C się zwiększają, czyli napięcie ścian się wzmaga; pod wpływem zaś kąpieli o ciepłocie powyżej 34° C fale te zanikają, czyli napięcie się zmniejsza; ustrój osobnika, użytego do doświadczenia, nie zmienił się, musimy przeto przyczyny tego zjawiska szukać nie we wspomnianych stałych zboczeniach patologicznych, lecz w stanach naczyń doraźnych, chwilowych, a to wywołanych zadrażnieniem obwodowem nerwów naczynio-ruchowych. Zadrażnienie zatem powłok zewnętrznych wodą o ciepłocie poniżej 34° C wzmaga drogą nerwów naczynio-ruchowych napięcie ścian naczyń krwionośnych, czyli czyni tętno twardszem, zadrażnienie zaś wodą o ciepłocie powyżej 34° C zmniejsza napięcie ścian, czyli czyni tętno miększem. Oprócz zmian w występowaniu fal drugorzędnych, widzimy, jak wspomniałem, zmiany w wysokości fali tętna. Pod wpływem kąpieli o ciepłocie poniżej 34° C wysokość fali się zwiększa, pod wpływem kąpieli o ciepłocie powyżej 34° C nieco się zmniejsza. Od czegóż mogą zależeć owe wahania w wysokości fali tętna?

Pachon[1]) robiąc doświadczenia nad zachowaniem się tętna na przyrządzie, naśladującym narząd krążenia, a podobnym do przyrządu Webera, przyszedł do następujących wyników: ile razy siłę skurczów gruszki elastycznej, odpowiadającej sercu, wzmagał, zwiększała się wysokość fali tętna w rurach, odpowiadających tętnicom, pomimo równoczesnego podniesienia w nich ciśnienia ościennego i na odwrót: ile razy siłę skurczów gruszki zmniejszał, malała szybkość fali w rurach, pomimo równoczesnego obniżenia w nich ciśnienia; czyli, że w pierwszym razie pomimo zwiększenia się oporu w tętnicach wysokość fali wzmagała się, w drugim pomimo zmniejszenia się oporu — obniżała, a zależało to od zwiększonej, lub zmniejszonej siły środkowej, czyli siły serca.

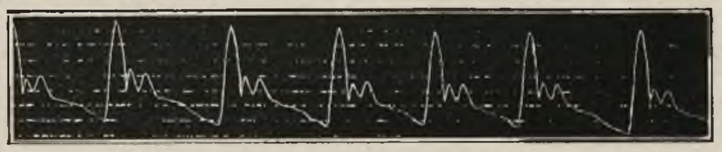
Wnioski zaś swoje w tym względzie formułuje on w ten sposób: wysokość fali tętna zwiększa się we wszystkich tych przypadkach, gdzie siła środkowa, popędowa, bierze przewagę nad równoczesnym wzrostem napięcia tętniczego i na odwrót: wysokość fali tętna maleje we wszystkich tych przypadkach, gdzie siła popędowa do tego stopnia się zmniejsza, iż ujemny jej w tym kierunku wpływ bierze górę nad dodatniem działaniem obniżonego równocześnie napięcia tętni-

[1]) V. Pachon. Des rapports de la force et de la forme du pouls avec la tension du coeur et son influence sur le dicrotisme. — (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, Nr. 16—15, Novembre 1899).

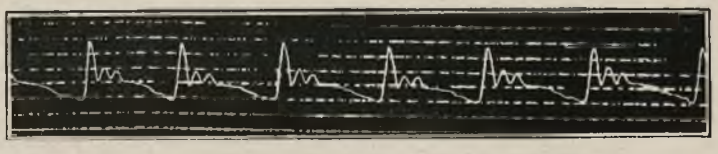
Kąpiel na 32° C.
Przed kąpielą.



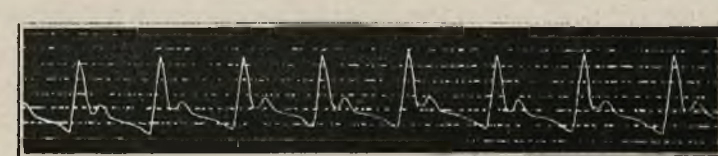
W czasie kąpieli.



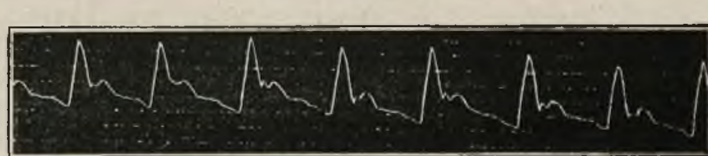
Po kąpieli.



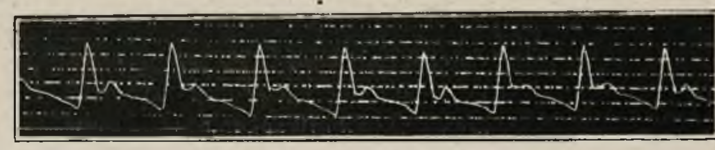
Kąpiel na 34° C.
Przed kąpielą.



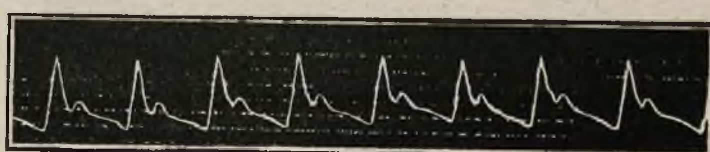
W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



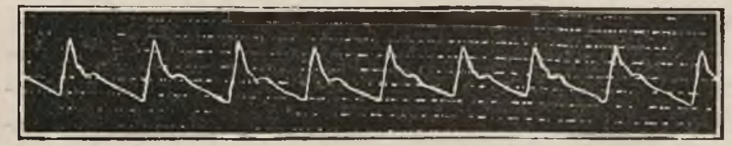
Kąpiel na 36° C.
Przed kąpielą.



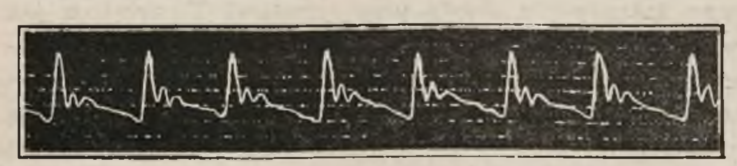
W czasie kąpieli.



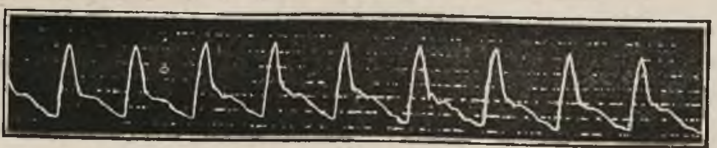
Po kąpieli.



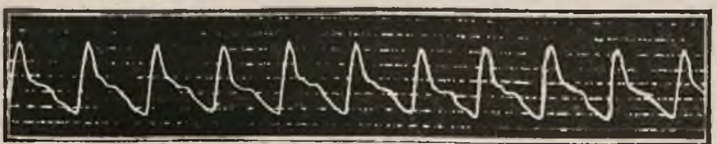
Kąpiel na 39° C.
Przed kąpielą.



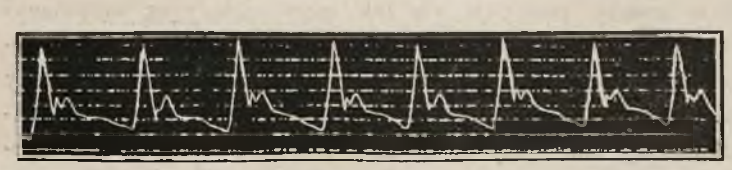
W czasie kąpieli.



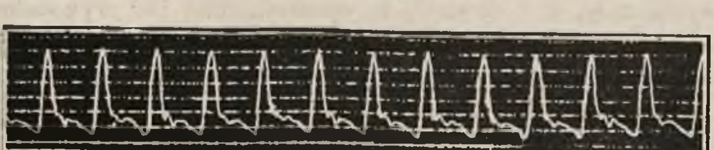
Po kąpieli.



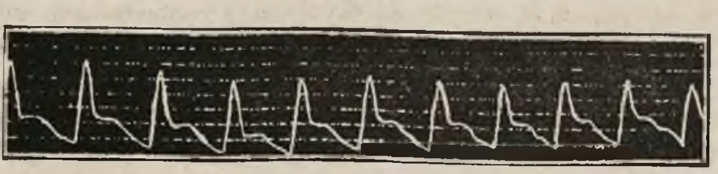
Kąpiel na 41° C.
Przed kąpielą.



Wczasie kąpieli.



Po kąpieli.



czego; — czyli, że każdorazowa wysokość fali jest wypadkową działania głównie dwóch tych czynników antagonistycznych, i odpowiada czynnikowi temu, który w danej chwili ma przewagę.

Zupełnie analogiczny obraz przedstawiają wyniki, otrzymane z naszych doświadczeń. I tu pomimo zwiększonego napięcia tętniczego mamy pod wpływem nizkiej ciepłoty wysoką falę; pomimo zaś zmniejszenia się napięcia pod wpływem wysokiej ciepłoty nieco niższą falę. Ponieważ wysokość fali tętna jest wypadkową działania głównie dwóch czynników, t. j. napięcia tętniczego i siły popędowej, czyli siły skurczów serca, przeto, skoro jeden z nich, tj. napięcie tętnicze, uległ zmianie, musiał i drugi czynnik, tj. energia serca, również zmienić swe nasilenie i to o tyle, by módz wziąść przewagę nad czynnikiem pierwszym — czyli, że działanie nizkiej ciepłoty musi obok zwolnienia ruchów serca wzmagać siłę jego skurczów, zadziałanie zaś wysokiej ciepłoty obok przyspieszenia ruchów serca siłę jego skurczów osłabiać.

Bodźce zatem termiczne działają w trzech kierunkach na narząd krążenia, t. j. zmieniają szybkość ruchów serca, zmnieniają nasilenie skurczów i rozkurczów, zmieniają wreszcie napięcie tętnicze i to bodźce o nizkiej ciepłocie zwalniają ruchy serca, wzmagają nasilenie mięśnia sercowego i zwiększają napięcie tętnicze; bodźce o wysokiej ciepłocie przyspieszają ruchy serca, osłabiają siłę mięśnia sercowego i zmniejszają napięcie tętnicze.

Pod wpływem zatem zabiegów o nizkiej ciepłocie, praca serca odbywa się w wolniejszem tempie, ale zato ze wzmożoną energią; skurcze i rozkurcze są powolniejsze, ale silniejsze i dokładniejsze, skutkiem tego podczas dłużej trwającego i zupełnego rozkurczu, więcej dostaje się krwi do serca, przy następowym silniejszym i dokładnym skurczu również większa jej ilość odpływa do ogólnego obiegu; oprócz tego ciśnienie w układzie tętniczym się podnosi, a w żylnym następowo opada, krew żylna, jak również limfa, co już wykazałem [1]), daleko szybciej i obficiej odpływa, wogóle całe krążenie się wzmaga i ożywia.

Pod wpływem zabiegów o wysokiej ciepłocie obok przyspieszonych ruchów serca zmniejsza się i jego energia, skutkiem tego pojedyncze skurcze i rozkurcze są mniej dokładne, mniej krwi dostaje się do serca z krążenia żylnego, mniej też ztąd do tętnic odpływa, oprócz tego występuje obniżenie się ciśnienia w układzie tętniczym, a następowe wzmożenie w układzie żylnym, przypływ limfy się zwalnia, wogóle całe krążenie staje się mniej ożywione.

Przejdźmy teraz do kąpieli gazowych i przypatrzmy się ich działaniu. (C. d. n.)

* * *

II. O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych.

Podał
Dr. Aleksander Rosner
Doc. Uniw. Jagiell., profesor szkoły położnych.

(Dokończenie).

Jeśli teraz zmienimy punkt widzenia i zapytamy się, czy ze stanowiska teoretycznego, powiedzmy ze stanowiska ogólnej chirurgii, da się usprawiedliwić używanie i królowanie tej metody, odpowiedź brzmieć będzie, zdaniem mojem, tak samo przecząco. Podwiązywanie *en masse* szypuły porównać można z okłóciem krwawiącego miejsca; w jednym i w drugim przypadku omijamy podwiązywanie poszczególnych, krwawiących naczyń. Ogólna chirurgia uczy nas tymczasem, że okłówać należy wtedy, kiedy podwiązanie krwa-

[1]) E. Kowalski. O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynio-ruchowych limfat. *(Przegl. lek.* 1899 Nr 17 i 18).

wiącego naczynia wykonać się nie da. Powołać się w tym względzie mogę na powagę Billrotha [33]), który w niezrównanym swoim podręczniku mówi: „Okłócie może być uważane tylko za wyjątkowy sposób tamowania krwotoku" i na powagę Langenbecka, który wzdrygał się przed zakładaniem podwiązek *en masse* na szypuły brzuszne i już w r. 1851 radził każde przecięte naczynie podwiązywać osobno. Olshausen [34]), omawiając tę propozycyę Langenbecka, pisze: „Nie da się zaprzeczyć, że podwiązanie w szypule każdego naczynia z osobna, bez użycia podwiązek *en masse*, musi się wydać umysłowi chirurgicznemu sposobem najracyonalniejszym". Przytaczam umyślnie te trzy wielkie nazwiska, ażeby módz śmiało wypowiedzieć zdanie, że podwiązywanie szypuł *en masse* nie jest sposobem chirurgicznie racyonalnym.

Spotykałem się kilkakrotnie z zarzutem w formie twierdzenia, że okłócie jest równie chirurgicznym sposobem tamowania krwawienia, jak podwiązywanie poszczególnych naczyń. Nie wątpię, że tak jest; sądzę jednak, że chirurg, któryby z zasady wszędzie tylko okłócia używał, nawet tam, gdzieby mógł bez trudności podwiązać samo naczynie i któryby nigdy i nigdzie nie próbował podwiązywać świateł przeciętych naczyń, — byłby marnym chirurgiem. Ucięcie guza jajnikowego, trąbki, lub trzonu macicy jest tylko amputacyą. Czy chirurg amputuje w ten sposób kończyny, jak ginekolog guz jajnikowy? Musiałby wtedy w kilkunastu częściach podwiązać *en masse* kończynę, uciąć ją i tem zakończyć operacyę.

Pozostawienie w jamie brzusznej rannej powierzchni, nie pokrytej otrzewną, musi być również uważane za postępowanie chirurgicznie nieracyonalne. Tak jak na powierzchni ciała każda ranaskórna powinna być zaszyta, jeśli temu nie sprzeciwiają siępewne specyalne warunki, nad którymi nie tu miejsce rozwodzić się, tak w jamie brzusznej każda rana otrzewnowa powinna być spojona. Powyżej starałem się dowieść, że takie niezespojone rany w jamie brzusznej są szkodliwe i niebezpieczne.

Wynika z tego, co wyżej powiedziałem, że sposobowi, będącemu w rozbracie z zasadami ogólnej chirurgii i niepewnemu ze względu na wynik chwilowy i późniejszy, należy przeciwstawić metodę, któraby, o ile to możliwe, zabezpieczała chorą przed powikłaniami pooperacyjnemi i zostawała w zgodzie z zasadami, przestrzeganemi w chirurgii. Usiłowań w tym kierunku nie brakło. Oprócz Langenbecka, który podwiązywał każde naczynie z osobna i wszywał tak opatrzoną szypułę w ranę powłok brzusznych, postępowało w podobny sposób kilku operatorów amerykańskich, a mianowicie Miner, który przed przecięciem szypuły zakładał tymczasowe podwiązki *en masse*, Penrose [35]), który podwiązywał tylko tętnice na dwóch brzegach szypuły jajnikowej, wreszcie Kreuzmann [36]), który wycinał manszetę otrzewnową z szypuły i nią później pokrywał ranę kikuta, w którym każde naczynie podwiązane zostało z osobna podczas przecinania. Zupełnie podobnie, jak Penrose, postępował w Anglii Howard Kelly [37]).

Obawa przed zesunięciem się podwiązki i krwawieniem naprowadziła wielu operatorów na myśl podwiązywania poszczególnych świateł naczyniowych już po hurtownem związaniu szypuły; tak postępuje n. p. w niektórych przypadkach prof. Jordan.

Inni autorowie zajmują się więcej sprawą pokrycia rany kikutowej z obawy przed zrostami. Thornton, jak wyżej wspomniałem, przyszywał kikut raną do otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem, Baldwin [38]) starał się również doprowadzić do zetknięcia się rany kikutowej z otrzewną przedniej blaszki szerokiego więzu. Inni, jak Elischer [39]) i Schultze [40]), usiłowali „o ile to się da" pokryć ranę kikuta w zwykły sposób związanego.

Na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1895, mówiąc o zapobieganiu wypocinom kikutowym, podałem sposób operacyjny, który się da opisać w kilku słowach: szypułę guza chwyta się jednemi lub dwoma kleszczykami i ponad niemi przecina. Światła naczyń, które naturalnie dzięki uciskowi kleszczyków nie krwawią, zostają zamknięte i podwiązane katgutem, poczem zdejmuje się kleszczyki. Jeśli jeszcze jakieś naczynie, dotąd przeoczone, krwawi — podwiązuje się je. Wreszcie szwem Lemberta łączy się przecięte blaszki otrzewnej nitką katgutową i pokrywa w ten sposób otrzewną ranę kikuta. W r. 1895 proponowałem nadto przy owaryotomiach podwiązanie *art. ovarica in continuitate*, sądzę jednak, że w zwykłych przypadkach jest to zbyteczne.

Sposób ten operacyjny odpowiada w zupełności technice amputacyi kończyny. Kleszczyki zastępują tu opaskę Esmarcha, zresztą postępuje się tak samo, jak przy amputacyi kończyny. Operując w ten sposób, nie używa się bez potrzeby okłócia i nie pozostawia rany w jamie brzusznej. Czy ze stanowiska praktycznego odpowie sposób ten oczekiwaniom, czy zmniejszy ilość niepożądanych po zabiegach powikłań, tego w r. 1895 nie wiedziałem. Powoływałem się wówczas na 5 w ten sposób operowanych przypadków, które wystarczały, aby dowieść, że operacya taka jest wykonalna i łatwa; nie były jednak w stanie przekonać nas, że daje lepsze, niż zwykła, wyniki.

Dzisiaj mogę oprzeć moje wywody na znacznie większej ilości przypadków, głównie dzięki temu, że mój były szef, Radca Dworu prof. Jordan przyjął w klinice ten sposób operowania i używał go w większości przypadków, w których miał wogóle do czynienia z opatrywaniem szypuły. W ten sposób zebrałem 56 przypadków, z których 48 operowanych było w ostatniem pięcioleciu w klinice ginekologicznej, 8 zaś w szkole położnych w ostatnich dwóch latach. W tym samym czasie opatrywano szypułę w zwykły sposób *(en masse)* 26 razy.

Wszystkie te przypadki zestawiłem w sześciu tablicach, których tu, ze względów technicznych, drukarskich, nie załączam, które jednak pojawią się w odbitkach.

---

[33]) Billroth i Winiwarter. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, 1887, str. 35.

[34]) Olshausen: l. c.

[35]) Penrose: The americ. Journ. of Obstetrics N. Y. August, 1895.

[36]) Kreuzmann: The americ. Journ. of Obstetrics N. Y. Vol. XXXIV, str. 83. Frommel Jahresbericht X, 1896, p. 484.

[37]) Howard Kelly: Przytoczone według Dorana.

[38]) Baldwin: Americ. Journ. of Obstetrics Vol. XXXIV, str. 682. Frommel Jahresbericht V, 1896, str. 484.

[39]) Elischer: Verhandl. des Deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1886, str. 21.

[40]) Schultze: l. c.

W tablicach tych przytoczyłem rozpoznanie, datę i przyrodę operacyi, najwyższą ciepłotę pooperacyjną, dzień wyjścia z kliniki, wreszcie przepisałem z historyi choroby zapiski, dotyczące wypociny kikutowej.

W pierwszych trzech tablicach zestawione są przypadki operowane bez użycia podwiązek *en masse*, w innych trzech przypadki, w których tych podwiązek używano.

W pierwszej i czwartej tablicy zestawiłem owaryotomie, w drugiej i piątej salpingektomie, w trzeciej i szóstej operacye radykalne ciąży zamacicznej.

Owaryotomij bez użycia podwiązek hurtownych wykonano 48; ponieważ jedna chora zmarła z przyczyny, nie będącej w żadnym związku z szypułą, przeto pozostaje 47 chorych, które przed opuszczeniem zakładu dokładnie badano. Z tej liczby 47 u 3 pacyentek znaleziono opór, który można uważać za wypocinę kikutową, 44 zaś zmian takich nie okazywało. Stanowi to 93·6% wyleczeń bez wypocin kikutowych, 6·4% wypocin.

Z podwiązaniem szypuły *en masse* wykonano 19 owaryotomij. Z tych 19 chorych, 8 przebyło mniejsze lub większe zmiany przy kikucie szypuły, co stanowi 42·2% wszystkich. Tylko u 11 przebieg pooperacyjny nie był zakłócony wypociną, t. j. w 57·8% wszystkich przypadków.

Salpingektomij wykonano sposobem wyżej opisanym bez użycia hurtownych podwiązek tylko trzy, co się tłómaczy tem, że w latach tych objawiła się ogólna reakcya przeciw radykalnym operacyom zapalnych zmian przydatków macicznych. Z tych trzech operowanych jedna okazywała wypocinę, co prawda, nie ściśle w miejscu kikuta. Wynosi to 66·6% wyleczeń bez wypociny, choć przyznać muszę, że liczba trzech przypadków jest za mała, żeby módz wyprowadzać z niej wnioski.

Salpingektomij z podwiązkami *en masse*, któreby się dały zużytkować w tem zestawieniu, zanotowałem również trzy. W dwóch przyszło do wytworzenia się wypociny.

Zanotowałem wreszcie 9 przypadków operacyj radykalnych ciąży zamacicznej. W pięciu nie używano podwiązek *en masse* i z tych 4 nie okazywało ani śladu wypociny, co stanowi 80%. W liczbie tych wyleczonych jest również przypadek bardzo ciężki, powikłany ogromnym, do pępka sięgającym krwistekiem. W innym przypadku, również bez wypociny wyleczonym, przyszło wkrótce po operacyi do prawidłowej ciąży macicznej, zakończonej porodem prawidłowym.

Z 4 przypadków operacyj radykalnych ciąży zamacicznej z użyciem podwiązek *en masse*, wszystkie chore okazywały po zabiegu wypociny, dwie duże, dwie nieznaczne.

Zachodzi pytanie, czy z powyższych zestawień mamy prawo wyciągać jakiekolwiek wnioski. Sądzę, że tak, ale z zastrzeżeniami. Ktoś powiedział, że statystyka jest kłamstwem, opartem na liczbach. Sąd to surowy, ale w statystykach lekarskich niewątpliwie do pewnego stopnia usprawiedliwiony. W statystykach tych, dotyczących wyleczeń, błąd tkwić może w tem, że porównywane w wynikach swoich przypadki chorobowe nie są w istocie swojej takie same, albo przynajmniej nie tak samo ciężkie. Pomyłka, wynikająca z tego błędu, zrównoważyć się da albo bardzo szczegółowem oświetleniem dat statystycznych, z uwzględnieniem indywidualnych różnic poszczególnych przypadków, albo bardzo wielkiemi liczbami. Druga pomyłka tkwić może w niedokładnem spostrzeganiu przypadków, użytych do zestawienia. W statystyce powyżej przytoczonej wykluczony jest ten drugi błąd. Przypadki tu zestawione, przeważnie klinicznie spostrzegane były niezmiernie dokładnie i sumiennie, a doskonale spisywane historye chorób nie pozostawiają żadnych wątpliwości. Trudniej ochronić się od pierwszego zarzutu. Liczby rzeczywiście nie są duże, nie idą w tysiące, a każdy przypadek z osobna jest inny, już choćby ze względu na wiek pacyentek, ich stopień schorzenia, siłę odporności, wielkość guza, długość i jakość szypuły i t. d. Co więcej, nie waham się stwierdzić, że o wyborze tej lub innej metody rozstrzygał najczęściej wzgląd na ciężkość przypadku i trudności techniczne i że podwiązki *en masse* stósowane były właśnie w tych cięższych, trudniejszych zabiegach.

Więc pytanie, czy przyczyna gorszych wyników, otrzymanych przy użyciu tego sposobu, nie leży poza metodą, czy ona nie ma źródła właśnie w technicznych trudnościach i ciężkości zabiegu? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa; sądzę jednak, że oparłszy się na innem zestawieniu, możemy stwierdzić, że tak nie jest. Mówiąc w roku 1895 o wypocinach szypułowych, oparłem swoje wywody na zestawieniu 51 przypadków. Ustęp ten przytaczam dosłownie: „Zestawiłem mianowicie 51 laparotomij, t. j. owaryotomij, salpingektomij, myomektomij, operacyj ciąży zamacicznej i t. d., jednem słowem operacyj, w których dane były warunki do wytworzenia się tego rodzaju wypocin ze zrostami, i przejrzałem odnośne historye chorób, w których, ponieważ pochodzą z czasów, kiedy nie zwracaliśmy na to szczególnej uwagi, nie wszędzie poczynione są tu należące uwagi. I tak z tych 51 przypadków nie znalazłem żadnych zapisek w 16 przypadkach. Nie chcąc być posądzonym o stronniczość w sądzie, przydzielam je odrazu do tych 12, w których w dniu wyjścia wyraźnie wykazano i zanotowano brak wypociny. Pozostaje 23 przypadków, w których stwierdzono taką wypocinę. Stanowi to bądź co bądź poważną liczbę 45%". Więc w czasach, kiedy używalimy tylko podwiązek *en masse*, było 45% wypocin.

Obecnie zestawiam razem wszystkie w powyższych sześciu tablicach przytoczone przypadki. Jest ich 82, z tych u 19 wykazać się dała wypocina, co stanowi 23%. Mamy więc prawo powiedzieć, że odkąd używa się oprócz podwiązek *en masse* innego sposobu operowania, ilość wypocin spadła z 45% na 23%. W tem zestawieniu unikamy przynajmniej błędu, tkwiącego w rozdzieleniu całego materyału na lżejsze i cięższe przypadki.

Jeżeli teraz porównamy liczbę wypocin w przypadkach operowanych z podwiązkami *en masse* i bez nich, to zobaczymy, że z 26 przypadków operowanych z pomocą hurtownych podwiązek w 14 przyszło do wytworzenia się większej lub mniejszej wypociny kikutowej. Jest to 50%. Natomiast z 56 przypadków operowanych bez tych podwiązek, w sposób wyżej opisany, tylko u 5 zanotowano wypocinę, co stanowi niespełna 9%. Ogromna ta różnica nie może być przypadkową. Widzieliśmy, że tylko w małym stopniu można szukać przyczyny tej różnicy w ciężkości zabiegu, głównie odgrywa tu rolę sama metoda. Zapewne, że pożądaną byłaby statystyka znacznie większa i wierzę, że potwierdzi ona kiedyś to, co dziś mówią niewielkie moje liczby.

Zarzucić ktoś może, że nie warto oskarżać metody starej i wypróbowanej li tylko na podstawie wypocin kikutowych, których dopiero szukać trzeba i które najczęściej ni-

czem się nie zdradzają. Ten zarzut byłby niesłusznym i nieusprawiedliwionem byłoby lekceważenie tych wypocin. Jak z przytoczonych w zestawieniu liczb najwyższej ciepłoty pooperacyjnej wynika, wypociny te są tylko wyjątkowo objawem zapalenia, a najczęściej widomym znakiem krwawienia lub zrostów. I jedno i drugie nie może być uważanem za drobnostkę, zwłaszcza zrosty, które nawet i po latach wywołać mogą ciężkie schorzenie

Czy sposób, którym proponuję zastąpić klasyczne podwiązywanie *en masse* nie ma innych wad, w pierwszym rzędzie czy nie wymaga zbyt długiego czasu? Zapewne, że kto po wytoczeniu guza podwiązuje jedną lub dwiema podwiązkami szypułę i nie troszcząc się więcej o nią zamyka jamę brzuszną, operuje krócej, niż ten, który na przekroju wszystkie naczynia wiąże i jeszcze nadto ranną powierzchnię pokrywa otrzewną. Ale przedewszystkiem nie o rekord tu chodzi, tylko o sumienne wyleczenie, a powtóre dziś już niewielu chyba operatorów wybiera ten najkrótszy, więcej odważny, niż rozważny sposób opatrywania szypuły. Większość nawet tych operatorów, którzy wiążą *en masse*, zamyka oprócz tego światła poszczególnych przeciętych naczyń, niektórzy zaś po związaniu szypuły starają się przekrój jej pokryć otrzewną, („o ile się to da“). Dla tych operatorów sposób proponowany jest skróceniem operacyi, nie przedłużeniem, bo odpada niepotrzebne zakładanie hurtownych podwiązek.

Nie bez znaczenia wreszcie jest prędkie usunięcie guza z jamy brzusznej, zwłaszcza, jeśli w nim jest ropa, która przy dłużej nieco trwających manipulacyach łatwo dostać się może do jamy brzusznej. Również w przypadkach świeżego, jeszcze krwawiącego pęknięcia ciąży zamacicznej, założenie kleszczyków na szypułę natychmiast tamuje krwawienie.

Panu Radcy Dworu prof. Jordanowi dziękuję na tem miejscu serdecznie za pozwolenie korzystania z ksiąg klinicznych.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Stosowanie gwajakolu w zapaleniu gruczołu sutkowego.

Podał

Dr. H. Malsburg (Sassów).

Dnia 15 września r. b. zawezwano mnie do chorej S. F., która skarżyła się, że od dwóch tygodni doświadcza potęgującej się z dnia na dzień boleśności w sutku lewym; kilka bezsennie spędzonych nocy zmusiło ją do szukania pomocy lekarskiej. Przed trzema miesiącami powiła dziecię, które sama karmi.

Badanie wykazało: Ciepłota ciała wynosi zrana 37·8°C, sutek lewy w porównaniu z prawym znacznie powiększony, (skóra nam nim napięta), przy dotyku twardy i bardzo bolesny. Wewnątrz wyczuć można dwa twarde guzy wielkości kurzego jaja. Pod pachą lewą nabrzmienie gruczołu chłonnego wielkości orzecha włoskiego, bolesne, ruchy ramienia lewego utrudnione. Popękań (ragad) lub jakiegokolwiek obrażenia brodawki sutkowej brak. Widoczne wycieńczenie i osłabienie ciała, cera żółtawo-blada.

Zaleciłem wówczas, jak zwykle, odstawienie dziecka od piersi chorej, ustalenie jej, jako też nieużywanie ramienia lewego, a nadto przepisałem maść następującego składu:

Rp. *Guaiacoli 8·0*
Lanolini
Vaselini aa 25·0
M. f. ung.

którą chora dwa razy dziennie na płatku płóciennym na chory sutek przykładać miała.

Skutek okazał się bardzo dobry. Bóle po pierwszem zastósowaniu maści natychmiast ustąpiły, a choć po kilkunastu godzinach znów się pojawiły, po świeżem przyłożeniu maści znikały szybko, aż wreszcie, po dniach kilku, zupełnie ustały. Ciepłota ciała spadała stopniowo w ciągu trzech dni, aż do prawidłowej. Sen pierwszej zaraz nocy powrócił i chorą pokrzepił. Obrzęk sutka klęsł widocznie i gruczoły mleczne i pachowy malały i miękły widocznie tak, że do dni 14-tu śladu nawet cierpienia nie pozostało.

Jeśli zważymy, jak długotrwałe i bolesne bywa to cierpienie u kobiet karmiących, dopóki nie przyjdzie do zropienia i wydalenia ropy na zewnątrz — i jak powolne jest gojenie się, po którem nawet częstokroć trwałe stwardnienie pozostaje, — to wynik w tym przypadku można uważać za świetny.

Ponieważ jednak nie miałem od tego czasu sposobności zastósowania gwajakolu w podobnym przypadku zapalenia gruczołu sutkowego, podaję wiadomość powyższą Szanownym Kolegom w celu doświadczenia i zużytkowania maści gwajakolowej na Ich liczniejszym materyale.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Eitelberg (Wiedeń) **Practische Ohrenheilkunde** (57 rycin. Alfred Hölder, Wiedeń).

Każdy lekarz, który kiedykolwiek czytał pracę Eitelberga, niezmordowanego pracownika na niwie otyatrycznej, powitać musiał z szczerą radością i żywem zadowoleniem pojawienie się większego dzieła tego autora. Oczekiwania te zaiste nie zawiodły. Eitelberg zajmujący zaszczytne stanowisko w piśmiennictwie otyatrycznem, znany także czytelnikom „Przeglądu lek.“ z licznych, w tym tygodniku podawanych sprawozdań z jego prac poprzednich, potrafił przedstawić materyał suchy w sposób taki, że czytelnik, nie czując znużenia, doznaje na każdym kroku, obok pouczenia, prawdziwie rzetelnego zainteresowania się. Styl obrazowy, nadobny i nadzwyczaj przystępny, który jest cechą każdej z licznych rozpraw naukowych tego autora, stanowi także zaletę i niniejszego dzieła. Jest to język zamiłowanego w swoim zawodzie lekarza, gorąco kochającego naukę, przypominający sławnych mistrzów stylu i mowy naukowej, jak Hyrtla, Billrotha itd. Świeży i oryginalny sposób przedstawienia przedmiotu, zręczne i pomysłowe przeprowadzenie sprawy, są dalszemi zaletami tej pracy. Prawda, niema nieomal żadnego zagadnienia, wchodzącego w zakres tej dziedziny, do którego wyjaśnienia autor ten nie przyczyniłby się swojemi badaniami, względnie przyczynkami kazuistycznymi. To też przedstawia się on w tej książce jako uczony badacz, doświadczony praktyk, oraz wyborny znawca całego materyału literackiego, który opanował metodę naukową. Uwzględniając w pierwszym rzędzie stanowisko i potrzeby lekarza praktyka, stara się on podać tylko stwierdzone pewniki, unikając wszelkich hipotez. Najlepiej charakteryzują autora pod tym względem własne jego słowa: „Hypothesen sind im besten Falle halbe Wahrheiten, der praktische Arzt jedoch braucht die ganze Wahrheit“ (str. 418). Hasło to było myślą przewodnią całego dzieła; to też tu i ówdzie wtrącane wskazówki i uwagi praktyczne uderzają szczerą prawdą i rzeczywistością i są nietylko trafne, ale nieraz klasyczne. Wskazujemy tylko n. p. na ustęp „Krankenexamen,“ albo na nieco humorystyczne i karcące uwagi, tyczące się nadużyć, popełnianych dla mody, jak przekłócia płatka usznego dla noszenia kolczyków itp.; to samo daje się powiedzieć o ścisłych, tu i ówdzie dla przy-

kładu przytoczonych i bardzo pouczających historyach choroby. Podnieść należy z uznaniem ścisłość, z jaką autor skreślił szczegóły, cechujące każdą chorobę, oraz wskazówki dla jej różniczkowego rozpoznania; dalej ścisłe i nader dokładne zebranie wskazań do takich zabiegów chirurgicznych, jak otwarcie wyrostka sutkowego, wycięcie kostek słuchowych itp. Wszędzie uwydatnia się szczególny dar uprzystępniania i uzmysłowiania zawikłanych i trudnych wyobrażeń, bystrość spostrzegawcza, jasny i logiczny sposób myślenia i wnioskowania.

Podręcznik dr. Eitelberga jest książka lekarza praktyka, napisaną dla lekarzy praktycznych; dzieło to obfituje w pierwszorzędne zalety, które je stawiają ponad inne podręczniki z tego zakresu, od których się wyróżnia bogactwem zalet i może uchodzić za wzór, jak należy pisać podręcznik, któryby pouczając, nie nużył i łączył pożytek z rzetelnem zainteresowaniem się. Przez te właściwości, książka ta staje się wybornym poradnikiem dla lekarzy i uczniów, a pożytek, jaki niewątpliwie przyniesie, będzie słuszną nagrodą dla autora za jego ogromny trud. Kończymy słowami autora: „Wer bei der Hand genommen und an den Klippen und Riffen der otiatrischen Praxis vorbeigeführt werden will,“ ten niech się posługuje tem dziełem.

Uznanie należy się nakładcy, który nie szczędząc kosztów, wyposażył dzieło Dr. Eitelberga znakomicie, w sposób odpowiedni treści i godny znanej zaszczytnie firmy wydawniczej; cena w stosunku do rozmiarów dzieła i obfitości rycin, bogatej treści, dobrego papieru i wykwintnej formy jest mierna.

Spira.

V. Wyciągi.

Curschmann (Lipsk). **Durowe zapalenie pęcherza moczowego.** *(Münch. med. Wochenschrift,* Nr. 42, 1900). Dotychczasowe spostrzeżenia wykazały, że u 15—30% wszystkich chorych durowych można było w moczu stwierdzić znamienne prątki Ebertha *(Typhusbacteriuria)*, których pochodzenie odnoszą (Schichold) do równoczesnego z durem istnienia białkomoczu, bądź gorączkowego, bądź spowodowanego zapaleniem nerek. Autor przytacza trzy przypadki zapalenia pęcherza moczowego, w których wydzielany przez nerki drobnoustrój durowy wywołał ropne zapalenie pęcherza. Na podstawie więc tych przypadków z uwzględnieniem także i podanych w piśmiennictwie, omawia Curschmann etyologię, objawy kliniczne, przebieg i leczenie tego cierpienia. Co się tyczy pierwszego, to nie ulega wątpliwości, że tego rodzaju ropne zapalenie pęcherza może się jedynie rozwinąć na tle istniejącego duru brzusznego, sprawy zaś, dlaczego w jednych przypadkach się rozwija, a w drugich nie, autor nie wyjaśnia, lecz odnosi do szczególniejszych osobniczych skłonności chorego, a względnie dotyczącego narządu. Objawy kliniczne niczem nie różniły się od innych zapaleń pęcherza (bolesność, parcie na mocz, oddziaływanie kwaśne i t. d.); jedynie badanie drobnowidowe stwierdzało znamienne pochodzenie tego zapalenia, wykazując zawsze prątki durowe, — istniejący białkomocz był tylko objawem gorączki. Przebieg bywa zwykle lekki, w każdym razie lżejszy od innych postaci zapaleń pęcherza, rokowanie niezłe, a leczenie nie odstępowało od zwykłej normy *(salol, fol. uvae ursi)*. Gorąco zalecana przez Smitha urotropina nie była stósowaną w tych przypadkach durowego zapalenia pęcherza moczowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Witthauer (Halle). **Leczenie kolki wątrobnej oliwą.** *(Münchener med. Wochenschrift,* Nr. 43, 1900). Autor twierdzi ogólnikowo, że gwałtowny, napadowo występujący i stopniowo powiększający się ból w okolicy żołądka, względnie wątroby, winien zawsze wzbudzić podejrzenie istnienia kamyków żółciowych. Dalej, że przypadek chorobowy, któremu brak podniesionej ciepłoty, utrzymującej się przez dłuższy czas i w którym nie można stwierdzić wyraźnie powiększonego woreczka żółciowego, nie powinien być bezwzględnie operowany, lecz przeciwnie, stosując leki wewnętrznie, można osiągnąć pomyślny, a trwały skutek. Jeśli jednak napadowe bóle nader często się powtarzają, lub tak długo się utrzymują, że z czasu ich trwania można wnosić o uwięźnięciu kamyka żółciowego, jeśli wreszcie poniżej opisane leczenie jest bezskuteczne, wówczas jest wskazany zabieg chirurgiczny, jako „ultimum refugium“. Środków przeciw kamicy żółciowej jest sporo, a z tych jeszcze najlepszem uznaniem cieszy się dotychczas woda karlsbadzka — niestety nie dla każdego dostępna. Drugie miejsce zajmuje systematyczne leczenie oliwą, a względnie podawanie jej na wewnątrz chorym na kamicę żółciową. Postępowanie to nie jest nowe (Chauffard, Walker, Vettsteiner itd.), a obecnie, na podstawie 12-letniego doświadczenia, usilnie je zaleca autor. Technika jest prosta: w pozycyi na wznak, z miednicą cokolwiek podniesioną, otrzymuje chory przez odbytnicę zwykłym irygatorem 400—500 ctm.³ czystej oliwy, ogrzanej do 30° C., odwracając się potem na 4 minuty na prawy bok. Początkowo powtarza się ten zabieg codziennie, po 1—2 tygodni co drugi dzień, a później coraz to rzadziej; — czas stósowania jest nieograniczony. Z uwagi, że podawanie oliwy przez usta ma być skuteczniejsze, należy, o ile możności, tę drogę obrać, zaprawiwszy oczywiście oliwę kilku kroplami olejku miętowego, a popić następnie koniakiem; skoro jednak chory zaczyna czuć odrazę do tego sposobu, należy obrać drugi. Wyniki takiego leczenia były bardzo dobre, jak tego dowodzą przytoczone przez autora przypadki. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. Alex. Szili. **O zagęszczaniu się krwi drobinowem w przebiegu drgawek porodowych.** *(Berl. klin. Wochs.,* Nr. 43, 1900). Bouchard w teoryi swojej tłómaczy powstanie drgawek porodowych samozatruciem ustroju istotami, tworzącemi się w znacznej ilości, a które powodują drgawki; powstają również zmiany w narządach wydzielniczych, a mianowicie w wątrobie i nerkach w tym kierunku, iż zdolność wydzielania tych narządów zostaje zmniejszoną. Autor w pracy swojej usiłuje przekonać się o słuszności tej teoryi, a w szczególności co się tyczy upośledzenia zdolności wydzielniczej nerek, wychodząc z założenia, iż zgęszczenie surowicy krwi drobinowe, które w warunkach prawidłowych jest stosunkowo stałe, musi się zwiększyć z chwilą, gdy zdolność wydzielnicza nerek zostaje zmniejszoną. W prostym stosunku do gęstości drobinowej pewnego ciała, względnie rozczynu, jest jego stopień obniżenia temperatury marznięcia, który dla krwi prawidłowej wynosi $\delta = 0{,}56—0{,}58^\circ$ C., a który musiałby się podnieść w krwi, mającej w rozpuszczeniu większą ilość drobin składników, aniżeli w krwi prawidłowej. Badania przeprowadzał autor w przyrządzie Beckmanna, służącym do oznaczenia obniżenia punktu marznięcia, używał krew, którą uwalniał od bezwodnika węglowego, przeprowadzając przez nią tlen. W badanych przez niego sześciu przypadkach drgawek porodowych otrzymał dla krwi wartość $\delta = 0{\cdot}58—0{\cdot}60^\circ$ C., a więc zbliżoną bardzo do wartości dla krwi prawidłowej. Na podstawie tych badań dochodzi Szili do następujących wniosków: 1. Obniżenie punktu marznięcia krwi w przypadkach drgawek porodowych nie wykazuje znacznych różnic w porównaniu z krwią prawidłową. 2. Wobec tego przy drgawkach porodowych nie przychodzi do zatrzymania substancyi moczowych (soli, mocznika i t. d.). 3. Prawidłowa wartość obniżenia punktu marznięcia dla krwi w dawkach porodowych wskazuje, iż przenikliwość nerek nie jest w tym kierunku zmienioną, jak w przypadkach mocznicowych. 4. Wyniki powyższe skłaniają nas do przypuszczenia, iż substancya trująca, którą uważamy za czynnik etyologiczny drgawek porodowych, musi posiadać wyższą budowę drobinową, aniżeli te, które się tworzą przy wstecznej przemianie ciał białkowatych i odczepiać się od drobiny białka, jako wytwór pośredni. *Dr. Ig. L.*

Pariser (Homburg). **O krwotocznych nadżerkach błony śluzowej żołądka.** *(Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 43, 1900). Autor, starając się wyświetlić powyższe cierpienie ze stanowiska codziennej praktyki, dzieli objawy występujące na dwa działy, z których pierwszy obejmuje przypadłości podmiotowe chorego, drugi wynik badania przedmiotowego. Z przypadłości zasługują na uwagę a) silne bóle w okolicy żołądka, pokrywające cały obraz chorobowy (znamienne, nie jak przy wrzodzie żołądkowym. umiejscowione do jednego punktu); również i położenie ciała lub ucisk na żołądek nie zmieniają natężenia bolów, b) Zmniejszona chęć do jadła; nie jest to brak łaknienia, lecz samowolne wstrzymywanie się od przyjęcia pokarmów z obawy przed pojawiającą się następowo bolesnością; wreszcie c) znaczne wychudzenie, połączone oczywiście z ogólnem osłabieniem, przygnębieniem i nie rzadko także nudnościami, ale bez wymiotów. Stałym prawie przedmiotowym objawem jest mniejsza lub większa ilość drobnych soczewicowatych kawałeczków błony śluzowej żołądka, czerwono zabarwionych, lub bezbarwnych, znajdujących się z reguły w wypłóczynach czczego żołądka. Jako czynnik etyologiczny opisanych nadżerek krwotocznych podaje autor zaburzenia w krążeniu w błonie śluzowej żołądka, jej stany zapalne, lub przemijające kurcze warstwy mięsnej. Wyleczenie może jedynie nastąpić przez zabliźnienie, wyjątkowo tylko zdarza się, by tego rodzaju nadżerki przyczyniły się do powstania okrągłego wrzodu żołądkowego. Bardzo obszernie omawia wreszcie autor sprawę leczenia tego cierpienia; tu na pierwszem miejscu stawia płókanie żo-

łądka rozczynem azotanu srebrowego w stosunku 1:1000 lub 1:2000 po poprzedniem i końcowem wymyciu całego narządu fizyologicznym roztworem soli kuchennej; postępowanie to dawało znakomite wyniki. Obok tego ma niepoślednie znaczenie i leczenie dyetetyczne; tłuste mięso, wszelkie korzenie i ostre, drażniące przyprawy są wzbronione, zarówno jak napoje wyskokowe, silna kawa lub owoce, zwłaszcza surowe. Natomiast zalecić należy jaja, mleko, tarte lub siekane mięso wołowe i cielęce lub drób. *Dr. Henryk Pisek.*

Eulenburg (Berlin). **O cierpieniach nerwowych pochodzenia rzeżączkowego.** *(Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 43, 1900). Napomknąwszy jedynie mimochodem o stosunku neurastenii, histeryi i t. p. do przewlocznych zapaleń cewki moczowej, omawia autor umiejscowione postacie chorób nerwowych, które mogą się z biegiem czasu rozwinąć na tle rzeżączki. Na podstawie więc dotychczasowych spostrzeżeń dadzą się odróżnić następujące główne typy: 1) przypadłości nerwobólowe (neuralgiczne), 2) rzeżączkowe postacie zaniku mięśniowego i porażenia zanikowego, wreszcie 3) zapalenie nerwów *(neuritis)* w ściślejszem znaczeniu *(mono-* lub *polyneuritis)* i zapalenie mięśni rzeżączkowe. Pierwszy typ pojawia się najczęściej w postaci rwy kulszowej, łączącej się częstokroć z nerwobólami krzyżowo-lędźwiowymi, w szczególności z zakresu nerwów narządu płciowo-rodnego; ból występuje napadowo, czasem z podwyższoną ciepłotą ciała, u osobników młodszych, u których oprócz istniejących śladów przebytej rzeżączki nic innego wykazać nie można. Szczególnem znamieniem rzeżączkowego zaniku mięśniowego i takichże porażeń jest ich umiejscowienie: staw barkowy i kolanowy, — podczas gdy trzeci typ jest wprawdzie wielce podobny do objawów, występujących w zwyrodnieniu sznurów tylnych, różni się jednak większem schorzeniem sfery ruchowej, brakiem zmian źrenicznych i przebiegiem. Rokowanie bywa w tych cierpieniach pomyślne, z środków zaś leczniczych zasługuje na szczególniejszą uwagę, obok dotychczas stosowanych leków, jodipina w kształcie wstrzykiwań podskórnych 10% lub 25% rozczynu (5,0 na dawkę) raz dziennie, — wewnętrznie tyleż dwa lub trzy razy. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Lesser (Berlin). **Historya i ogólna patologia kiły.** *(Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 44, 1900). Punktem wyjścia całego historycznego dochodzenia początków kiły jest epidemia tej choroby, która wybuchła w ostatnim dziesiątku lat XV wieku, przeszedłszy w swym pochodzie w krótkim stosunkowo czasie wszystkie podówczas znane kraje; — pytanie zaś, czy kiła przedtem już była znaną, jest dotychczas niewyjaśnione. Źródłem powyżej wspomnianej epidemii miało być zdobycie Neapolu w r. 1490, w którym tak zdobywca (Karol VIII, król francuzki), jak i wojsko jego, składające się ówczesnym zwyczajem z najrozmaitszych narodowości, oddawało się bezgranicznej rozwiązłości; żołdactwo to, rozprószywszy się później po wszystkich krajach, rozwlekło także kiłę („chorobę Francuzów“), którą już spotykamy w r. 1496 w Niderlandach, Anglii i Danii, w r. 1497 w Szkocyi, a w dwa lata później w Rosyi. Oczywiście, że o jakiemś skutecznem przeciwdziałaniu lub leczeniu mowy nie było, albowiem współcześni lekarze, nie znajdując nań rady lub wskazówek w dziełach Galena, pokrywali swą niewiadomość tem, że uważali za hańbiące dla lekarza, jeśli leczył chorego kiłowego. Z tego stanu rzeczy korzystali partacze, stosując na wrzody kiłowe maść rtęciową, środek od dawien dawna używany na różnego rodzaju cierpienia skóry, czem naturalnie osiągnęli znakomite skutki. Nie uszło to bacznej uwagi lekarzy i wkrótce wytworzyły się dwa stronnictwa za i przeciw stosowaniu rtęci (merkuryaliści i antymerkuryaliści), powodując spór, którego ślady nawet dzisiaj jeszcze można zauważyć. Co się tyczy ogólnej patologii kiły, zaznacza autor, że mimowolnie nasuwa się myśl o drobnoustrojach, wywołujących ją i nieraz już zdawało się, że drobnoustrój chorobotwórczy został wykryty; — niezbitego atoli dowodu dotychczas nie podano. Dalsze wywody tej zajmującej rozprawki tyczą się zaraźliwości, podziału kiły na okresy, poszczególny ich przebieg, — rzeczy zresztą powszechnie znane. *Dr. Henryk Pisek.*

A. Seelig. **Cukromocz florydzynowy.** *(Deutsche med. Wochenschrift*, 1900, Nr. 44). Ostatecznym celem odczytu, wygłoszonego przez S. w Towarzystwie naukowem lekarskiem w Królewcu *(Verein f. wissenschaftliche Heilkunde)*, jest wyjaśnienie, czy w patologii ludzkiej przyjmować wolno t. zw. postać nerkową moczówki cukrowej, na wzór cukromoczu, wywołanego doświadczalnie przez podanie florydzyny. Cechą cukromoczu florydzynowego jest przedewszystkiem to, że nie zależy on zupełnie od jakości spożytych pokarmów, występuje nawet wśród głodzenia zwierząt, a dalej, że odsetkowa ilość cukru we krwi nietylko nie jest wyższa, ale nawet niekiedy niższa, aniżeli ilość prawidłowa; z zaprzestaniem podawania florydzyny ustaje także i wydzielanie cukru.

Dostatecznego wytłómaczenia ciekawego tego zjawiska dotychczas nie mamy. Jedni autorowie przyjmują, że florydzyna sprowadza pewne, bliżej niedające się określić zmiany w nerkach i tem tłómaczą dostawanie się cukru do moczu (teorya wydzielnicza), drudzy za Minkowskim sądzą, że połączenie to rozpada się w nerkach na dwa ciała, floretynę i florozę (rodzaj cukru); floretyna łączy się dalej w ustroju z odpowiednimi związkami, rozpada się w nerkach i ztąd cukromocz. Autor nie jest zwolennikiem ani jednego, ani drugiego zapatrywania. Pierwszemu zarzuca, że nie tłómaczy znikania cukromoczu po usunięciu florydzyny, drugiemu, że nie wyjaśnia, zkąd po podaniu małych ilości florydzyny zjawiają się znaczne ilości cukru, podnosząc równocześnie, że przez podanie floretyny nie można w moczu wykazać florydzyny.

W celu uzasadnienia nerkowej przyrody cukromoczu florydzynowego wykonano szereg badań na zwierzętach. Trambusti i Nesti stwierdzili w nerkach zwierząt zatrutych zmiany, umiejscowione stale i najwybitniej w krętych kanalikach nerkowych *(tubuli contorti)*, mniej stale i mniej wybitnie w kłębkach i w kanalikach prostych. Określają je jako obumarcia koagulacyjne. Zmiany występowały u psów, nie zjawiały się u królików. T. i N. sądzą, że przypisywać je należy nie florydzynie, lecz obficie wytwarzającemu się acetonowi.

Seelig podjął badania kontrolne i stwierdził, że także u królików wykazać można zmiany w kanalikach nerkowych, jeśli podawanie florydzyny (wstrzykiwania podskórne) trwa dość długo. Patologicznej acetonuryi nigdy autor nie stwierdził i na tej podstawie odnosi obumarcie do bezpośredniego wpływu florydzyny. Wpływ ten w pierwszej linii działa na śródbłonek kanalików krętych, a ztąd właśnie wniosek, że florydzyna tam właśnie się wydziela. (Bliższe szczegóły p. w oryginale).

Podobnie, jak florydzyna, działa także i kantarydyna, — wywołuje cukromocz, ale tylko wtedy, gdy użyto dawek średnich; po dawkach dużych zjawia się tylko białkomocz (doświadczenia Richtera). Obraz anatomiczny nerki w obu przypadkach jest nieco odmienny; w pierwszym brak zmian w kanalikach krętych, w drugim kanaliki te pospołu z innemi częściami nerki zajęte są obumarciem koagulacyjnem.

Przechodzi wreszcie autor do patologii ustroju ludzkiego i omawia pokrótce przypadki moczówki cukrowej, znane z piśmiennictwa, w których dopatrywaćby się można przyrody nerkowej cukromoczu. Ostatecznym wynikiem tego przeglądu jest stwierdzenie, że dotychczas nie znamy przypadku, któryby niewątpliwie mógł być poczytany za przypadek cukrzycy nerkowej. *L. K.*

R. Grünbaum. **O ikonometryi.** *(Wiener med. Presse*, Nr. 45, 1900). Ikonometryą nazywa autor obmyślony przez siebie sposób wykreślania i mierzenia skrzywień (w szczególności bocznych) kręgosłupa. W tym celu używa G. „dikatopteru“ Eppera. W zasadzie przyrząd ten odpowiada ciemni optycznej, zastosowanej przy przyrządach rysunkowych, w których wyznacza się zarysy obrazu domniemanego, rzuconego na płaszczyznę rysunkową.

Sposób ten posiadać ma, według G., następujące zalety: zdjęcie zajmuje mało czasu (1—1½ minuty); nie wymaga od chorego zajmowania nużącej postawy; zdjęcie wykonuje się bez dotykania chorego; otrzymane obrazy bardzo plastycznie uwydatniają wszelkie szczegóły; przyrząd jest tani; użycie jego nie wymaga szczególniejszej wprawy. Zastosowanym być może i w innych celach, jak n. p. przy badaniu zakresu ruchomości stawów i t. p. z równie zadawalniającym wynikiem. *Urbanik.*

Dr. Albin Kazimierz Schwarz. **Przyczynek do objawów kiły drugorzędnej.** (*Kraków*, 1900). U 28-letniego mężczyzny z wrzodem twardym na żołędzi, w okresie przedwybuchowym kiły drugorzędnej (bóle głowy i dreszcze pod wieczór), pojawił się w moczu cukier w znacznej ilości (odsetkowo nieoznaczony). Autor, przypuszczając związek przyczynowy pomiędzy zakażeniem kiłowem a cukromoczem i nie czekając wybuchu kiły drugorzędnej na skórze, względnie błonie śluzowej, przystąpił do podskórnych wstrzykiwań sublimatowych (0·02 dziennie), a następnie do wcierań trzygramowych szaruchy. Już po trzech dawkach (razem 0·06) miał ustąpić wszelaki ślad cukru w moczu. Do leczenia chorego rtęcią w czasie, gdzie jeszcze nie przyszło do objawów kiły drugorzędnej na skórze, skłonił autora przypadek, spostrzegany razem z Dr. Surzyckim jeszcze w r. 1894. W przypadku tym, w okresie odpowiadającym wybuchowi kiły drugorzędnej (zmian na skórze stwierdzić nie można było), pojawił się cukromocz, a chory wśród objawów śpiączki moczówkowej (coma diabeticum), w tydzień zakończył życie. Dlatego zachęca autor do poszukiwań cukru w moczu w okresie przedwybuchowym i wybuchowym kiły drugorzędnej, a zwłaszcza tam, gdzie wybuch wysypki się opóźnia. (Spostrzeżenie zrobione przez autora jest dla lekarza wielkiej wagi, tem bardziej, że na objaw ten w podręcznikach autorowie nie zwracają uwagi. Przyp. refer.) *Dr. Żydłowicz.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Antytusyna, do niedawna wielce wychwalany lek przeciw krztuścowi, ma według Krausego po dłuższem stosowaniu wywoływać owrzodzenia skórne, nader trudno dające się wyleczyć. (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 34). *A. K.*

Phenosalyl (mięszanina kwasu karbolowego i salicylowego), używany w 3%—5% rozczynie glicerynowym (do pędzlowania) w przypadkach gruźlicy krtani z bardzo dobrym skutkiem. Trudności połykowe, (dysfagia), ów najprzykrzejszy objaw, znika po 3 do 4 pędzlowaniach, wskutek czego i odżywienie się wzmaga; nie mniej dobrze goją się wrzody gruźlicze i rozległe nacieki, głos się poprawia, nawet u niektórych chorych bezgłos znika zupełnie, wreszcie w większości przypadków z polepszeniem się miejscowem zmniejszają się stopniowo dolegliwości ze strony płuc. Również korzystnie działa wymieniony rozczyn w rozmaitego rodzaju nieżytach jamy nosowej i ucha, wdychiwania zaś 1%—3% rozczynu ujemnie wpływają na cierpienia płucne. (*Klinisch-therapeut. Wochenschrift* Nr. 43, 1900). *Dr. Henryk Pisek.*

Mentol w rozczynie 20% z oliwą poleca Dr. Wollenmann w wymiotach ciężarnych, podając na cukrze po 10 kropel w okresie nudności. Dr. Cypriani osiągał nader dobre wyniki w tych samych cierpieniach kobiecych z podawania walidolu (Kozłkan mentolu). (*Der Frauenarzt*, 42). *A. K.*

Marcinowski (Saarmund), **W sprawie leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 43, 1900. Analogicznie do kilku przypadków niedrożności, uleczonych wysokiemi dawkami atropiny, a ogłoszonych w piśmiennictwie, chwycił się autor tego środka w nadarzającym mu się przypadku, który w sposób gwałtowny wystąpił. Z niemałą tedy obawą wstrzyknął podskórnie 0,005 siarkanu atropiny (dawka 5 razy większa od najwyższej dozwolonej) kobiecie, okazującej wybitne cechy niedrożności jelit (brak wiatrów i wypróżnień, wymioty kałowe i t. p.), otrzymując istotnie nadspodziewany wynik. Cały obraz chorobowy się zmienił, wymioty natychmiast ustały, bolesność brzucha się zmniejszyła, a po upływie 6 godzin pojawiły się wiatry i mazisty stolec. Zachęcony tym pomyślnym wynikiem, zastosował autor ten sam środek i w takiej samej jednorazowej dawce w przypadku przepukliny uwięzniętej; skutek był bardzo dobry. *Dr. Henryk Pisek.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 19 października 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 42.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Sielski przedstawia nowo przyjętego członka kol. Rapaporta.

II. Kol. Wiczkowski demonstruje chorą z tętniakiem tętnicy głównej, okazując odpowiednie zdjęcia fotograficzne, dokonane zapomocą promieni X.

III. Kol. Solowij mówi: »O nabłoniaku kosmówki i zaśniadzie groniastym ze szczególnem uwzględnieniem jednego przypadku zaśniadu groniastego złośliwego (*mola destruens*) i 3 przypadków nabłoniaków kosmówki (*chorioepithelioma*).« Przypadek, dotyczący zaśniadu złośliwego ogłoszony drukiem w »M. für Geb. und Gyn.«, a obecnie drukuje się w »Nowinach lekarskich.« Prelelegent demonstruje okazy anatomiczne i odpowiedne rysunki z przypadku pierwszego i z jednego z trzech następnych, a ostatecznie przychodzi do następującego wniosku: Nowotwór jest bardzo złośliwym, rokowanie złe, a ponieważ obecnie nie mamy jeszcze pewnych danych rozpoznawczych, kiedy zaśniad uważać za złośliwy, a kiedy nie, przeto radzi we wszystkich przypadkach zaśniadów późnych, to znaczy sięgających drugiej połowy ciąży, postępować bardzo radykalnie i wycinać macicę. W ten sposób bowiem wystawia się pacyentkę na znacznie mniejsze niebezpieczeństwo wskutek operacyi nieudałej, — niż oczekując na pewne objawy nowotworu kiedy to już wszelki zabieg może być spóźnionym.

IV. Kol. Moraczewski: »Przemiana materyi i skład ciała żab, pozbawionych krwi i głodzonych« Prelegent zdaje sprawę z dwóch prac doświadczalnych, które wykonał w instytucie prof. Becka i prof. Niemiłowicza. Pierwsza dotyczy przemiany materyi u żab, płókanych roztworami soli. Obok roztworu soli kuchennej używał autor roztworów isosmotycznych siarkanu, azotanu i octanu sodowego, oraz mocznika i cukru gronowego. Wszystkie powyższe roztwory mogą zastąpić krew w ustroju żaby. Wydzielanie żab, pozbawionych krwi, nie wiele się różni od wydzielania żab głodzonych; wszelako ostatnie wydzielają mniej azotu i więcej soli; natomiast żaby płókane zatrzymują sole mineralne, a wydzielają azotu stosunkowo dużo. W pierwszym okresie po płókaniu żaby wydzielają znaczne ilości azotu i przemiana mater y jest jakby przyspieszona. W drugim okresie po płókaniu (żaby płókane żyją 2 do 5 miesięcy i produkty wydzielania można zbierać z każdego miesiąca osobno) żaby płókane wydzielają prawie tylko azot, zatrzymują sole w bardzo znacznej ilości. Wogóle w jakiś czas po wypłókaniu znać zupełny zastój w przemianie materyi i ilości azotu i soli są niesłychanie małe.

W drugiej pracy prelegent porównywał skład ciała żab normalnych ze składem ciała żab, pozbawionych krwi 1) przez otworzenie zatoki żylnej (*sinus venosus*) 2) przez wypłókanie doszczętne roztworem soli. Porównywał dalej skład żab, które po przepłókaniu solą żyły pięć miesięcy, ze składem ciała żab normalnych, trzymanych obok poprzednich w wodzie przekroplonej przez jednaki przeciąg czasu.

Okazało się z wyników, że w myśl poprzednich spostrzeżeń żaby głodzone zatrzymują stosunkowo więcej azotu, natomiast żaby pozbawione krwi przeważnie azot tracą, a sole mineralne zatrzymują. Polega to zdaniem prelegenta na rozwodnieniu ustroju, dającem się wykazać zmniejszeniem części stałych, a powiększeniem ilości wody, które to rozwodnienie wymaga dla utrzymania stałego osmotycznego ciśnienia soli mineralnych w zastępstwie wydzielonego azotu.

V. Kol. Uhma: »Słów kilka o epidemii, powodującej wydzielanie z moczem ropy i strąconych fosforanów, z uwzględnieniem leczenia jej.« Mówca, usprawiedliwiwszy się ze zbyt śmiałego użycia wyrazu »epidemia,« przytacza historyę choroby swoją i czterech innych chorych.

1. Po kilkodniowem niedomaganiu dnia 17 kwiet. r. b. uczucie przełamania w krzyżach, zaburzenia w przewodzie pokarmowym, rozwolnienie, bóle coraz gwałtowniejsze w jamie brzusznej, nie umiejscowione. Po całonocnych cierpieniach, pod wpływem morfiny i gorących okładów sprawa złagodniała, powstały dolegliwości umiejscowione w podżebrzu lewem. Na mocz mętny nie zwrócono zrazu większej uwagi, bo chory od roku cierpiał lekki nieżyt pęcherza. Badanie moczu, podjęte później, wykazało obfitość ciałek ropnych, strącone fosforany i diplokoki. Dwoinki te, nieco może mniejsze od gonokoka, w których środkowa jasna przedziałka przy barwieniu barwikami anilinowymi nie tak wyraźnie i ostro odgraniczała się od barwiących się części, jak u gonokoka, przypominały go sposobem układania się w czwórki i ósemki, nie zajmowały jednak nigdy ciałek ropnych w sposób dla dwoinki Neisserowskiej właściwy. Badania kolegów Krzyszkowskiego i Krala wykazały, że dwoinka ta da się wyhodować bez zachowywania ostrożności dla wyhodowania Neisserowskich dwoinek potrzebnych, że to jest gronkowiec, mający jednak skłonność układania się i w sztucznej hodowli w czwórki i ósemki, gonokoka cechujące.

Systematyczne zastosowanie urotropiny dało znaczną poprawę, ustąpiło ogólne a znaczne osłabienie, które czyniło chorego niezdolnym do pracy; wejrzenie i waga chorego poprawiły się, zupełnego jednak wyleczenia nie osiągnięto, a urotropiny, z powodu ubocznego jej działania, zaniechano.

2. Chory, od dłuższego czasu leczony z powodu resztek rzeżączki wstrzykiwaniami azotanu srebrowego 1‰, robionemi tak, że kankę przykładano do ujścia cewki i siłą wstrzykiwanego strzykawką płynu przezwyciężano opór zwieracza, zaczął się skarżyć na zaburzenia w przewodzie pokarmowym i na parcie na mocz. Mocz naprzód czysty zmętniał, zaczem przypuszczając, że poruszono jakiś ukryty skład gonokoków i że sprawa rzeżączkowa się zaostrzyła, podano 16 sierpnia olej santałowy, a wstrzykiwań zaniechano; 21 sierpnia wydzieliny z cewki niema. (Charakterystycznem jest to, że tak tu, jak i w poprzednim obrazie, nie było oddziaływania cewki na sprawę chorobową, cewka we wszystkich przypadkach prócz jednego była suchą). Pieczenie podczas oddawania moczu, zwłaszcza zrana, znaczne. Po oddaniu moczu wydobywa się masa gęsta, sprawiająca wrażenie kredy, rozrobionej z wodą. Mocz mętny. Badanie mikroskopowe wykazuje ciałka ropne, strącone przeważnie bezpostaciowe sole fosforanowe, czasem trumienki i diplokoki, tak samo się układające, jak poprzód opisywane. Podano urotropinę dwa razy dziennie po 0·75 grm. w wodzie zapra-

wionej kwasem solnym; 26 sierp. znaczna poprawa; 6 września mocz zupełnie czysty, wszystkie objawy ustąpiły.

3. Chory, który dawniej przebywał rzeżączkę, zasłabł gwałtownie. Wezwany lekarz rozpoznał niedrożność jelit (*ileus*), zalecił lewatywy, okłady gorące, a z powodu zatrzymania moczu wprowadzał kateter. (Jak się później dowiedziałem, moczu w pęcherzu po 24 godzinach nieoddawania go było bardzo mało). Bóle i inne objawy zwolna ustąpiły, ale pokazał się wyciek z cewki, z którym chory zgłosił się do mnie; 15 sierp. wydzielina z cewki obfita, ropna; mocz mętny, białka ilość, odpowiadająca ropie. Podano olej terpentynowy. 21 sierp. *Status idem*. Salol. 29 sierp. *Status idem*. Balsam kopaiwiany; 5 wrześ. *Status idem*, tylko wydzieliny z cewki mniej. Olej santałowy, salicylan sodowy; 14 wrześ. chory zwraca moją uwagę, że rano po oddaniu moczu widuje wydzielającą się z cewki gęstą masę, jak rozrobione wapno. Badanie mikroskopowe osadu moczowego wykonuje obfitość ciałek ropnych, trumienki fosforanu wapniowo-amonowego i dwoinki, jak w dwu poprzednich przypadkich. Podana urotropina z kwasem solnym szybko a znaczną spowodowała poprawę.

4. 16 czerwca zgłosił się do mnie chory, który dawniej przebywał rzeżączkę, z powodu dolegliwości przy oddawaniu moczu. Rozpoznano lekki nieżyt pęcherza w następstwie przebytej kiedyś rzeżączki i polecono urotropinę; 22 sierp. tenże chory podaje, że po zapisanych poprzód proszkach zrobiło mu się lepiej, uważał się za zdrowego i zaprzestał leczenia; 28 sierp. doznał gwałtownych bólów w prawej połowie brzucha; przywołany lekarz rozpoznał kamyk w nerce prawej, wstrzykiwał mu morfinę, a gdy się sprawa polepszyła, polecił dyetę mleczną i wody alkaliczne. Chory czuje się coraz gorzej, jest bardzo osłabiony. Badanie wykazuje mocz mętny, zasadowo oddziaływujący, ilość białka, odpowiadająca ilości ropy. Pod mikroskopem komórki ropne, strącone fosforany, diplokoki, jak poprzód. Polecono dyetę mięsną, urotropinę z kwasem solnym; 25 sierp. chory czuje się lepiej, mocz jasnomętny, jasno-alkaliczny; 6 wrześ. mocz czysty. Z powodu osłabienia ogólnego i zdenerwowania polecono hidroterapię. Koło 20 wrześ odszedł kamyk, w którym obok fosforanów wykazałem okrągłe twory, podobne do tych, jakie wytwarzałem strącaniem w moczu mocznika zapomocą formaliny.

5. 25 wrześ. zgłosił się do mnie brat jednego z kolegów. Z listu owego kolegi i z wywiadów od chorego dowiedziałem się, że z powodu kilkodniowego niedomagania zażył on 13 wrześ. większą ilość wody gorzkiej, poczom dostał gwałtownych kurczów. Kurcze te przeszły, ale powracały co kilka dni. Mocz chorego co drugi dzień mętniał i wykazywał znaczne ilości białka. Chory czuje się bardzo osłabiony. Rzeżączki nigdy nie przebywał, cewka sucha, mocz niejasny, ilość białka, odpowiadająca ilości ropy. Badanie mikroskopowe osadu wykazuje obfitość ciałek ropnych, strącone fosforany, dwoinki, jak w poprzednich przypadkach. Zalecono dyetę mięsną i urotropinę z kwasem solnym; 28 września chory czuje się znacznie lepiej, mocz czyściejszy; 5, 10 i 15 paźdz. mocz zupełnie czysty, chory czuje się jednak jeszcze bardzo osłabionym.

Mówca streszcza się, że na podstawie tych pięciu przypadków, ma prawo podejrzewać patogeniczną podstawę choroby w owych dwoinkach, które zdają się wywoływać dość typowy obraz chorobowy. Dla tego zaś zdaje mówca już dzisiaj publicznie sprawę ze swych spostrzeżeń, że chorzy ci bodaj częściej udawać się będą do internistów, niż do urologów i że wobec tego internistom będzie łatwiej skontrolować zapatrywanie prelegenta, ewentualnie rozwinąć i pogłębić zrobione przezeń spostrzeżenie. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabrał głos kol. Wernicki.

Dr. Józef Krzyszkowski, sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba*.

(Ciąg dalszy).

12. Złamania kości.

Le Fort (Lille): *Złamania kości twarzowych, doświadczalnie wywołane*. Mówca przedstawia röntgenogramy złamań kości twarzowych i omawia wartość i znaczenie objawów klinicznych tego cierpienia. Nawet bardzo rozległe złamania nie zawsze dają się rozpoznać, a to z powodu braku właściwych im objawów. Przesunięcie i ruchomość odłamków są stosunkowo rzadkie. Obrażeniom kości twarzowych towarzyszy często pęknięcie podstawy czaszki, sięgające od nasady nosowej aż ku dużemu otworowi potylicznemu. Po urazach, zadanych w środek twarzy, ulegają bez względu na to, czy uraz skierowany był od przodu ku tyłowi, czy od góry ku dołowi, czy wreszcie od dołu ku górze, przesunięciu tylko kości środkowej części twarzy, podczas gdy kości policzkowe zostają na swem miejscu.

Chipault (Paryż): *Zestawienie 147-miu przypadków złamania kręgów*. Na 34 przypadki, które mu się dostały w leczenie bezpośrednio po wypadku, 20 razy odstąpił od zabiegu, bądź to z powodu istniejącego „shoku", bądź też z powodu innych ciężkich objawów, jakie istniały, pomimo, że nie było widocznego przesunięcia odłamków kostnych; w dwóch przypadkach udało mu się zapomocą „laminektomii" wykryć krwotok zewnątrz opon, lub też między rdzeniem a jego oponami. Na 10 przypadków, w których było przesunięcie odłamków, połączone z ciężkimi objawami rdzeniowymi, w 5-ciu odprowadził odłamki i to 3 razy zapomocą dobrze wysłanych przyrządów, a 2 razy zapomocą szwu kostnego; w pozostających 5-ciu wykonał „laminektomię", połączoną w 3 przypadkach z obcięciem odłamków, sterczących do kanału rdzeniowego, w dwóch zaś z resekcyą i następowem zszyciem. We wszystkich przypadkach otwierał opony i badał bezpośrednio stan rdzenia pacierzowego. Na 57 przypadków ze świeżemi złamaniami odstąpił w 20 od miejscowego leczenia z powodu ciężkich powikłań, jak postępujące ku górze zapalenie rdzenia, zapalenie miedniczek nerkowych i nerek, zapalenie płuc; w 10 przypadkach, w których istniały mniej groźne objawy, ograniczył się do zabiegów łagodzących, polegających na głębokiem przyżeganiu, na drenowaniu pęcherza moczowego, na wykonaniu cystotomii nadłonowej. W 7-miu przypadkach odprowadził znaczne przesunięcie odłamków zapomocą sznurówek, lub zapomocą szwów kostnych. W 14-tu przypadkach było mierne przesunięcie odłamków, a pomimo tego w 6-ciu z nich istniało wiotkie porażenie, objaw zupełnego poprzecznego przerwania rdzenia, w dwóch odstąpiono od leczenia, w jednym odprowadzono odłamki zapomocą sznurówki, w 3 wykonano laminektomię wraz z usunięciem kostniny — z dobrym skutkiem. Reszta tych przypadków nie przedstawiała nic ciekawego z punktu leczniczego. Z 49 przypadków ze staremi złamaniami przytacza dwa, w których, po usunięciu kostniny, sterczącej do kanału rdzeniowego, otrzymał bardzo dobry wynik.

Bergmann (Berlin): *O postępie w leczeniu złamań od czasu wprowadzenia badania zapomocą promieni Röntgena*. W przeciągu 10 ostatnich lat postąpiła nauka o złamaniach kości w dwóch kierunkach: 1) Wyspecyalizowano dokładnie wskazania do krwawego leczenia złamań i 2) poznano dokładnie rozmaite kształty złamań, oraz zmiany w miejscu złamań.

Pierwsze osiągnięto przez zdobycie możności rozpoznawania zapomocą promieni Röntgena przeszkód w zrastaniu się kości, które to przeszkody dadzą się usunąć jedynie drogą operacyjną. Jedyna tylko przeszkoda, polegająca na wsunięciu się między odłamki mięśni, nie daje się wspomnianym sposobem z całą dokładnością rozpoznać, aczkolwiek z miejsca jasnego, występującego przy prześwietlaniu między końcami odłamków i nieustępującego przy różnych ustawieniach złamanej kończyny, można o tem z wielkiem prawdopodobieństwem wnosić. Inne przeszkody dają się dokładnie określić. Prześwietlając n. p. złamaną rzepkę, rozpoznać można dokładnie 3 przeszkody, wobec których leczenie zachowawcze nie może dać nigdy dobrych wyników i tak: 1) jeżeli odłamki są nierówne, mianowicie odłamek dolny znacznie mniejszy od górnego, to jedynie szew kostny da dobry wynik; 2) jeżeli obok złamania poprzecznego istnieją inne pęknięcia, n. p. na brzegach rzepki i jeżeli małe odszczepy kości wklinują się między poprzeczne odłamki, — to wyleczenie nastąpić może jedynie po usunięciu tych odszczepów na drodze krwawej; 3) jeżeli odcinek n. p. dolny skręci się około swej poprzecznej osi tak, że powierzchnia złamania górnego odcinka leży na przedniej powierzchni odcinka dolnego, to aby można było należycie nastawić odłamki, należy uchwycić bezpośrednio dolny odłamek, nakręcić go i przyszyć do górnego. Założenie szwu i to metalowego uważa Bergmann jako główną metodę złamań rzepki; operował w ten sposób w swej klinice 25 przypadków i we wszystkich otrzymał krótsze zrośnięcie się odłamków. Niektóre złamania, jak n. p. kości śródstopia, znane są dopiero od czasu wprowadzenia promieni röntgenowskich i podczas gdy dawniej rozpoznawano w tych przypadkach stłuczenie nogi i leczono zapomocą mięsienia, przesuwającego jeszcze więcej odłamki, obecnie, mając pewne rozpoznanie, można należycie leczyć, ustalając i unieruchomiając nogę, względnie do potrzeby. Podobnie postąpiła znacznie nauka o ważnych złamaniach dol-

nego końca kości sprychowej, które przy pomocy promieni Röntgena dokładnie opracował Gallois.

Tuffier (Paryż): *O leczeniu złamań przy pomocy röntgenogramów. — Wpływ przyrządów na leczenie.* Na podstawie własnego doświadczenia, opartego na 200 przypadkach złamań, leczonych w przeciągu 18-tu miesięcy pod kontrolą promieni Röntgena, przyszedł mowca do przekonania, że przyrządy, jakich się do dziś dnia używa w leczeniu złamań, są niedostateczne, gdyż przy ich pomocy jest się jedynie w stanie nadać odpowiedni kierunek odłamkom kostnym; o ścisłem atoli ich przystósowaniu (adaptacyi) mowy niema. Ztąd kazał sobie sporządzić odpowiednie narzędzia, zapomocą których utrzymuje odłamki w dobrem położeniu, nadanem przez poprzednie ich zeszycie. Jest zdania, że szew odłamków kostnych będzie w przyszłości jedyną metodą leczenia złamań w stawie łokciowym i kolanowym, przy których dzisiejsze przyrządy wywołują znaczne odleżyny, występujące wcześniej, niż nastąpi zrośnięcie się odłamków kostnych.

Destot (Lugdun): *Zapoznane złamanie a radyografia.* Mówca podnosi znaczenie promieni Röntgena w rozpoznawaniu złamań kości śródstopia i opisuje przy pomocy röntgenogramów rozmaite ich kształty. Podobne znaczenie ma radyografia w złamaniach miednicy i pęknięciach kości bez przesunięcia odłamków, w których rozpoznanie było poprzednio wprost niemożliwe.

Lucas-Championnière (Paryż): *O złamaniach, które należy leczyć bez przyrządów i bez unieruchomiania, a tylko zapomocą metodycznych ruchów i mięsienia.* Mowca poleca swoją metodę leczenia pewnej części złamań, nazwaną przez niego „glykinesis". Metoda ta polega na wykonywaniu metodycznych ruchów, stósowanych zaraz po wypadku, na lekkiem mięsieniu, sięgającem w okolicę złamania, ale nie przekraczającem miejsca złamania i czasowem unieruchomianiu kończyny; metoda ta jest, zdaniem prelegenta, znacznie lepszą od bezwzględnego unieruchomiania kończyny, gdyż wpływa korzystniej na odrodzenie kości i części miękich. W przypadkach, leczonych tą metodą, otrzymywał mowca znacznie szybsze i lepsze zrastanie się odłamków. Pod wpływem tej metody ustępuje natychmiast ból, okoliczność, która wskazuje równocześnie, że ruchy i mięsienie były należycie stósowane; tą drogą usuwa się szybko wynaczynionki i podnosi się odporność i żywotność skóry, przeciwdziała ona wreszcie bardzo skutecznie tworzeniu się przykurczeń i następowych zniekształtnień. Do leczenia tą metodą nadają się złamania końców kości ramieniowej, złamania w stawie łokciowym, szczególnie złamania wyrostka łokciowego, złamania kości sprychowej przy stawie ręki, prawie wszystkie złamania obojczyka, wszystkie złamania kości strzałkowej w części dolnej, złamania kostek bez zboczeń, złamania w stawie kolanowym, złamania uda bez zboczeń, wszystkie złamania łopatki. Wyjątkowo nadają się do tej metody złamania ramienia w części środkowej, podudzia i przedramienia, jeżeli niema zboczeń. W pewnych przypadkach wystarczy samo unieruchomienie bez mięsienia, mianowicie u dzieci. W końcu zestawia przypadki uleczone tą metodą.

Thièry (Paryż): *O szwie kostnym w leczeniu złamań.* Mówca jest zdania, że złamania kości dają się zupełnie wyleczyć jedynie zapomocą szwu, założonego na odłamki kostne.

Ollier (Lugdun) przedstawia na licznych röntgenogramach przebieg odradzania się końców kości i ich powierzchni stawowych po przebytej resekcyi stawu.

Mendizabel (Meksyk) demonstruje nowy przyrząd do unieruchomiania złamań obojczyka. (C. d. n.)

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKOŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 17 września 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Rady.

I. Rozprawa przeciw Dr. N., który stawił się do niej osobiście wraz z Drami S. i Z., jako mężami zaufania. Stawił się również mch. R.

Na wniosek referenta (Dr. Ponikło) uchwalono udzielić Dr. N. naganę za zachowanie się, wykraczające przeciw godności stanu lekarskiego, a mianowicie za to, że wobec chorego użył wyrazów obelżywych przeciw koledze i czynnie przeciwko niemu wystąpił, przyczem Rada honorowa uwzględniła jako okoliczność łagodzącą, że Dr. N. został przez mch. R. podrażniony.

II. W sprawie przeciw Dr. U. uchwalono jednogłośnie wobec odpowiedzi zwierzchności gminnej, że Dr. U. tylko tymczasowo wykonywał nadzór nad bydłem, śledztwa zaniechać.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Izby lekarskiej, odbytego w dniu 16 czerwca 1900 roku.

Przewodniczący Dr. Łazarski.

Obecni Drowie: Dietzius, Gawlik, Jabłoński, Kijas, Kohn, Łodziński, Ponikło, Trzebicky, Walczyński.

I. Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia wnosi kol. Dietzius imieniem komisyi weryfikacyjnej, żeby wybory do Izby uznać za ważne, gdyż protest wniesiony przez 18 kolegów przeciwko wyborom w mieście Krakowie nie przytacza absolutnie żadnych konkretnych faktów. Wniosek przyjęto jednomyślnie.

II. Na wniosek komisyi skontrującej (kol. Dietzius i Gawlik) przyjęto zamknięcie rachunków za r. 1899.

III. W myśl wniosku Wydziału uchwalono sprawozdań rocznych Izby ze względu na znaczne koszta osobno nie drukować.

IV. Uchwały wiecu Izb w Baden uchwalono ratyfikować ze zmianami proponowanemi przez Wydział (Ref. Dr. Ponikło).

V. Uchwalono wydrukować w „Przeglądzie lekarskim" Dyrektywy przy zawieraniu umów między lekarzami a kasami chorych, przysłane przez Izbę dolno-austryacką z tem nadmienieniem, że Izba w zasadzie na takowe się zgadza.

VI. Zgodzono się na proponowaną przez wiec Izb zmianę ustawy o Izbach z poprawkami, proponowanemi przez Wydział.

VII. Na wniosek Dr. Łazarskiego uchwalono wystósować do ministerstwa kolejowego podanie o poprawę bytu lekarzy kolejowych, w myśl propozycyi sekcyi niemieckiej Izby czeskiej.

VIII. Przyjęto wniosek Izby bukowińskiej, żeby lekarze wystawiali świadectwa w razie uszkodzeń jedynie tylko na żądanie towarzystw asekuracyjnych i za wynagrodzeniem przez takowe. Uchwalono na razie nie popierać wniosku Sekcyi Sanockiej, by Izba starała się o poprawę bytu lekarzy z okazyi organizacyi oficyalistów prywatnych, jako nie dającego się w tej chwili przeprowadzić. (Ref. Dr. Walczyński).

IX. Prezes odczytuje wezwanie, wystósowane do Izby, do wzięcia udziału w pierwszym kongresie dla spraw stanu lekarskiego.

X. Prezes zawiadamia, że Namiestnictwo doniosło o poprawie bytu lekarzy salinarnych.

XI. Delegatem na wiec Izb w Pradze wybrano Dra Łazarskiego, którego w razie przeszkody miałby zastąpić którykolwiek z członków Wydziału.

XII. Na wniosek kol. Jabłońskiego uchwalono poruszyć na wiecu Izb sprawę lichego wynagrodzenia lekarzy więziennych.

XIII. Na wniosek kol. Dietziusa i Ponikły uchwalono stronom zaskarżonym przed Radą honorową nie przesyłać całego odpisu skargi, lecz tylko podać sam fakt, o który skarga została wniesioną.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 22 listopada 1900.

W dniu 13 b. m. prezydyum Komitetu gospodarczego IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wręczyło I. M. Rektorowi Uniwersytetu Jagiellońskiego pięknie oprawny Dziennik Zjazdu, na którego karcie tytułowej złotemi zgłoskami wydrukowano brzmienie uchwały Zjazdu: „Wszechnicy Jagiellońskiej dla uczczenia 500-letniego Jej jubileuszu, owoce prac swoich składa w ofierze IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.“

I. M. Rektor Jakubowski przesłał na ręce przewodniczącego Komitetu gospodarczego pismo następujące:

»Za pamięć, okazaną nam w pięćsetną rocznicę odnowienia naszego Uniwersytetu, serdeczne składamy dzięki. Utrwaliła nas ona w tem przekonaniu, że węzły duchowe, łączące nas ze społeczeństwem, dla którego pracujemy, liczne są i silne. Myśl ta, owa niezachwiana wiara w tę spójnię, jest dla Uniwersytetu Jagiellońskiego najmilszym i najdroższym skarbem, bo ona nam daje przeświadczenie, że za nami i z nami jest społeczeństwo całe, że ono żywo podziela i radość naszą i smutek i wszelaką dolę. To też Dziennik IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który w tę piękną rocznicę Uniwersytet Jagielloński otrzymał, zamieściliśmy w zbiorze pamiątek jubileuszowych, aby i najpóźniejszym pokoleniom świadczył o tem, że święto Wszechnicy Jagiellońskiej było świętem całego narodu.“

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, koll.: prof. Kader, Dr. Chlumsky i Doc. Bossowski przedstawili przez siebie operowanych chorych; omówienie tych nader zajmujących przypadków i wywołane niem rozprawy, wypełniły całe posiedzenie. Odczyty koll. Dr. Stankiewicza i Doc. Seńkowskiego, stosownie do uchwały Zgromadzenia, odbędą się w przyszłą środę.

* Zapowiedziany w Nr. 44 »Przegl. Lek.« Kurs Wakacyjny dla lekarzy, rozpocznie się w niedzielę d. 25-go b. m.

* „Wiener Medic. Presse“ w Nr. 47 donosi: „Namiestnictwo dolno-austryackie rozesłało do prymaryuszów szpitali wiedeńskich okólnik, w którym wzywa ich do wypowiedzenia zdania, czy byłoby korzystnie urządzić przy szpitalach wiedeńskich oddziały wyżej płatne, w którychby chorzy za utrzymanie i leczenie płacili 10 koron dziennie a prócz tego doręczali umówione honoraryum prymaryuszom za wizyty, operacye itd.“ Od siebie „Wiener Medic. Presse“ dodaje: „jeśli wyżej wspomniane zarządzenie w szpitalach wiedeńskich nastąpi, będzie to ciężki cios dla całego stanu lekarskiego w Wiedniu, bo nietylko specyaliści wszelkich gałęzi, nie będący prymaryuszami, stracą klientelę, ale cały ogół lekarzy praktycznych odczuje dotkliwie ubytek w swojej pracy. Wiadomość ta dostała się już do wiedzy ogółu lekarskiego, który ze zdumieniem pyta, czy to leży w interesie władzy doprowadzać stan lekarski i tak już w swym bycie zachwiany, do ostatnich granic materyalnego upadku.“

Sprawa, o której piszemy, jest wprawdzie na pozór miejscową, lecz zasadniczo przekracza ona rogatki Wiednia; każdy lekarz w Austryi może się zapytać na podstawie jakiej etyki i logiki zwraca się Namiestnictwo do prymaryuszów w sprawie jedynie dla nich korzystnej, a pomija Izbę lekarską, powołaną właśnie do orzekania o wszelkich reformach, dotyczących bytu ogółu lekarskiego? w czyim to leży interesie, ażeby przebywający ciężki przełom materyalny stan lekarski nietylko drażnić moralnie, ale zubożyć go do ostatecznych granic na korzyść tych, których byt stałą posadą jest zapewniony? Ufać należy, że pp. prymaryusze wiedeńscy znajdą w sobie tyle poczucia sprawiedliwości i koleżeństwa, że uznają zamierzoną reformę za szkodliwą dla stanu lekarskiego,

* Stowarzyszenie wiedeńskich kas chorych majstrów ogłosiło, że potrzebuje do swej organizacyi 43 lekarzy, lekarza głównego i 7 specyalistów. Związek lekarzy wiedeńskich, jak to czytelnicy sobie przypominają, uchwalił, ażeby żaden lekarz należący do związku, nie przyjmował posady w tej kasie, bez porozumienia się z Izbą lekarską pomimo jednak tego zastrzeżenia, 23 lekarzy zgłosiło się do objęcia posad w kasie chorych majstrów. Przypuszczać należy, że ci 23 lekarze, którzy wnieśli swoje podanie, nie należą do związku. Jakiż będzie koniec tej sprawy? posady obejmą ci, którzy do związku nie należą, może mniej ukwalifikowani i mniej wogóle warci, a członkowie związku będą dalej biedę cierpieć i celu swej organizacyi nie osięgną. Nauka z tego jasna: albo organizacya samopomocy objąć powinna wszystkich lekarzy bez wyjątku i wtenczas może dyktować warunki, albo nie ma racyi bytu.

* Kijowskie Towarzystwo lekarskie uchwaliło urządzić dnia 26 b. m. (st. st.) uroczysty obchód jubileuszowy 30-letniej pracy nauczycielskiej swego prezesa prof. Dr. Trycza.

* XXII Kongres balneologów niemieckich odbędzie się w Berlinie 7—12 marca 1901 r.

* Ostatni zeszyt »Liečnički Viestnika« podaje treściwe sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich pióra Dra Leopolda Glücka.

* Mianowani w Warszawie: Szymon Kossobudzki lekarzem miejscowym szpitala Dzieciątka Jezus; Tadeusz Maszewski lekarzem szpitala św. Ducha; Jan Mazurkiewicz lekarzem szpitala św. Jana Bożego.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwers. lwowskim otrzymali: Adam Czyżewicz, Wincenty Czernecki i Alfred Winogrodzki.

* Pomyłki druku: w Nr. 44, na str. 643, w szpalcie 2-giej, w 6-ym wierszu od dołu, zamiast „szczawy“ ma być „kwasu węglowego“; na str. 644, szpalta 1-sza, wiersz 32 od góry, po „0,0098 grm.“ ma być »i Smirnowskie (43,75°C) — 0,0099 grm.“

Mianowania i odznaczenia. Dr. Düring, znany dermatolog, otrzymał od rządu niemieckiego tytuł profesorski. Dr. Maks Ring 84-letni poeta i lekarz, otrzymał tytuł profesorski.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Jan Konarzewski b. asystent przy katedrze anatomii w Uniw. Jagiell.. zmarł w Krakowie w 54 r. życia. Dr. Acconi. prof. ginekologii w Genui. Dr. Gaedken, prof. sądowej medycyny w Kopenhadze. Dr. Alfred Hughes, prof. anatomii w Londynie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 10: Doc. Dr. Łepkowskiego: Krwotoki po wyjęciu zęba i ich leczenie. Dzierżawskiego B.: O leczeniu chorób miazgi. W *Medycynie* Nr. 46: Dr. Grosglika A.: Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeżączce przedniej cewki (dok.) Dr. Jurowskiego D.: Przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritscha, z pomyślnym skutkiem dla matki i dziecięcia. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 21: Dr. Cohna J: Wstrzykiwania wewnątrz maciczne podług prof. Gramatikati. Dr. Zawadzkiego I.: Lekarz jako biegły przed sądem. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 46: Dr. Sokołowskiego A.: Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem. Brudzińskiego I.: Dermatitis posterosiva papulosa. Dr. Mincera A.: O przeroście gruczołu krokowego.

Redakcya otrzymała:

Prof. M. L. Jakubowski: Pogląd na rozwój nauki w chorobach dzieci, obok innych gałęzi nauk lekarskich i przyrodniczych. (Odbitka z „Przegl Lek.“ 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 28 b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll.: Dr. Stankiewicz W. i Doc. Dr. Seńkowski M. wygłoszą odczyty zapowiedziane w ostatnim Nrze „Przegl. Lekarskiego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXIX. Kraków, 1 Grudnia 1900. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.*)

Podał
Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

Dopóki, jak do niedawna jeszcze, musieliśmy się ograniczać przy usiłowaniach wyświetlenia etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych do badań, wykonywanych jedynie po śmierci, głębsze wglądnięcie w patologię pasorzytnicza tych błon napotykało na wielkie trudności. Liczne lżejsze przypadki, kończące się wyleczeniem, a niejednokrotnie pod względem etyologicznym i epidemiologicznym ważniejsze od ciężkich, były wtedy dla ścisłego badania zupełnie niedostępne. Zaś co do przypadków, kończących się śmiercią, to ze względu na możliwość przedskonowego lub pośmiertnego wtargnięcia drobnoustrojów do opon, należy podnieść, że badania bakteryologiczne, wykonywane po śmierci, nie mogą mieć równej wartości z badaniami za życia, zwłaszcza, gdy upłynął dłuższy czas między zgonem a chwilą podjęcia badania.

Rzecz zmieniła się zasadniczo od czasu, gdy wykrycie nakłócia lędźwiowego przez Quinkego w r. 1891 utorowało nam drogę do opon i płynu mózgowo-rdzeniowego już za życia chorego.

Ponieważ w płynie mózgowo-rdzeniowym mamy materyał w stosunkach prawidłowych zupełnie jałowy, zatem w przypadkach zapaleń opon każdy wynik dodatni, otrzymany przy badaniu bakteryologicznem, przeprowadzonem z odpowiedniemi ostrożnościami, ma do pewnego stopnia dla stwierdzenia tła choroby rozstrzygające znaczenie. To też poznanie etyologii tych chorób zrobiło w ostatnich czasach znaczne postępy. Mimo to napotykamy jeszcze na liczne szczegóły niewyjaśnione, a w zapatrywaniach poszczególnych autorów zauważyć można znaczne różnice zdań: mamy więc przed sobą otwarte, obszerne i wdzięczne pole dla dalszych badań.

Dzięki uprzejmości mego szefa, prof. Jakubowskiego, mogłem w klinice chorób dziecięcych wykonać nakłócie lędźwiowe i przeprowadzić badanie otrzymanego tą drogą płynu w całym szeregu przypadków. Badania podejmowałem częściowo w pracowni samej kliniki, częściowo zaś w zakładzie prof. Bujwida, któremu zawdzięczam także wykonanie fotogramów.

Wykonanie nakłócia i przeprowadzenie badania. Nakłócie wykonywałem igiełką 5—10 gramowej strzykawki. Przy wykonaniu tego zabiegu trzyma pomocnik chorego w ułożeniu klęczącem, najwygodniej w ten sposób, że obejmuje i ustala swemi udami zgięte i przysunięte do brzucha uda i podudzia chorego, a rękami przytrzymuje mu kończyny górne i barki. Tułów jest ustawiony pionowo, przyczem część piersiowa i lędźwiowa kręgosłupa powinny tworzyć łuk, zwrócony wypukłością ku tyłowi, przez co wyrostki kolczaste i łuki kręgów lędźwiowych oddalają się od siebie i zwiększa się przestrzeń, przez którą mamy się dostać do kanału kręgowego. Igiełkę wbija się pomiędzy wyrostkiem kolczastym 3-go a 4-go kręgu lędźwiowego, nieco na prawo od linii środkowej, aby ominąć więzadło, łączące oba wyrostki. Koniec igiełki kieruje się wobec tego ku przodowi, wewnątrz i nieco ku górze, zatem między oba łuki i ku środkowi kanału kręgowego. Zależnie od wieku, budowy dziecka i grubości podściółki tłuszczowej igiełkę należy wbić głębiej lub płyciej. Kierować się można tem, że przebicie opony twardej odczuwa się zwykle jako przezwyciężenie pewnego oporu. Wystrzegać się należy za głębokiego wbijania igiełki, bo wtedy koniec jej dostaje się do splotów żylnych na tylnej powierzchni trzonów kręgowych i sprowadza krwotok. Nie jest to połączone zwykle z żadnem niebezpieczeństwem, ale wskutek przymieszki krwi do płynu pewne części badania, n. p. oznaczenie białka, stają się wtedy niemożebne do przeprowadzenia, lub nieścisłe.

Muszę zaznaczyć, że położenie pionowe zastósowane zostało pierwszy raz w naszej klinice przez Raczyńskiego[1]). Quinke zaś radził wykonać nakłócie lędźwiowe w położeniu leżącem.

Rdzeń kończy się, jak wiadomo, na wysokości drugiego kręgu lędźwiowego. W miejscu, gdzie wykonujemy nakłócie, jest już tylko t. zw. koński ogon. Poszczególne nerwy, składające go, zawieszone w płynie, z łatwością usuwają się przed igiełką tak, że uszkodzenie któregokolwiek z nich jest prawie zupełnie niemożebne.

Jak tylko dostaniemy się do przestwieni podpajęczej, zaczyna wypływać z igiełki płyn mózgowo-rdzeniowy; jeżeli zaś igiełkę połączyliśmy zapomocą odpowiednio przytoczonej rurki metalowej i rurki kauczukowej z manometrem, to wskaże nam to samo przesuwanie się słupa rtęci. Wyjątkowo tylko, aby otrzymać wypływ, trzeba się uciekać do wykonania wsysania (aspiracyi) zapomocą strzykawki, mianowicie jeżeli igiełka zatkaną zostanie strzępkiem wysięku oponowego, lub skrzepikiem krwi. Czasem, gdy wypływu niema, przyczyną może być przysłonięcie otworu igiełki błonami,

*) Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 7 listop. 1900.

Działy	Liczba	Znaki i wiek chorego	Ciśnienie w mm. Hg	Ilość w ctm.³	Skrzepik pajęczyn	Białko w %	Mętność w % osadu	Limfocyt % ciałek biał.	Drobnoustroje mikroskopowo	Hodowle	Zejście, w d. r. rozpoznanie anatomiczne
I. Zapalenie nagminne	.	Stan prawidł.	20—25	.	—	0·01—0·02	—	100 ?	—	—	
	1.	A. M. 9 m.	.	15·0	+	0·40	0·05	3·0	.	.	?
	2.	F. R. 6 l. .	.	2·5	—	0·10	0·2	0·3	Meningokoki	Meningokoki	Wyleczenie
	3.	J. R. 18 m.	.	11·0	—	0·03	skąpy	2·5	„	—	Wyleczenie
	4.	J. Z. 12 m.	.	8·0	+	0·3	0·15	1·0	„	Meningokoki	† Mngtis cer. spin. epid.
	5.	J. K. 9 m.	.	10·0	+ +	0·3	0·5	1·0	„	„	† Mnglis cer. spin.
	6.	A. G. 5 l. .	30, 30	10·0	—	0·05	0·1	2·5	„	„	Wyleczenie
	7.	F. R. 16 m.	.	11·0	+	0·10	0·1	0·5	„	„	† Mngtis tuberculosa
II. Zap. zwykłe	8.	W. M. 6 l.	40, 12	10·0	+	0·20	0·05	1·5	Enterokoki	Enterokoki	† Mngtis purulenta, Pneumonia dispersa, Dysenteria.
	9.	A. G. 8 l. .	.	5·0	—	0·06	0·25	15·0	Streptokoki	Streptokoki	† Mngtis purulenta, Pleurit. sin. Otitis. Enterocatarrh.
	10.	W. Z. 7 l. .	14	12·0	—	0·018	—	.	—	Prątek dur.	Wyleczenie.
III. Zap. gruźlicze i gruźlica prosówkowa.	11.	W. Z. 4 l. .	.	20·0	.	0·10	skąpy	95·0	Bakt. gruźl.	—	† Mngtis tbc.
	12.	A. Ch. 3 l.	.	6·5	+	0·15	„	59·0	„	—	† Mngtis tbc.
	13.	G. W. 15 m.	56, 36	10·0	+	0·16	„	79·0	—	—	† Mngtis tbc.
	14.	M. K. 5 l. .	20	5·0	+	0·30	„	99·0	.	—	† Mngtis tbc.
	15.	A. K. 11 l. .	28	4·0	—	0·32	0·10	11·0	.	—	† Mngtis tbc.
	16.	E. P. 10 l. .	84, 28	10·0	+	0·15	0·01	11·0	—	—	† Mngtis tbc.
	17.	K. B. 2 l. .	80, 30	15·0	—	0·24	0·10	13·0	Bakt. gruźl. (liczny!)	—	† Mngtis tbc. Tbcsis cerebri ad convex. Tbc. miliar.
	18.	A. K. 3 l. .	48, 14	10·0	—	0·14	skąpy	16·0	—	—	† Mngtis tbc. Tbcsis cerebri et nodi tbc. solit.
	19.	A. K. 18 m.	.	10·0	.	0·10	„	95·0	—	Świnka +	† Mngtis tbc. Nodus tbc. solit.
	20.	W. R. 2 l. .	.	10·0	—	0·02	—	94·0	.	.	† Tbc. miliar.
	21.	J. M. 7 l. .	24	4·5	—	0.003	—	.	.	.	† Tbc. miliar.
IV. Sprawy niezakaź.	22.	J. M. 10 l. .	30·0 (?)	15·0	—	0·01	—	.	.	.	† Residua mngtis. Pneumonia croup.
	23.	F. W. 3 l. .	.	10·0	—	0·03	skąpy krew	.	—	—	† Hyperaemia passiva cerebri, helminthiasis.
	24.	F. B. 9 l. .	22,10	10·0	—	0·012	—	.	.	—	† Thrombus sinus falc. maj. Anaem.
	25.	M. R. 18 m.	.	20·0	—	0·02	—	.	.	—	† Hydroceph. chron. Thromb. ven. foss Sylvii, Anaemia.

lub korzonkami. Wystarczy wtedy dla zaradzenia złemu okręcenie igiełki wokoło osi.

Rozłączamy następnie, w danym razie, igiełkę od manometru i zbieramy wypływający płyn do rurek miareczkowanych. Dobrze jest płyn od razu podzielić na dwie części. Jednę z nich odstawiamy na razie, a możemy ją później użyć do szczepienia zwierząt. Przy sprawach zapalnych tworzy się przytem w płynie po kilku nieraz godzinach skrzepik pajęczynowaty. Obejmuje on zawieszone w płynie części ukształtowane, między innemi drobnoustroje, zkąd w przypadkach zapaleń gruźliczych może posłużyć do wykrycia prątków Kocha.

Drugą część centryfugujemy w rurce ku dołowi stożkowato zakończonej, osad badamy drobnowidowo i bakteryologicznie, a płyn — chemicznie.

Zapisujemy ciśnienie początkowe, w danym razie i końcowe; obecność i wielkość wahań, zależnych od tętna, oddechu, krzyku, ilość płynu wypuszczoną; jego przeźroczystość, względnie zmącenie, które można wyrazić ilością osadu w odsetkach; ilość białka sposobem Esbacha, lub gdy białka mało, Stolnikowa*); własności aglutynacyjne (p. n. przypadek duru).

Jeżeli mamy płyn badać bakteryologicznie, to igiełka, strzykawka, rurka metalowa i kauczukowa, służące do połączenia igiełki z manometrem, wreszcie krótki kawałek rurki kauczukowej grubszej (najlepiej z jednej strony rozciętej dla ułatwienia zdejmowania, a mającej objąć nasadę igiełki i rurkę metalową i ochronić je od zakażenia przy zetknięciu z palcami podczas wbijania igiełki), wreszcie dwie rurki do centryfugowania i dwa korki kauczukowe do tych rurek, muszą być wyjałowone przez wygotowanie. Po otrzymaniu osadu szczepi się jego część na agar zwykły lub glicerynowy, lub agar z krwią (gdy chodzi o prątek grypowy), a dopiero resztę bada się mikroskopowo.

Cechy płynu prawidłowego są następujące: ciśnienie 20—25 mm. Hg. Płyn zupełnie przeźroczysty, zatem i osadu nawet po zcentryfugowaniu, makroskopowo, nie można wykazać żadnego; mikroskopowo, można znaleść nieco ciałek białych, a mianowicie, o ile wykazuje preparat świeży, limfocytów. Niekiedy domieszka krwi, która dostaje się do płynu w czasie nakłócia. Ilość białka 0·01—0·02%. Płyn niema

*) Jest to próba na białko kwasem azotowym w zwykły sposób wykonana. Płyn rozcieńcza się i oznacza granicę, przy której powstaje jeszcze po odstaniu do 1 minuty smuga białkowa zaledwie dostrzegalna. Odpowiada to w płynie rozcieńczonym ilości białka 0·003%. Liczbę tę mnoży się przez rozcieńczenie i otrzymuje w ten sposób ilość białka w płynie pierwotnym z dokładnością, wystarczającą dla celów klinicznych.

własności wytwarzania skrzepiku, i nie zawiera drobnoustrojów.

Przystąpimy teraz do opisu wyników badania, otrzymanych w poszczególnych przypadkach. Są one zestawione w załączonej tablicy, a mianowicie według następujących działów:

I. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne
II. Zapalenie ostre zakaźne, obejmowane zwykle wspólną nazwą zapalenia zwykłego (*meningitis simplex*) w przeciwstawieniu do zapalenia gruźliczego i nagminnego.
III. Zapalenie gruźlicze.
IV. Sprawy niezakaźne. *(Patrz tablicę.)* (C. d. n.)

* * *

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał

Dr. Edmund Kowalski

lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka" we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

b) Kąpiele gazowe.

Po zetknięciu się w kąpieli gazowej banieczek bezwodnika węglowego z powierzchnią skóry doznaje badany w pierwszym rzędzie uczucia ciepła, następnie mrowienia i dość silnego szczypania, przyczem skóra coraz bardziej jednostajnie się zaczerwienia, przybierając powoli niekiedy barwę prawie szkarłatną. Objaw ten utrzymuje się, tracąc jednak na swem natężeniu, przez dość długi czas po zaprzestaniu kąpieli, bo niekiedy przeszło pół godziny, a jest następstwem nadmiernego przekrwienia skóry, pochodzącego z rozszerzenia tętniczek. Wykazał bowiem Skórczewski[1]), że strumień bezwodnika kwasu węglowego, puszczony na obnażone ucho królika, lub na język żaby, sprowadza rozszerzenie tętnic, a zwężenie żył, co utrzymuje się dość długo po zaprzestaniu doświadczenia.

Oprócz jednak tych miejscowych zmian, występujących pod wpływem kąpieli gazowych, mamy i zmiany ogólne, jak to z załączonych poniżej zestawień widzimy:

Kąpiel na 30°C przez 15 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	76	130 Mm.
w kąpieli		
po 10 min.	66	150 »
po 15 min.	62	160 »
po kąpieli		
po 10 min.	62	160 »
po 20 min.	64	160 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	84	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	78	140 »
po 15 min,	74	145 »
po 25 min.	72	145—150 »
po kąpieli		
po 5 min.	74	140 »
po 30 min.	74	140 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	70	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	64	145—150 »
po 15 min.	62	— »
po 20 min.	62	160 »
po 25 min.	62	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	64	160 »
po 15 min.	64	— »
po 25 min.	64	— »
po 35 min.	68	150 »
po 45 min.	68	— »
po 60 min.	68	150 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	135—140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	60	145—150 »
po 15 min.	60	150 »
po 25 min.	57	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	56	150 »
po 20 min.	60	145 »
po 30 min.	60	145—150 »
po 60 min.	60	140 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	72	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	70	140 »
po 15 min.	68	140 »
po 25 min.	70	150 »
po kąpieli		
po 5 min.	70	150 »
po 15 min.	72	— »
po 30 min.	68	140 »

Kąpiel na 33°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	84	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	72	150 »
po 15 min.	68	150 »
po 25 mtn.	64	155 »
po kąpieli		
po 5 min.	68	150 »
po 15 min.	68	— »
po 25 min.	68	150 »
po 45 min.	68	140—150 »
po 60 min.	72	140 »

Kąpiel na 33°C przez 30 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	66	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	62	150 »
po 15 min.	62	150 »
po 25 min.	60	150 »
po 30 min.	60	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	58	150 »
po 15 min.	60	160 »
po 25 min.	60	150 »
po 50 min.	64	150 »

Kąpiel na 33°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	80	140 Mm.
w kąpieli		
po 10 min.	74	150 »
po 25 min.	72	150 »
po kąpieli		
po 10 min.	76	150 »
po 60 min.	78	140—150 »

Kąpiel na 33°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	140 Mm.
w kąpieli		
po 10 min.	62	150 »
po 25 min.	56	160 »
po kąpieli		
po 10 min.	60	150 »
po 30 min.	62	150 »
po 60 min.	64	150 »

Kąpiel na 36°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	70	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	72	135 »
po 15 min.	76	130 »
po 25 min.	74	130 »
po kąpieli		
po 5 min.	66	140 »
po 15 min.	68	— »
po 25 min.	68	140 »
po 35 min.	70	130 »
po 45 min.	72	— »
po 60 min.	72	130 »

Kąpiel na 36°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	150 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	74	140 »
po 15 min.	76	130 »
po 25 min.	78	130 »
po kąpieli		
po 5 min.	74	140 »
po 20 min:	70	140 »
po 30 min.	70	150 »
po 60 min.	70	150 »

Kąpiel na 39°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	150 Mm
w kąpieli		
po 5 min.	82	140 »
po 15 min.	86	120 »
po 25 min.	88	120 »
po kąpieli		
po 5 min.	84	130 »
po 20 min.	84	130 »
po 30 min.	82	130 »
po 60 min.	82	130 »

[1]) B. Skórczewski: O zachowaniu się tętnic i żył pod wpływem strumienia gazu kwasu węglowego. Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie. (Tom V, rok 1878).

Przypatrzywszy się wynikom, otrzymanym pod wpływem kąpieli gazowych, zauważymy również i tu występujące zmiany w zachowaniu się czynności serca i w ciśnieniu krwi: raz ruchy serca wolnieją, drugi raz przyspieszają się, ciśnienie się wzmaga, to znów obniża i to tak w czasie kąpieli, jak i przez pewien czas po niej.

Dla dokładniejszego przeglądu zbierzmy i tu ilości maksymalne, odpowiadające zwolnieniu, względnie przyspieszeniu ruchów serca, podwyższeniu, względnie obniżeniu ciśnienia krwi przy poszczególnych kąpielach i oznaczmy przez (+), maksymalne zwiększenie się ilości tętna i maksymalne podwyższenie się ciśnienia, a przez (—) maksymalne zmniejszenie się ilości tętna i maksymalne obniżenie się ciśnienia krwi, a otrzymamy następujące zestawienia:

Kąpiel na 30°C.

W kąpieli . .	—14	+30 Mm.
po kąpieli .	—14	+30 Mm.

Kąpiel na 32°C.

W kąpieli . .	—12	+20 Mm.
po kąpieli .	—10	+10 Mm.

Kąpiel na 32°C.

W kąpieli . .	— 8	+20 Mm.
po kąpieli .	— 6	+20 Mm.

Kąpiel na 32°C.

W kąpieli . .	—11	+25 Mm.
po kąpieli .	—12	+15 Mm.

Kąpiel na 32°C.

W kąpieli . .	— 4	+20 Mm.
po kąpieli .	— 4	+20 Mm.

Kąpiel na 33°C.

W kąpieli . .	—20	+25 Mm.
po kąpieli .	—16	+20 Mm.

Kąpiel na 33°C.

W kąpieli . .	— 6	+20 Mm.
po kąpieli .	— 8	+20 Mm.

Kąpiel na 33°C.

W kąpieli . .	— 8	+10 Mm.
po kąpieli .	— 4	+10 Mm.

Kąpiel na 33°C.

W kąpieli . .	—12	+20 Mm.
po kąpieli .	— 8	+10 Mm.

Kąpiel na 36°C.

W kąpieli . .	+ 6	—15 Mm.
po kąpieli .	+ 2	—10 Mm.

Kąpiel na 36°C.

W kąpieli . .	+10	—20 Mm.
po kąpieli .	+ 6	—10 Mm.

Kąpiel na 39°C.

W kąpieli . .	+20	—30 Mm.
po kąpieli .	+16	—20 Mm.

Z zestawień powyższych wynika, że kąpiele gazowe wpływają tak na zmianę ruchów serca, jak i zmianę ciśnienia krwi: raz ruchy serca zwalniają się, drugi raz przyspieszają, — ciśnienie raz podnoszą, to znów obniżają. Zwolnieniu ruchów serca towarzyszy zawsze podniesienie się ciśnienia tętniczego, przyspieszeniu zaś obniżenie, a występowanie zmian tak jednych, jak drugich, zależy od ciepłoty kąpieli.

W kąpielach o ciepłocie 30, 32, 33°C liczba uderzeń serca w czasie trwania kąpieli zmniejsza się, ciśnienie się podnosi; w kąpielach zaś na 36 i 39°C liczba uderzeń serca się wzmaga, ciśnienie krwi obniża, działanie zaś to kąpieli tak jednych, jak drugich, rozciąga się poza ich trwanie na przeciąg czasu, przenoszący godzinę.

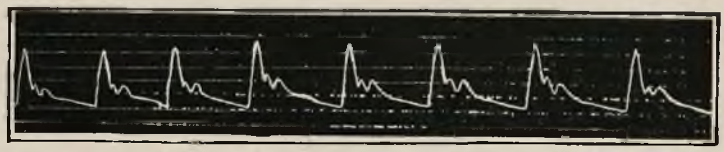
Zmiany powyższe, występujące tak pod wpływem pierwszych kąpieli, tj. 30—33°C, jak i pod wpływem drugich, tj. od 36—39°C, nie są jednak równe co do nasilenia, lecz przedstawiają pewne różnice ilościowe, które tem są znaczniejsze, im w pierwszym razie niższej użyjemy ciepłoty, przeciwnie w drugim, im wyższej.

Rozejrzawszy się obecnie w załączonych zdjęciach sfigmograficznych tętna przy stosowaniu kąpieli gazowych zauważymy takie same zmiany jakościowe, jakie występowały pod wpływem kąpieli zwykłych. Wśród i po kąpieli o cie-

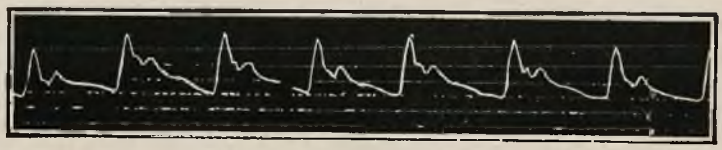
Kąpiel gazowa na 32° C.
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



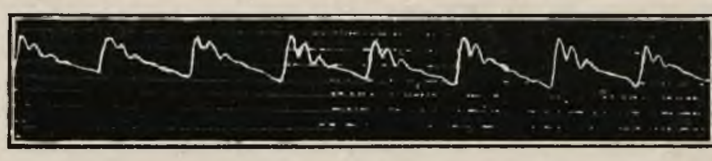
Po kąpieli.



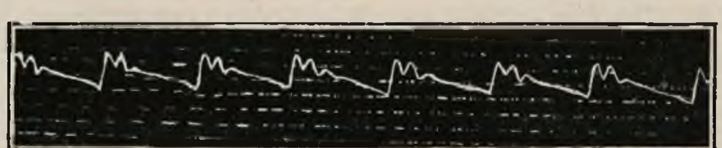
Kąpiel gazowa na 32° C.
Przed kąpielą.



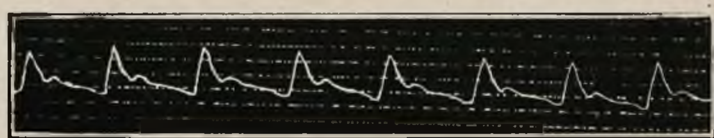
W czasie kąpieli.



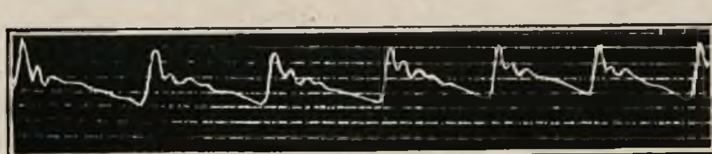
Po kąpieli.



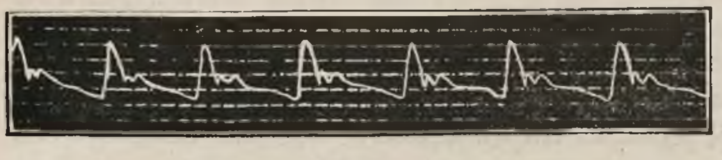
Kąpiel gazowa na 33° C.
Przed kąpielą.



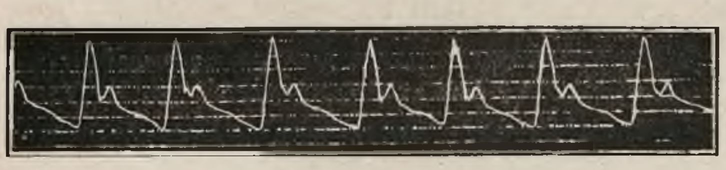
W czasie kąpieli.



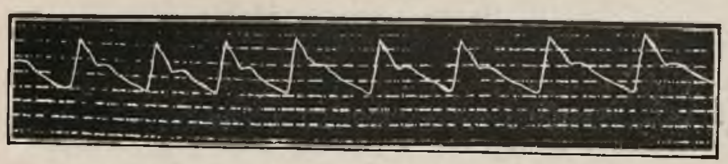
Po kąpieli.



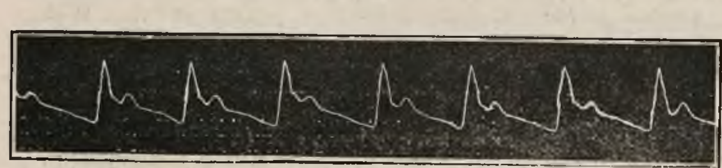
Kąpiel gazowa na 36° C.
Przed kąpielą.



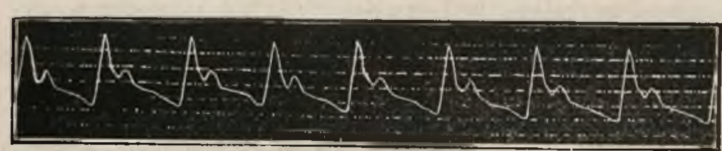
W czasie kąpieli.



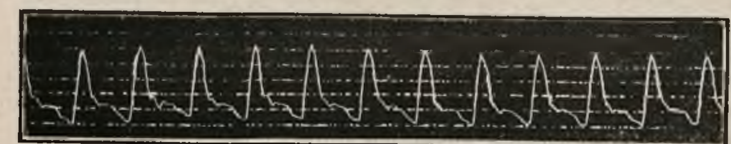
Po kąpieli.



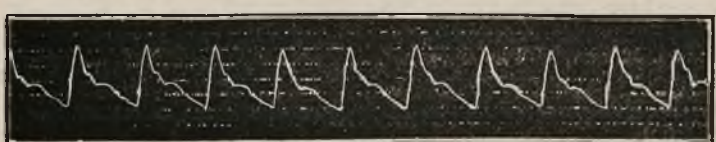
Kąpiel gazowa na 39° C.
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



płocie 30, 32, 33° C tętno staje się twardszem, fala wyższą; począwszy zaś od ciepłoty 36° C tętno staje się miększem, fala niższa.

Jest to, jak powiedziałem, ten sam objaw, który widzieliśmy przy kąpielach zwykłych; przyczyna jego naturalnie też ta sama: pierwsze jest następstwem większego napięcia ścian naczyń i wzmożonego nasilenia skurczów i rozkurczów serca, drugie następstwem zmniejszonego napięcia ścian i osłabienia czynności serca; pierwsze występuje, jak widzimy, w kąpielach o ciepłocie 30, 32, 33° C, drugie w kąpielach o ciepłocie 36 i 39° C — czyli, że kąpiele gazowe poniżej 34° C napięcie tętnicze drogą zadrażnienia nerwów naczynio-ruchowych wzmagają, energię mięśnia sercowego zwiększają, powyżej zaś 34° C jedno i drugie zmniejszają.

Ogólne zatem działanie kąpieli gazowych na narząd krążenia uwidocznia się głównie w trzech kierunkach, t. j. w zmianie szybkości ruchów serca, w zmianie nasilenia pojedynczych skurczów i rozkurczów, wreszcie w zmianie napięcia tętniczego.

Kąpiele o ciepłocie poniżej 34° C zwalniają ruchy serca, zwiększają energię mięśnia sercowego, wzmagają napięcie tętnicze; kąpiele o ciepłocie powyżej 34° C przyspieszają ruchy serca, osłabiają siłę mięśnia sercowego, zmniejszają napięcie tętnicze.

Zestawmy obecnie wyniki, otrzymane przy stosowaniu kąpieli gazowych, z wynikami, otrzymanymi przy stosowaniu kąpieli zwykłych i porównajmy je ze sobą, a zobaczymy, że są one zupełnie równe i identyczne. Tak kąpiele gazowe, jak i zwykłe, działają na narząd krążenia we wszystkich trzech kierunkach zupełnie równomiernie; pierwsze i drugie o ciepłocie poniżej 34° C zwalniają ruchy serca, zwiększają energię mięśnia sercowego, podnoszą ciśnienie krwi, o ciepłocie zaś powyżej 34° C przyspieszają ruchy serca, zmniejszają siłę mięśnia sercowego, obniżają ciśnienie tętnicze, a to działanie ich jest tem silniejsze, im w razie pierwszym ciepłota stosunkowo niższa, w razie drugim im wyższa, rozciąga się zaś ono poza trwanie kąpieli na równy mniej więcej przeciąg czasu, tj. przeszło na godzinę.

Ta identyczność objawów jest dowodem, że czynnik, wywołujący powyższe zmiany, jest obu tym rodzajom kąpieli wspólny, jest nim zaś ciepłota wody, jako bodziec termiczny.

Gräupner[1]), lekarz zakładowy w Nauheim, robiąc podobne doświadczenia, tj. nad zachowaniem się czynności serca i ciśnienia krwi w kąpielach zwykłych i gazowych, doszedł do odmiennych wyników. Utrzymuje on, iż jedne i drugie o ciepłocie 31 i 32·5° C (ciepłota naturalnych kąpieli Nauheimskich) ruchy serca zwalniają, lecz ciśnienie krwi kąpiele zwykłe podnoszą, gazowe zaś obniżają, a zmiany te utrzymują się po zaprzestaniu kąpieli dłużej po kąpielach drugich, aniżeli po pierwszych.

Wykazuje on zatem różnicę wpływu kąpieli gazowych w dwóch kierunkach: raz jakościową, tj. co do działania na ciśnienie krwi, powtóre ilościową, tj. co do trwania wpływu następowego. Obniżenie się ciśnienia krwi w kąpielach gazowych tłómaczy Gräupner rozszerzeniem naczyń skórnych pod wpływem gazu kwasu węglowego, o którem wspominałem, utrzymywanie się zaś dłuższe powyższych objawów po kąpieli — silniejszem zadrażnieniem ustroju. Odmiennym tym wynikom co do zmian w ciśnieniu krwi przeczy jednak Schott[2]) i Hensen (doświadczenia z kąpielami gazowemi

[1]) S. Gräupner. Nauheimer Mineralbäder und einfache Wasserbäder — ihr Einfluss auf Blutdruck und Herztätigkeit. (*All. Med. Centralblatt.* 1896. Nr. 61, 62).

S. Gräupner. Physiologische und klinische Bemerkungen zur Balneotherapie der chronischen Herzerkrankungen. (*Therapeutische Wochenschrift.* 1896. Nr. 48).

[2]) A. Schott. Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1885).

na klinice lipskiej), jak również Ewald[1]); obaj pierwsi twierdzą, że kąpiele gazowe o ciepłocie 31, 32·5° C nie obniżają ciśnienia krwi, ale podwyższają, drugi zaś podaje, że w doświadczeniach swoich zauważył wprawdzie obniżenie się ciśnienia o 20—30 Mm. w czasie kąpieli, ale dopiero przy ciepłocie 30° R, co się równa 37·5° C.

Następstwem czego są odmienne wyniki doświadczeń Gräupnera, trudno orzec; że jednak rzecz się tak ma, jak powyżej wykazałem, dowodzą moje doświadczenia, przeprowadzone z wszelką możliwą dokładnością, jak również doświadczenia wyżej przytoczonych autorów.

Pokazuje się zatem, że owo rozszerzenie naczyń skórnych, choć nieraz tak znaczne, nie jest dostateczne do wywołania obniżenia się ciśnienia krwi, lecz że ustępuje ono na drugi plan wobec działania czynnika innego, tj. bodźca termicznego, a tem samem tłómaczy to nam, gdzie należy szukać właściwej przyczyny podniesienia się ciśnienia, tak w kąpielach gazowych, jak i w kąpielach zwykłych, czyli tłómaczy nam, że *a priori* mogący być przyjęty w tych ostatnich skurcz drobnych skórnych naczyń nie odgrywa tu właściwie przeważnej roli, a jeśli jaką wogóle odgrywa, to minimalną. Wysokość ciśnienia bowiem zależy, jak wiadomo, od ilości krwi, jaką w jednostce czasu komora lewa wypycha do aorty i od oporu, na jaki ta krew natrafia na obwodzie. Gdyby więc opory te skutkiem silnego skurczu naczyń powierzchownych w kąpieli zwykłej znacznie się zwiększały, musiałaby być wybitna różnica w podnoszeniu się ciśnienia pod wpływem kąpieli zwykłych, a kąpieli gazowych, bo w tych ostatnich, skutkiem zadrażnienia gazem węglowym, naczynia skórne się rozszerzają, czyli opory stosunkowo zmniejszają; tak jednak nie jest, ciśnienie w jednym i drugim razie podnosi się prawie do równej wysokości, wynika więc z tego, że główną i prawie wyłączną rolę w tym względzie przypisać należy powstającym pod wpływem bodźca termicznego, w obu rodzajach kąpieli równego, zmianom w czynności i we wzmożonej energii mięśnia sercowego, a po części w zmienionem napięciu tętniczem. Rozszerzenie to jednak naczyń skórnych w kąpieli gazowej może mieć pewne znaczenie dla ustroju i w niektórych przypadkach ma je bezsprzecznie, bo przez to odprowadza się duże ilości krwi do powłok zewnętrznych, a czego prawdopodobnie następstwem jest uczucie swobody i lekkości w klatce piersiowej.

Co do drugiej różnicy, jaką podaje Gräupner, t. j. że w kąpieli gazowej mamy do czynienia z silniejszem zadrażnieniem ustroju, a skutkiem tego jest, iż występujące w czasie kąpieli zmiany utrzymują się następowo przez dłuższy czas, powiedziałbym, iż rzeczywiście zadrażnienie nerwów obwodowych jest prawdopodobnie znaczniejsze, a to bądź przez wspomniane przekrwienie powłok, bądź też może przez swoisty jaki wpływ na nie bezwodnika węglowego, następstwem jednak tego jest nie dłuższe utrzymywanie się powstałych objawów w krążeniu, lecz raczej zmiana w ogólnem czuciu. Po kąpieli zwykłej o ciepłocie 31, 32·5° C odczuwamy ogólne uspokojenie, nie doznajemy jednak znużenia, lecz owszem pewnego przyjemnego nieznacznego podniecenia, podczas gdy po kąpieli gazowej o tej samej ciepłocie czujemy się raczej osłabieni, niechętni do lekkich nawet wysiłków fizycznych.

[1]) C. A. Ewald. Kurze Mittheilung über Kohlensäurebäder. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1887).

Głównym zatem czynnikiem, działającym w kąpielach gazowych, jest bez wątpienia bodziec termiczny, czyli ciepłota użytej wody. Ponieważ tak w kąpielach gazowych, jak i zwykłych o ciepłocie 31—33° C widzimy zwolnienie ruchów serca, wzmożenie się napięcia tętniczego i zwiększenie się wysokości fali tętna, mamy więc jako następstwo działania kąpieli gazowych (31—33° C) to, co już powyżej, mówiąc o kąpielach zwykłych o tej samej ciepłocie, omówiłem, tj. zwolnienie skurczów i rozkurczów mięśnia sercowego, ale zato większą jego energię, podniesienie się ciśnienia tętniczego, a obniżenie żylnego, czyli wogóle mamy wzmożoną pracę wzmocnionego mięśnia sercowego, żywszy przypływ i odpływ krwi, lepsze wypełnienie się naczyń tętniczych, a zwolnienie naczyń żylnych i limfatycznych. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Mieczysław Nartowski: **Promienie Röntgena i ich zastósowanie do celów rozpoznawczych i leczniczych.** (Kraków, Nakład księgarni Krzyżanowskiego 1900).

Sztuka stósowania promieni Röntgena w medycynie uległa w ostatnich latach znacznemu udoskonaleniu i stała się zwolna wspólnem dobrem lekarzy praktycznych. Wskutek tego wyłoniła się wkrótce potrzeba napisania praktycznego podręcznika, zaznajamiającego lekarza ze szczegółami tej nowej gałęzi techniki lekarskiej. Niemcy, Francuzi, Anglicy mają już tego rodzaju podręczniki od lat kilku; polski wyszedł z druku przed kilku dniami. Autor poświęca swój podręcznik „Almae Matri Jagellonicae,“ oraz swym nauczycielom. Książka ma 109 stron druku i 85 pięknych ilustracyi. Dr. Nartowski nie bawi się w swym podręczniku w wielkie teorye, gdyż stanowią one w dziełach tego rodzaju tylko niepotrzebny balast; lecz przedewszystkiem zaznajamia czytelnika w przystępny, jasny i zwięzły sposób tak z przyrządem Röntgena, jak z wszystkimi innymi przyrządami skiograficznymi. W części drugiej i trzeciej podaje to, czego jeszcze brakuje w podręcznikach tego rodzaju, poucza bowiem w krótkości o rodzajach fotografii i całym sposobie ich sporządzania, począwszy od wywoływania kliszy, do otrzymania z niej fotografii gotowej. Dotąd musiał początkujący (a dla tych głównie autor swój podręcznik opracował), poszukiwać wszelkich wyjaśnień w tym kierunku dopiero w podręcznikach fotograficznych; w książce Nartowskiego jest zebrane i zestawione wszystko, co z fotografią Röntgena ma jakikolwiek związek, a przytem spotykamy tu wiele praktycznych uwag i objaśnień autora, pozwalających nam korzystać z nabytego już przez niego doświadczenia. Podręcznik zapoznaje nas nawet z najnowszemi zdobyczami wiedzy na polu röntgenowania. Szkoda tylko, że autor nie wspomniał o stereoskopii, stosowanej obecnie i przy skiografii. Metody, podane w celu oznaczania położenia ciał obcych, nie zdają mi się być najlepszemi z istniejących. Ale jak już powiedziałem, jest to podręcznik dla początkujących, a tego rodzaju ścisłe obliczania wymagają pewnych dokładniejszych i specyalnych studyów w tej gałęzi.

W ostatnich trzech częściach opisane są własności, działanie i zastósowanie praktyczne röntgenografii w medycynie. Na działanie lecznicze promieni Röntgena zapatruje się autor dosyć sceptycznie, a i my mieliśmy na tem polu tylko bardzo mierne i wątpliwe wyniki.

W końcu należy podnieść wzorowy druk i staranne, a nawet wytworne wyposażenie całego podręcznika przy cenie umiarkowanej (8 koron).

Praca ta zasługuje stanowczo na ciepłe przyjęcie i uznanie w świecie lekarskim. *Dr. Chlumský.*

IV. Wyciągi.

Legueu i Kendirdjy. **O znieczulaniu zapomocą wstrzykiwań lędźwiowych kokainy i eukainy do rdzenia.** *(La Presse médicale,* Nr. 89, 1900). Od czasu ogłoszenia przez Biera (Kilonia) sposobu znieczulania odnóg dolnych zapomocą wstrzykiwań kokainy w przestwory podpajęcze okolicy lędźwiowej rdzenia, mała tylko liczba chirurgów próbowała tej metody, a rozprawy w sekcyi chirurgicznej sierpniowego Kongresu paryzkiego nad tą nową metodą znieczulania doprowadziły do wyników mało zachęcających do jej rozpowszechnienia. Autorowie pracy, z której zamierzyliśmy zdać sprawę, zastosowali „znieczulenie lędźwiowe“ w 57 przypadkach chirurgicznych i na tej podstawie zamierzyli wypowiedzieć swój sąd o tej nowej metodzie, oraz o przyczynach, dla których winna ona zająć poważne miejsce w znacznej liczbie zabiegów operacyjnych. Doświadczenia swoje rozpoczęli L. i K. z kokainą (48), w dalszym zaś ciągu zastąpili ją eukainą (9), której w tym względzie oddają pierwszeństwo, a to z powodu, że eukaina jest mniej trująca, wyjałowienie jej rozczynów o wiele łatwiejsze, a same rozczyny są trwalsze, nie rozkładają się pod wpływem wysokiej ciepłoty. Rozczyny kokainy i eukainy, użyte do doświadczeń, były 2%; rozczyn kokainy, ulegający rozkładowi w wysokiej ciepłocie, wyjaławiali autorowie sposobem Thyndala, t. j. przez ogrzanie 6—7-razowe do 60° C. Rozczyn chlorku eukainy wyjaławia się zwykłym sposobem, t. j. półgodzinnem ogrzewaniem do 100°, które powtórzyć należy w dwóch dniach następnych; do wstrzykiwań używano szklannej strzykawki Luerowskiej. Mając zamiar wykonać wstrzyknięcie, sadza się chorego na stół operacyjny i każe się mu zgarbić; następnie oznacza się linię poziomą, łączącą oba tylne grzebienie talerzy biodrowych i wyszukuje się wyrostek ciernisty w tem miejscu, gdzie wyżej wymieniona linia międzybiodrowa przecina stos pacierzowy. Stojąc po stronie lewej chorego, zaznacza operator wskazicielem lewym ten wyrostek i nakłówa przestwór międzykręgowy naprawo i wyżej od wspomnianego wyrostka; topograficznie jest to trzeci lędźwiowy przestwór międzykręgowy. Wyrostek, o którym mówimy, należy do 4-go kręgu lędźwiowego; poniżej tego kręgu mamy 4-ty, a powyżej trzeci przestwór lędźwiowy: w tym więc ostatnim jest miejsce z wyboru do nakłócia. Autorom zdarzało się jednak wykonać nakłócie z równą łatwością w 4-tym lub 2-gim przestworze, jeśli natrafiali na zbyt wielkie trudności w trzecim. W celu wykonania nakłócia zaznacza operator wskazicielem ręki lewej przestrzeń między wyrostkami ościstymi, a wskazicielem prawym wyszukuje zagłębienie w tej samej przestrzeni między wyrostkami, które znajduje się na jeden poprzeczny palec od linii środkowej: ujmuje igłę ręką prawą, przebija nią poprzednio znieczuloną chlorkiem etylu skórę, następnie przebija głębsze warstwy, kierując ostrze igły nieco ku górze i na wewnątrz; pierwszy znaczniejszy opór natrafia igła na więzie żółtym, — po przejściu którego ostrze igły dostaje się do kanału rdzeniowego, czego widomym objawem jest pojawienie się jasnych kropelek cieczy mózgowordzeniowej w otworze igły; w celu usunięcia możebnego zatkania światła igły H. i K. wstrzykują przez nią kilka kropel wody przekroplonej i wyjałowionej. Po wypłynięciu 8—10 kropel cieczy mózgowordzeniowej należy przystąpić do wstrzyknięcia; wstrzyknięcie kokainy odbywa się powolnie, poczem nie rozłączając strzykawki od igły, wyciąga się ją szybko, a otwór zamyka się kolodyonem. Srednia dawka, którą autorowie wstrzykiwali, wynosi 1 ctm. sześcienny 2% rozczynu.

Chwila, w której ma wystąpić znieczulenie, nie jest stałą: u jednych jest ono w całej pełni już po upływie 3 minut; u innych znowu trzeba przeczekać 8—10 minut, pomimo użycia silniejszej dawki kokainy. Wobec tego faktu należy badać postęp znieczulenia i rozpocząć operacyę, gdy odruchy i czucie zostają zniesione. Czas trwania znieczulenia również nie da się oznaczyć, przeto należy wyzyskać każdą chwilę dla szybszego skończenia zabiegu operacyjnego. Obszar znieczulenia jest również niejednaki i zależy od usposobienia osobniczego; dawka kokainy nie wpływa zupełnie na rozległość pola znieczulenia. W większości przypadków kokainowanie lędźwiowe znieczula obszar, którego górna linia graniczna przechodzi przez pępek; zdarza się, że znieczulenie przekracza tę linię, lecz trwa ono tu nadzwyczaj krótko, znikając z góry ku dołowi. Czas trwania znieczulenia wynosi godzinę do półtora godziny: autorowie mogli odbyć wszystkie przedsiębrane operacye przed wyczerpaniem się znieczulającego wpływu kokainy.

Na 57 przypadków, operowanych przez H. i K., zawiodły dwa: w pierwszym wypadło znacznie przekroczyć pępkową linię graniczną, w drugim niepokój chorej (nie ból) utrudniał odbycie operacyi: w obu tych przypadkach musiano się uciec do uśpienia chloroformowego. Pozostaje 55 operacyj, wykonanych w zupełnem znieczuleniu, a były to zabiegi na kończynach dolnych, w jamie brzusznej i narządzie moczopłciowym.

Do objawów, czasem towarzyszących lędźwiowemu kokainowaniu, autorowie zaliczają: ból głowy, wymioty i gorączkę; rzadziej już: bezsenność, rozszerzenie źrenic, chwilowe porażenie zwieracza rzyci. Zresztą w piśmiennictwie spotkać można wymienione rozmaite powikłania, towarzyszące znieczuleniu lędźwiowemu, jak porażenie odnóg dolnych, zaburzenia pęcherzowe i t. d., lecz są to przypadłości nader rzadkie, krótkotrwałe, niezawodnie więcej zależne od osobniczego usposobienia neuropatycznego, aniżeli od ujemnego wpływu kokainy.

Kokainowanie lędźwiowe wywołuje nietyle znieczulenie *(anaesthesis)*, ile bezboleśność *(analgesia)*, gdyż chory czuje, lecz nie cierpi bólu; operowany nietylko nie cierpi, lecz posiada zupełną świadomość, a okoliczność ta, o ile pożyteczna, o tyle często utrudnia zadanie chirurga. Dla obawiających się uśpienia chloroformowego ten rodzaj znieczulenia jest zbawienny; lecz przedstawmy sobie wszelkie operacye w jamie brzusznej lub w narządach miednicy, wykonywane na równi pochyłej głową na dół, z otwartą jednocześnie jamą brzuszną i t. d., to są takie tortury, które złamią najsilniejszego ducha i dlatego, ze względów moralnych, nie należy przedsiębrać tego rodzaju operacyj w znieczuleniu lędźwiowem. Uznawszy ważność tej strony ujemnej, wszystkie inne względy przemawiają za nową metodą znieczulania: bezbolesność jest zupełna, chory może posilać się przed i po operacyi i nie ulega licznym a przykrym następstwom chloroformowania. Oczywiście znieczulenie w zakreślonym obszarze, jakie sprowadza kokainowanie lędźwiowe, nie zastąpi ogólnego znieczulenia chloroformowego, przeznaczonego do wszystkich operacyj bez wyjątku; lecz dla wielu zabiegów na obszarze, sięgającym po pępek, znieczulenie lędźwiowe jest już dziś nieocenionym nabytkiem dla chirurgii i cierpiącej ludzkości. *A. K.*

Hodlmoser (Wiedeń). **W sprawie rozpoznawania ukrytego raka przełyku.** *(Wiener klin. Wochenſt.* Nr. 44, 1900). Autor szczegółowo opisuje dwa przypadki raka przełyku z zejściem śmiertelnem, w których za życia nie postawiono pewnego rozpoznania. Wszystkie objawy wskazywały na obecność nowotworu w przewodzie pokarmowym; — z uwagi jednak, że nie było jednego ważnego objawu, a mianowicie utrudnionego połykania, nie zachodziła potrzeba badania zgłębnikiem. Wprawdzie w jednym z tych przypadków istniało porażenie prawego nerwu zwrotnego, które nasuwało myśl o jakimś możebnym nowotworze przełyku, atoli w tym przypadku zaniechano zgłębnikowania i ezofagoskopii, ze względu na możliwe przerzuty w szyjnej części kręgosłupa, tem bardziej, że na wątrobie były guzy macalne, które przypuszczalnie przyjmowano za punkt wyjścia sprawy chorobowej. Wobec tego słusznie wnosi autor, że pomimo braku kardynalnych objawów istnienie porażenia nerwu zwrotnego już samo przez się może przemawiać za nowotworem przełyku, w czem jeszcze ezofagoskopia może poprzeć badacza, jeśli nie jest przeciwwskazaną innemi możliwemi powikłaniami. *Dr. Henryk Pisek.*

H. Hinterstoisser. **W sprawie techniki łączenia odcinków jelitowych.** *(Wiener klin. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). H. zestawia wszelkie znane w piśmiennictwie sposoby łączenia odcinków jelitowych, którymi obecnie rozporządza chirurgia. W szczególności uwzględnia autor sprawę resekcyi kiszki grubej. Zaznaczyć należy, że H., który dawniej (o ile sprawozdawca wnosi z pracy autora w *Wiener klin. Wchschrft.* Nr. 21, 1896) był zwolennikiem guzika Murphyego, w ostatnich czasach stosowania jego zupełnie zaniechał. Skłoniło go do tego spostrzeganie przypadku, w którym pętla jelita cienkiego, pociągnięta ciężarem guzika ku jamie Douglasa, w tem miejscu uległa zagięciu i spowodowała ostrą niedrożność, zakończoną zejściem śmiertelnem. W dołączeniu znajduje się dokładny opis 5-ciu przypadków resekcyi jelita. *Urbanik.*

L. Kirchmayr. **Przyczynek do kazuistyki podskórnych pęknięć ścięgien.** *(Wiener klin. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). W sprawie tej wypowiada autor następujące uwagi: typowe rozdarcie ścięgien mięśni wyprostnych palców ponad stawem końcowego członu palca, zostaje wywołane przez uraz, działający na palec wyprostowany w pierwszym stawie międzyczłonowym w ten sposób, że człon końcowy gwałtownie zostaje zgięty. Wyjątkowo tylko urazy bezpośrednie spowodować mogą podobne zranienie. Podskórne, odosobnione rozdarcia długich, wolno się przesuwających ścięgien, przydarzają się prawie bez wyjątku tylko w ścięgnach chorobowo zmienionych. Możliwości rozdarcia ścięgien zdrowych pod wpływem bardzo gwałtownych urazów zaprzeczyć nie można. Wyrwanie końcowego członu palca, wraz z przynależnem ścięgnem zginacza, przydarza się jako zranienie typowe w tym razie, jeżeli siła pociągająca zadziała nagle lub zwolna na człon końcowy palca po poprzedniem szerokiem otwarciu sąsiedniego stawu od strony grzbietowej. *Urbanik.*

W. Körte: **Przypadek tętniaka tętnicy biodrowej zewnętrznej; pęknięcie jego i następowe podwiązanie tętnicy biodrowej wspólnej i tętnicy głównej.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). Od roku 1817, w którym A. Cooper po raz pierwszy podwiązał tętnicę główną, wykonano zabieg ten dotychczas 13 razy. Wskazaniem operacyjnem były prawie we wszystkich przypadkach tętniaki. Najdłużej przeżył operacyę chory Tillauxa (39 dni); chory Monteiroa żył 11 dni. Wobec tej szczupłości kazuistyki zasługuje opisany przez K. przypadek na szczegółowsze przytoczenie. Dotyczył on 28-letniego mężczyzny, u którego na miesiąc przed zgłoszeniem się do K. pojawił się w okolicy pachwinowej prawej guz tętniący. Po dłuższej jeździe na kole wystąpił nagle gwałtowny ból, umiejscowiony dokładnie w okolicy wspomnianego guza. Badanie wykazywało obecność guza tętniącego, usadowionego nad prawym więzem Pouparta. W dalszym ciągu guza daje się wyczuć opór, sięgający w głąb ku nerce. W uwzględnieniu objawów miejscowych rozpoznanie K. brzmiało: krwiak z tętniaka prawej tętnicy biodrowej zewnętrznej. Operacya: cięcie laparotomijne w linii środkowej; po rozsunięciu pętli jelitowych odsłonięto i podwiązano tętnicę biodrową wspólną; K. zaniechał wyłuszczenia samego tętniaka, jakkolwiek dostęp do niego był łatwym, z powodu, iż zachodziłaby w takim razie konieczność podwiązania tętnicy miednicowej i udowej. Po podwiązaniu ściany tętniaka się zapadły, tętnienie ustało. Zaburzeń w krążeniu nie było. W 3 dni po operacyi pojawiły się krwawe stolce, obok szeregu objawów, przemawiających za stanem porażnym pętli jelitowych. Przypady te po kilku dniach ustąpiły. Stan ogólny chorego tylko zwolna się poprawiał, krwiak się nie zmniejszał, kończyna ustawiała się w zgięciu w stawie biodrowym. Z powodu ponawiających się gwałtownych bólów uważał K. w 37 dni po operacyi pierwszej za wskazane przystąpić do wypróżnienia krwiaka, zwłaszcza, że można było wykluczyć istnienie bezpośredniego połączenia między krwiakiem a krążeniem tętniczem. Po nacięciu wydobyto bardzo znaczną ilość świeżo skrzepłej krwi, guz się zmniejszył, kończyna wyprostowała. Skoro jama już w znacznej części była ze skrzepów opróżnioną, pojawił się nagle gwałtowny krwotok tętniczy. Wobec tego, że odszukiwanie naczynia w dużej jamie, wypełnionej skrzepami i ustawicznie krwią zalewanej, byłoby postępowaniem marnującem dużo czasu i niepewnem, przedłużył K. cięcie laparotomijne ku pępkowi, rozsunął jelita, przeciął blaszkę otrzewnej, odsłonił i podwiązał tętnicę głowną, poczem krwotok natychmiast ustał. Skrzepy wygarnięto, rany zaszyto. Chory zmarł w godzinę po operacyi. Sekcya wykazała: niedomykalność zastawek tętnicy głównej, tętniak części wstępującej, mniejsze tętniaki tętnic biodrowej zewn., udowej i głębokiej uda po stronie prawej. Objawów kiły, ani też innych szczegółów anatomicznych, któreby stanowić mogły podstawę dla wyjaśnienia przyczyny tych zmian w zakresie narządu krążenia, nie wykazano. *Urbanik.*

Brück (Berlin). **Plamica gośćcowa a zapalenie migdałków.** *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1900). Dotychczasowe piśmiennictwo wykazuje już sporą liczbę przypadków, z których wyraźnie poznać można, że między gośćcowem zapaleniem stawów, a zapaleniem migdałków, zachodzi przyczynowy stosunek. Wszyscy ci autorowie (Buss, Suchanek, Sahli i t. d.) przyjmują wprawdzie zakaźne pochodzenie gośćca stawowego, ale wywołanego nie przez swoiste lecz przez mniej lub więcej osłabione drobnoustroje ropnicy, które drogą migdałów dostały się do ustroju. Okoliczność ta wskazywałaby, że ostry gościec stawowy nie jest niczem innem, jak tylko ropnicą o bardzo słabem nasileniu, za czem przemawiają występujące przy tem cierpieniu powikłania, a przedewszystkiem zapalenie śródsierdzia. Pojęcia te zyskały sobie prawo obywatelstwa nie tylko dla ostrego gośćca stawowego lub mięśniowego, ale i dla niektórych cierpień skóry, stojących w pewnym związku z gośćcem. Tu należą: rumień węzłowaty (erythema nod.), rumień różnokształtny wysiękowy (e. multiforme exsudativ.) i plamica gośćcowa (purpura rheumat.). Tej ostatniej przytacza autor 4 przypadki, które się rozpoczęły zapaleniem migdałków, poczem wystąpiły typowe objawy plamicy gośćcowej. Na zasadzie więc znanych z piśmiennictwa przypadków i tych czterech własnych, przyjmuje autor, że mieszkowe zapalenie migdałków, ostry gościec stawowy i mięśniowy, jak i niektóre cierpienia skórne, etyologicznie do siebie należą, czyli że są wyrazem zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi. W całości zaś rzecz biorąc mamy obraz ogólnego zakażenia ustroju, którego objawy przedstawiają się jako zapalenie stawów i mięśni, wybroczyn krwawych skóry, błon śluzowych i narządów wewnętrznych, a spowodowane pierwotnem i zakaźnem zapaleniem migdałków.
Dr. Henryk Pisek.

A. Schiller: **O użyciu nitek ze ścięgien renów, jako materyału do podwiązywania i szycia ran** *(Münch. med. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). W ostatnich czasach polecił Sniegirew użycie nitek ze ścięgen renów, jako materyału do podwiązywania naczyń i szycia ran (por. sprawozd. w „Przegl. lek." Nr. 16, 1900). Próby, przeprowadzone przez autora w klinice Czernyego wykazały, że materyał ten nie posiada takich zalet, któreby skłaniały do zastąpienia nim katgutu. *Urbanik.*

H. Kümmell. **Oznaczanie ciepłoty marznięcia krwi i moczu celem stwierdzenia sprawności nerek przed zabiegami operacyjnymi.** *(Münch. med. Wochenschrift,* Nr. 44, 1900).

L. Thumim. **Wycięcie nerki z powodu kamiczego zapalenia miedniczek i nerki.** *(Berl. klin. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900).

Celem stwierdzenia sprawności, względnie niedomogi nerek, należy w pierwszym rzędzie oznaczyć ilość wydzielonego z moczem mocznika, oraz ciepłotę marznięcia krwi i moczu, wreszcie badać mocz z każdej nerki z osobna po poprzedniem wprowadzeniu do ustroju pewnych środków chemicznych, jak n. p. błękitu metylowego lub florydzyny. Pierwsza z wymienionych prób jest najprostszą, ale zarazem najmniej pewną. Ogólnie przyjąć można, że zmniejszenie ilości wydzielonego w ciągu doby mocznika poniżej przeciętnej połowy (15—16 grm.) przemawia za niedomogą nerek; ostrzegać więc powinno przed podjęciem poważnego zabiegu, jakim jest wycięcie nerki. Ten sposób badania K. zwykle nie zawodził. Bezsprzecznie ściślejszym środkiem badania jest oznaczanie ciepłoty marznięcia krwi i moczu. Krew i mocz podlegają prawom przenikania. Ciśnienie osmotyczne pozostaje w stosunku prostym do ilości zawartych w płynie drobin; ilość zaś tych drobin oznaczoną być może obniżeniem punktu marznięcia. Im większą jest ilość tych drobin, tem niższą jest ciepłota marznięcia. Z badań Korànyiego i autora wynika, że ciepłota marznięcia krwi człowieka jest w warunkach prawidłowych wielkością stałą, wynosi ona mianowicie —0.56° C. poniżej punktu marznięcia wody przekroplonej. Wahania między 0·55° a 0·57 nie przekraczają jeszcze granic fizyologicznych. Obniżanie się punktu marznięcia do 0·58°— 0·60° i poniżej przemawia za wadliwą czynnością nerek. Należy więc w tym razie wstrzymać się z podjęciem zabiegu operacyjnego, dopóki ciepłota marznięcia nie dojdzie w przybliżeniu do 0·56°. Jedna nerka zdoła, jeżeli tylko jej czynność wydzielnicza jest prawidłową, utrzymać ciepłotę marznięcia krwi na wysokości 0·56°. Mniej ścisłe wyniki daje badanie marznięcia moczu, gdyż tu, według badań Korànyiego, Albarrana i innych, dane fizyologiczne wahają się w szerokich granicach. W każdym razie pozwala obniżenie ciepłoty marznięcia moczu do —0·9° przypuszczać z pewnem prawdopodobieństwem istnienie niedomogi nerek. Pewności w tym względzie udzielić może porównawcze badanie moczu, otrzymanego oddzielnie z każdej nerki zapomocą cewnikowania moczowodów. Za najodpowiedniejszy przyrząd do wykonywania badań nad marznięciem uważa K. podany przez Beckmanna.

Ostatni z wymienionych na wstępie sposobów badania zastosował w swoim przypadku Thumim. Przypadek ten dotyczył 31-letniej kobiety, która zgłosiła się z objawami, skłaniającymi autora do rozpoznania prawostronnego zapalenia miedniczek i miąższu nerki na tle kamicy. Punkt marznięcia krwi: 0·60°. Opierając się na doświadczeniach Caspra i Sichtera, którzy wykazali, że florydzyna pobudza nerki do wytwarzania cukru, przyczem nerka zdrowa oddziaływa dodatnio, a nerka chora, zależnie od stopnia schorzenia, mniej lub więcej ujemnie, zastosował T. podskórne wstrzyknięcie florydzyny. W 20 minut potem założono cewniki do moczowodów. Badanie moczu w kierunku zawartości cukru dało w moczu z nerki prawej wynik ujemny, z nerki lewej wyraźny wynik dodatni. Odczyn florydzynowy upewnił więc autora co do sprawności nerki drugiej. Wykonano wycięcie nerki. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bez zaburzeń.
Urbanik.

Docent W. N. Dołhanow. **Przypadek jednoczesnego krwawienia miesiączkowego z pochwy i ze skóry powiek lewego oka.** *(Wracz* Nr. 37, 1900). Chora 25-letnia, zamężna, z wybitnymi objawami histeryi, zgłosiła się do autora ze skargą na silne tępe bóle w oczach i dookoła ócz, dodając, że już od 4 lat przy każdej miesiączce występują krwawienia z lewego oka, które bywają poprzedzane przez silne bóle w oku, zmniejszające się znacznie po rozpoczęciu się krwawienia. Poprzednio przez jakiś czas krwawienia z pochwy chora nie miewała natomiast we właściwym czasie krwawiła z gardła; we wczesnej młodości, podczas prawidłowych zresztą krwawień przez pochwę, chora miała dostrzegać silne zaczerwienienie oka. Autor poddał chorą dokładnej obserwacyi podczas peryodu: założona na oko opaska po upływie dwóch godzin (przez cały ten czas chorej nie spuszczano z oczu) całkowicie została przesiąknięta krwią; po obmyciu oka chorej zauważył autor po upływie 20 minut krew na skórze powiek po stronie nosowej w postaci drobniutkich czerwonych kropek; krew ta szybko krzepła i ciemniała tak, że po upływie następnych 20 minut cała nosowa powierzchnia powiek była pokryta różnej wielkości skrzepami krwi, pomiędzy którymi

znajdowało się nieco skrzepłego włóknika, pokrywającego skórę, o wejrzeniu zupełnie prawidłowem; jednocześnie poczęły występować na podobieństwo potu kropelki krwi po stronie skroniowej powiek; na spojówce powiek znalazł autor cieniutki skrzepik krwi. W następnych 20 minutach wydzielanie krwi znacznie się wzmogło i krew wąziutką strugą spływała wzdłuż nosa. Według podania chorej każde wzburzenie miało powodować zwiększanie się krwawienia. Badanie drobnowidowe wypływającej ze skóry krwi wykazało zmniejszenie zdolności ciałek czerwonych układania się w rulony i mniejszą ilość ciałek białych; badania drobnowidowego skóry nie można było wykonać, gdyż chora nie zgodziła się na wycięcie jej skrawka. Przypadek powyższy, jedyny w piśmiennictwie, różni się od innych także i tem, że o krwawieniu zastępczem tutaj mowy być niemoże; krwawienia z pochwy u chorej tej występują we właściwym czasie i obficie; wobec czego autor sprawę tę uważa za niezwykły odruch naczynioruchowy. Chora ta cierpiała na przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy; wyskrobanie macicy nie wpłynęło jednakże zupełnie na dalsze wydzielanie się krwi ze skóry powiek podczas miesiączkowania. *Dr. Gliński.*

Lewinson. **W sprawie sposobów barwienia tłuszczu.** (*Wracz*, Nr. 39). Wobec różnych braków, którymi się odznaczają powszechnie używane sposoby barwienia tłuszczu, poleca autor następującą metodę, stanowiącą pewną odmianę znanego sposobu Woltera barwienia włókien rdzennych. Kawałki dość nawet duże, byleby nie były zbyt grube (1/4—1/2 ctm.) należy ustalać w płynie Müllera przez 2—5 tygodni (zależnie od grubości kawałka) poczem odwadnia się je w wyskoku, poczynając od 70% i zatapia w celoidynie. Skrawki barwimy hematoksyliną Kulczyckiego przez 12 godzin w ciepłocie 40° C, przepłókujemy je wodą i odbarwiamy następnie początkowo 1% rozczynem nadmanganianu potasowego (10—15 min.) po opłókaniu zaś ponownem w wodzie — 2% rozczynem kwasu szczawiowego (5 minut). Kropelki tłuszczu barwią się szarawo-fiołkowo, podczas gdy tkanki odbarwiają się całkowicie, jedynie tylko włókna rdzenne pozostają niekiedy szarawo zabarwione. Do podbarwiania tkanek używa autor silnych rozczynów karminu.

Podany przez Lewinsona sposób ma posiadać następujące zalety: 1) tłuszcz barwi się w całym kawałku, aż do najdrobniejszych kropelek; 2) zabarwienie tłuszczu utrzymuje się długo; 3) kawałki ustalone w płynie Müllera mogą być badane na tłuszcz i po dłuższem leżeniu; 4) sposób ten jest tani i łatwy do wykonania. (Celem wypróbowania tego sposobu rozpocząłem już próby w zakładzie prof. Browicza, których wynik podam wkrótce do ogólnej wiadomości. Sprawozd.) *Dr. Gliński.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Siebert. **Krótkie doniesienia w sprawie leczenia chorób skórnych.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 43, 1900).

1. Doświadczenia z epikaryną w świerzbie. Autor stosował 10% maść epikaryny (przetwór naftolowy) wyłącznie w tych przypadkach, w których z wszelką pewnością świerzb rozpoznano. Bez poprzedniej więc kąpieli nacierano w zwykły sposób raz dziennie (w ciągu 3 dni) całe ciało rzeczoną maścią, z szczególnem uwzględnieniem części zajętych, a dopiero w 4-ym dniu otrzymywał chory kąpiel oczyszczającą. Wyniki były wcale pomyślne, swędzenie wkrótce ustępowało, a czas trwania cierpienia o wiele krótszy, aniżeli przy innym sposobie leczenia. Szkodliwych przypadłości ubocznych nie zauważono (mocz skrupulatnie badano). Autor wreszcie zaznacza, że epikaryna jest środkiem pewnym, wygodnym i skutecznym.

2. W nieżycie pochwy i sromu (vulvovaginitis), pojawiającym się u młodych dziewcząt, wkraplał Siebert do pochwy zwykłą strzykawką używaną do leczenia rzeżączki, 0,5%—1% rozczyn protargolu, przytrzymując następnie wargi sromowe tak, by lek przeciętnie 10 minut działał na błonę śluzową pochwy; zabieg ten w ciągu 3 dni każdodziennie powtórzony, wykonywano 3 razy na dobę. Obok tego stosowano codziennie pełną kąpiel lyzolową lub z odwaru kory dębowej, poczem wkładano między wargi sromowe wacik borowy. Już w 3-im lub 4-ym dniu takiego leczenia wydzielina pochwowa znikała, niemniej i nieznośny świąd i wszystko wracało do stanu prawidłowego; w przypadkach zaś, w których staranne badanie drobnowidowe stwierdzało jeszcze gonokoki, stosował autor obok protargolu 1% rozczyn karbolowy siarkanu cynkowego, dwa razy dziennie po 10 minut. Powikłań żadnych nie było. *Dr. H. Pisek.*

Flesch (Wiedeń) **Nowy przetwór „Kola" do leczenia czynnościowych schorzeń nerwowych.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 43, 1900). Jednym z najlepszych, obecnie używanych środków wzmacniających układ nerwowy jest kola, uzyskane z nasion rośliny afrykańskiej *sterculia acuminata.* Podawanie tego przetworu w proszku (4—8 grm. dziennie), lub jako *vinum kolae simplex*, znakomicie skutkowało w tych postaciach trwogi nerwowej, które bywały następstwem ustrojowych lub czynnościowych zaburzeń krążenia; również szybko i trwale ustępowały przypadłości nerwowe, powstałe na tle niedokrewności pierwotnej lub następowej, jak niemniej nerwice, wywołane upośledzoną czynnością narządu płciowego (niezdolność płciowa). Ponieważ wiadomą jest także rzeczą, że i strychnina korzystnie działa w rozmaitych stanach chorobowych układu nerwowego, dlatego autor połączył obydwa te środki, dodawszy kwasu glicerynowo-fosforowego i utworzył nowy przetwór pod nazwą *Syrupus kolae compositus* „Hell," którego skład jest następujący:

Rp.	*Chinini ferrocitrici*	*2·50*
	Strichnini nitrici	*0·075*
	Extr. Kolae fluidi	*25·00*
	Natri glycerino-phosphorici	*25·00*
	Solve leni calore in	
	Syr. Aurantiorum	*200·00*

M. D. S. 3 łyżki dziennie po jedzeniu zażywać. Srodek ten wystarczający zwykle na 12—14 dni, ma właśnie tę zaletę, że wszystkie za skuteczne obecnie uznane środki podniecające, wchodzące w skład przetworu, równocześnie wywierają swój pomyślny wpływ, co też autor na blizko 100 najrozmaitszych postaciach chorób nerwowych istotnie sprawdził. Cena jednej flaszki (250,00) wynosi 4 korony. *Dr. Henryk Pisek.*

Kreozoform należy do najnowszych połączeń kreozotu, którego zawiera 96%; jest to proszek bez smaku i woni, nie ma posiadać żadnego działania ujemnego tak, że dziennie można go podawać chorym po 2·0—4·0. Dr. Petit sądzi, że przetwór ten może korzystnie zastąpić jodoform. (*Le progrès méd.* Nr. 43). *A. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7 listopada 1900 r.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Kader przedstawia 5 przypadków ze stałej kliniki chirurgicznej: przypadek pierwszy przedstawiał zwężenie cewki z przetokami w okolicy mosznowej, powstałe wskutek stulejki znacznego stopnia. Po usunięciu stulejki i wykonaniu uretrotomii wewnętrznej, wyciął następnie zbliznowaciałą część cewki i pokrył jej przednią ścianę płatem skóry, wziętym z moszny, który wrósł i tworzy rynienkę. niejako część przedniej ściany cewki, bo tylnej ściany w miejscu tem zupełny brak. Chory oddaje mocz przez cewnik, założony komornem (à demeure). Chorego operował w czerwcu b. r.; w niedalekiej przyszłości ma przystąpić do głównej części operacyi, mianowicie do wytworzenia brakującej części ściany cewki.

Przypadek drugi przedstawiał torbiel skórny wielkości małego jabłka usadowiony na czole, nieco na zewnątrz od guza czołowego prawego. W miejscu usadowienia guza jest ubytek blaszki zewnętrznej kości czołowej odpowiadający równikowi torbiela, z którego obwodu sterczą ku środkowi ostre wyrośla kostne, których prelegent przy przyszłej operacyi usuwać nie będzie, lecz zużyje je przynajmniej do częściowego pokrycia ubytku kostnego. Przy rozpoznawaniu guza, myślał prelegent o możliwości śródczaszkowego jego pochodzenia.

Przypadek trzeci przedstawiał nadliczbowe żebro szyjne. Przypadek czwarty odnosił się do naczyniaka limfatycznego (Lymphangioma faciei) bardzo wielkich rozmiarów. Przypadek piąty dotyczył stężenia (Ankylosis) obu stawów szczękowych po przebytej chorobie zakaźnej, nieznanej natury,

W dyskusyi zapytuje się kol. Doc. Kryński, w jaki sposób myśli użyć ostrych wyrośli kostnych do pokrycia ubytku kostnego w przypadku drugim i jakie znaczenie właściwie mieć będzie pozostawienie tychże, wobec tego, że blaszka wewnętrzna i warstwa gąbczasta są zachowane? Dalej zapytuje, jakie leczenie zastosuje w przypadku naczyniaka limfatycznego twarzy? Kol. Kader w odpowiedzi na I-sze pytanie oświadcza, że myśli wyrośle kostne ponacinać u nasady i wgiąć je wraz ze skórą na dno ubytku. Myśl tę podjął jedynie na przypadek, gdyby ubytek kości był zbyt duży. Naczyniaka limfatycznego leczyć będzie przez wycinanie pasów.

III. Kol. Lewkowicz miał wykład »O etyologii zapaleń mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego«, na podstawie spostrzeżeń dokonanych w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego, przedstawiając przy tej sposobności preparaty i hodowle *meningococcus intracellaris i pneumococus*, które otrzymał z płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach zapaleń ostrych.

(Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Gertler, Doc. Raczyński, Herman Hirsch. prof. Bujwid i Droba. Kol. Gertler przypomina swój odczyt na tegorocznym Zjeździe lek., w którym starał się wykazać, że paciorkowiec może przechodzić w formę pneumokoka Fränkla i na odwrót i nawiązując do niego i do odczytu kol. Lewkowicza rzuca przypuszczenie, iż wszystkie formy diplokoków paciorkowców i meningokoków Weichselbauma uważaćby można za pochodne z pewnej formy paciorkowca odpowiednio wzmocnionego, zwłaszcza, że udało mu się po wstrzyknięciu jedenastego pokolenia paciorkowca, 12-temu królikowi znaleźć we krwi serca paciorkowce, podczas gdy pod oponą twardą znalazł tylko diplokoki z wyraźnymi otoczkami, niczem się nie różniące od diplokoków Fränkla (przedstawia odpowiednie preparaty i hodowle)

Kol. Doc. Raczyński zaznacza, że z dotychczasowych badań bakteryologicznych nie wyciągnięto jeszcze obecnie właściwie żadnych korzyści klinicznych, gdyż pomijając sam dotychczasowy podział tych chorób, nie mający do dziś dnia racyonalnej podstawy, także rokowanie i rozpoznawanie nie wiele się posunęły naprzód. Dalej zapytuje kol. prelegenta, w jaki sposób tłómaczy uogólnianie się gruźlicy z pierwotnej gruźlicy opon mózgowych.

Kol. Herman Hirsch zapytuje, czy ze względu na wiek dziecięcy nie było wskazanem nakłócie w innem miejscu, aniżeli to ogólnie jest przyjętem? czy kolega prelegent nie zauważył, jak wielkie były w różnych chorobach wahania, zależne od tętna? za jak wielkie przeciętnie uważa ciśnienie prawidłowe w wieku dziecięcym czy wreszcie nie było wypadków, w których po nakłóciu wydostać nie mógł płynu mózgowo-rdzeniowego?

Dalej zaznacza co następuje: Bakteryologiczne badania, aczkolwiek ważne, nie mogły zaspokoić wymagań klinicznych, że pewnemu obrazowi bakteryologicznemu nie odpowiada taki sam stały kliniczny, że w jednym przypadku »meningococcus« w innym »pneumococcus«, w trzecim »streptococcus« o różnem nasileniu zupełnie taki sam przebieg kliniczny wywołać mogą, że nawet podczas tej samej epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowych i w tych samych miejscowościach znaleziono w jednym przypadku dwoinki Weichselbaumowskie, w innych lasecznik Fränkla. Nadto Lenhazy wykazał w jednym płynie lasecznik duru brzusznego, choć przy sekcyi nie było żadnych owrzodzeń w jelitach.

Mimo tych, na razie ujemnych wyników ze stanowiska bakteryologicznego, nakłócie opon rdzeniowych ma swoje znaczenie rozpoznawcze i w rozpoznaniu różniczkowem może nieraz znaczne oddać usługi, skoro i pod rozwagę weźmiemy histologiczne zmiany, jak również fizyczne zachowanie się płynu.

Prawidłowy płyn mózgowo-rdzeniowy jest przeźroczysty, zawiera małą ilość białka, pojedyncze limfocyty i nabłonki, nie zawiera zaś bakteryi. Według obliczenia Kroniga płyn mózgowo-rdzeniowy pozostaje w stosunkach prawidłowych pod ciśnieniem, odpowiadającem przeciętnie ciśnieniu wody w manometrze 125 mm. w położeniu poziomem,
410 » » pionowem.

W manometrze możemy zauważyć wahania, zależne od tętnienia tętnic na podstawie mózgu (wahania zależne od oddechania są na razie bez znaczenia rozpoznawczego). Wahnienia te wynoszą 2—5 mm. wody zmniejszają się przy zmniejszeniu napięcia w tętnicach, a wzmagają się z podniesieniem takowego, a przy uwzględnieniu ich powstania, dają one same przez się obraz wolnej komunikacyi między płynem mózgu i rdzenia.

Nie odbiegający od prawidłowego obraz histologiczny, w przypadkach wątpliwych między przekrwieniem mózgu z następowym obrzękiem a sprawą zapalną, przy wspólnem dla obu zmian wysokiem ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego, wyklucza sprawy zapalne. Przy chorobach zakaźnych, w przebiegu których występują objawy mózgowe, albo przy nowotworach mózgowych nasuwa się nieraz pytanie, czy wysokie ciśnienie pochodzi od wikłającego zapalenia opon mózgowych surowiczego czy od zastoiny uciskowej.

Pouczającym jest przypadek Oppenheima, przedstawiony w Towarzystwie lekarzy w Berlinie w roku 1897: Chory liczący lat 22, z obustronnem ropnem zapaleniem ucha środkowego, okazuje wybitne objawy mózgowe, jak bóle głowy, wymioty, dwuwidzenie, chód niepewny, tarczę zastoinową, obok zupełnie prawidłowo się zachowującej ciepłoty ciała. Wahało się rozpoznanie między zapaleniem opon surowiczem, guzem mózgowym i wodogłowiem nabytem. Po upuszczeniu 60 szctm. płynu nie bardzo przeźroczystego objawy uciskowe się zmniejszyły, tarcza zastoinowa ustąpiła. Po półtorarocznej obserwacyi można było dopiero rozpoznać przewlekłe zapalenie opon mózgowych surowicze. Wątpliwości tego rodzaju badanie histologiczne usunąć może z wielkiem prawdopodobieństwem.

U chorych z blednicą występują nieraz gwałtowne bóle głowy, oraz obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. Czy ten obraz chorobowy wywołanym jest przez „oedema cerebri angio neuroticum" Quinckego, czy przez zakrzep w zatoce, jak tłómaczy Leharz, nie teraz nam rozstrzygać wypada; w każdym razie badanie histologiczne płynu okaże składniki prawidłowe przez co odróżnić można objawy te od podobnych objawów w surowiczem zapaleniu opon mózgowych.

W zapaleniu opon mózgowych surowiczem znajdujemy ilość limfocytów znacznie zwiększoną, nabłonków stosunkowo nie wiele, pojedyncze ciałka krwi; ilość tych ostatnich zwiększa się przy ostrych zapaleniach. W ropnych postaciach znajdujemy liczne ciałka białe, dużo przybłonków zmienionych, a w gruźliczych, obok zmian różnych zależnych od trwania także i neutrofile. Że można znaleźć i resztki włókien nerwowych, zawierających myelinę (rozpad), lub nawet części nowotworów, jeżeli takowe ulegają rozpadowi, choć podobnych opisów w literaturze mnie dostępnej nie zauważyłem. Znalezienie jednak hematoidyny lub hemosidezyny, świadczy o przebytem krwawieniu i może posłużyć do rozróżnienia u porażonych krwotoku mózgowego od zakrzepu lub zatoru.

Wreszcie możemy przy punkcyi znaleźć płyn krwawy, szczególnie przy krwotokach na obwodzie mózgu, lub przy złamaniach kości czaszki, jak to spostrzegł Fürbringer.

Tyle co do histologicznego badania płynu. Zauważyłem już przedtem, że wahania płynu w manometrze, zależne od tętnienia tętnic na podstawie mózgu, same przez się już świadczą o wolnej komunikacyi płynu z mózgu do rdzenia; jeżeli one są mniejsze, niż prawidłowe, przy prawidłowem napięciu tętnic obwodowych, to przemawia to za utrudnieniem przepływu płynu; jeżeli są większe, to one, jak słusznie prelegent w danej mi odpowiedzi zaznaczył, mogą pochodzić z guza tętniczego w mózgu, albo z rozdęcia tętnic na podstawie mózgu (tętniak) jak to opisał podobny przypadek Kronig (aneurymata fusiformia arteriarum vertebralium).

Zmniejszenie się lub ustanie wahań w manometrze podczas wpuszczania płynu świadczy, że komunikacya została przerwaną. Taki przypadek opisał Kronig: przy początkowem ciśnieniu 100 mm. wody, po wpuszczeniu 5 szctm. płynu, wahania w manometrze ustały; zaprzestano dalszego wpuszczania płynu, chory umarł po kilku godzinach, a sekcya wykazała, że przyczyną przerwy był wklinowany i aspirowany bąblowiec do komórki 4-tej, który uciskał na naczynia krwionośne i chłonne, a aspiracyę umożliwiło zmniejszenie się napięcia płynu w jamie opon rdzeniowych.

Dla spóźnionej pory pomijam dalsze szczegóły i wnioski, a re asumując powiedziane, zaznaczam, że: 1) nakłócie opon rdzeniowych ma dosyć rozległe znaczenie rozpoznawcze; 2) że nietylko wynik do datni, ale bardzo często i ujemny tak co do zmian histologicznych, jak i fizycznego zachowania się płynu, w uwzględnieniu innych objawów chorobowych, może niejednokrotnie ułatwić rozpoznanie i nieraz od błędu uchronić.

Kol. prof Bujwid omawia bakteryologiczną część odczytu kol. Lewkowicza, podnosząc, że badania bakteryologiczne w tym kierunku mogą, jeżeli nie teraz, to w przyszłości, dostarczyć znacznych korzyści klinicystom, — wreszcie popiera wyniki badań kol Gertlera, zaznaczając, że w niektórych przypadkach otrzymał kol. Gertler postacie paciorkowca, w niczem nie różniące się od pneumokoka. Kol. Droba podnosi, że w badaniach kol. Gertlera nie mogą rozstrzygać takie cechy, jak w dyskusyi podnoszono; — tu najwłaściwszem powinno być pytanie, czy taki zmieniony paciorkowiec wywołał kiedy w doświadczeniach kol. Gertlera typowe zapalenie płuc.

W odpowiedzi podnosi kol. Bujwid, że czasem były zmiany w płucach w postaci maleńkich ognisk, podobnych do ognisk zapalnych, że nic jednak stanowczego w tym kierunku powiedzieć nie można.

Po odpowiedzi kol. Lewkowicza na poszczególne punkta, podniesione w dyskusyi — zamknięto obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Ciąg dalszy).

Péraire (Paryż): *Trepanacya z powodu starych obrażeń czaszki.* Mówca opisuje dwa ciekawe przypadki: w jednym z nich istniały ciężkie objawy zapalenia mózgu, które się rozwinęły po obrażeniu czaszki przed 7-miu laty. Operacya wykazała ropień, który wypróżniono, a potem sączkowano. Nastąpiło zupełne wyleczenie. W przypadku drugim pocisk rewolwerowy spowodował objawy mózgowe, które po wyciągnięciu kuli zupełnie ustąpiły. Pocisk tkwił w mózgu 12 lat bez żadnych objawów.

Codivilla (Bolonia): *Technika kraniotomii.* Mówca przedstawia kraniotom i czaszkę małego dziewczęcia, które zmarło w $1^1/_2$ roku po kraniotomii na ogólną gruźlicę i wykazuje na podstawie niej zalety kraniotomu, polegające na tem, że robi cięcie równo bez żadnej utraty substancyi kostnej. Zasada jego polega na tem, że mały stalowy nóż po 6—10 silnych pociągnięciach w jednem i tem samem miejscu przecina kość zupełnie.

Nanu (Bukareszt): *Czasowa kraniotomia w przypadkach ropni mózgowych.* Mówca opisuje przypadek ropnia mózgowego po zapaleniu ucha środkowego po stronie prawej, w którym wykonał najpierw otwarcie wyrostka sutkowego, a następnie, gdy w nim nie znalazł ropy, otworzył czaszkę i zrobił nakłócie płatu skroniowego mózgu, z wynikiem dodatnim. Po wypuszczeniu ropy zamknął zupełnie ranę czaszki, sączkując jamę ropnia przez mały otworek, pozostawiony w tylnym kącie rany. Mówca poleca gorąco opisane postępowanie.

Fedor Krause (Berlin): *O wynikach śródczaszkowego wycinania nerwu trójdzielnego na podstawie 24-ch operowanych przypadków.* Śródczaszkowe wycinanie poszczególnych gałęzi nerwu trójdzielnego jest ze względu na leczniczy wynik zabiegiem niepewnym, ztąd należy w przypadkach, w których wskazanym jest tak ciężki zabieg, jak otwarcie czaszki, usuwać zwój Gassera i cały pień nerwu trójdzielnego. Krause wykonał tę operacyę 24 razy u chorych w wieku od 30 do 72 lat. Z operowanych umarła 58-letnia bardzo osłabiona kobieta i to zaraz po operacyi, wskutek zapadu; 72-letni starzec w 6 dni po operacyi na niedomogę serca i 67-letnia kobieta w 14 dni po operacyi na grypę. Przy życiu pozostali do dnia dzisiejszego: 75-letnia kobieta i 62-letni mężczyzna, operowani przed $7^1/_2$ latami, 76-letnia i 53-letnia kobieta, operowane przed 6-ciu latami, 42-letnia kobieta, operowana przed 5-ciu latami i 50-letnia kobieta, operowana przed $4^1/_2$ latami. Wszyscy są zupełnie wolni od napadów rwy. Wyniki pooperacyjne są, zdaniem mówcy, tak wielkie, że pomimo dużego niebezpieczeństwa, jakie przedstawia operacya, powinna ona być ogólnie przyjętą i stosowaną.

Jonesco (Bukareszt): *O wycinaniu szyjnego odcinka nerwu spółczulnego.* Mówca podaje statystykę chorych, operowanych w powyższy sposób z powodu różnych cierpień. Operował 126 chorych, 97 razy z powodu padaczki, 15 razy z powodu choroby Basedowa, 12 razy z powodu jaskry, raz z powodu zawrotów na tle niedokrewności mózgowej, raz z powodu migreny. Wycina na jednem posiedzeniu cały odcinek szyjny nerwu spółczulnego, zabierając także pierwszy zwój piersiowy. Co się tyczy wyników leczniczych, to sprawa przedstawia się w sposób następujący: z 97 przypadków, operowanych z powodu padaczki, to na 13 operowanych w roku 1896, — pięć zmarło zaraz, w 3 nastąpiło zupełne wyleczenie, w jednym polepszenie, w czterech wynik ujemny; na 17 przypadków, operowanych w roku 1897, sześć zupełnie wyzdrowiało, w dwóch uzyskał polepszenie, w pięciu wynik był ujemny, w 4-ch wynik nieznany; na 27 przypadków, operowanych w roku 1899 w dwóch nastąpiło polepszenie, w jednym wynik ujemny, w 24 wynik nieznany; na 21 przypadków, operowanych w roku 1900, jeden został uleczony, w dwóch polepszenie, w jednym wynik ujemny, w 17-tu wynik nieznany; na 19 przypadków operowanych w roku 1898, w dwóch nastąpiło uleczenie, czyli w całości ma 12 przypadków uleczonych. Z 15 przypadków, operowanych z powodu choroby Basedowa, otrzymał w 6-ciu zupełne wyleczenie, trwające 4, 3, 2 lata, w czterech trwałe polepszenie. W dwóch przypadkach, operowanych z powodu migreny, bezpośredni wynik jest dobry, o trwałości wyleczenia mówić jeszcze nie może, a to z powodu krótkiego czasu, jaki upłynął po operacyi.

Chipault (Paryż) dokonał 4 razy wycięcia szyjnego odcinka nerwu spółczulnego i nie spostrzegał nigdy po tej operacyi zmian odżywczych i charłactwa. Operacya jest, zdaniem jego, tylko wtedy racyonalną, gdy się wytnie także zwój szyjny najwyższy. Operował 26 razy z powodu padaczki, z operowanych 3 przypadki uważa za zupełnie wyleczone; dwa razy operował z powodu choroby Basedowa z wynikiem dodatnim; siedem razy z powodu jaskry, z polepszeniem w sześciu przypadkach; raz z powodu migreny z wynikiem przemijającym; raz w przypadku szyi skośnej z trwałym wynikiem; trzy razy z powodu nerwobólu nerwu twarzowego: w przypadkach tych bóle w 3—4 miesięcy zupełnie ustąpiły.

Alberto Ramon Hernandez (Meksyk): *O podwiązaniu pnia tętnicy bezimiennej.* Mówca zastanawia się nad zadaniem chirurga w przypadkach obrażenia pnia tętnicy bezimiennej i dochodzi do następującego wniosku: jeżeli rana jest szeroka i daje dobry przystęp, — to wtedy należy podwiązywać; gdy rana jest mała, a krwawienie duże, to należy się ograniczyć do tamponady. Na podstawie doświadczenia, osiągniętego w swym przypadku, twierdzi, że należy podwiązywać tętnicę bezimienną, gdy rana znajduje się po stronie prawej, tętnicę szyjną zaś, tuż przy odejściu jej z aorty, gdy rana znajduje się po stronie lewej. Co się tyczy rozszerzenia ścian naczynia poniżej podwiązki, — to dobrze jest, zdaniem jego, przeciwdziałać zbytniemu rozszerzaniu się wstrzykiwaniami żelatyny. Przypadek jego jest pierwszym, w którym udało się na żywym wykonać podwiązanie pnia bezimiennego z powodu obrażenia samego początku tętnicy szyjnej.

Jacques Joseph (Berlin): a) *Olbrzymia muszla uszna i jej zmniejszenie drogą operacyjną.* b) *O zmniejszaniu nosa drogą operacyjną.* Z pomiędzy kilku przypadków, z których zmniejszył olbrzymie muszle uszne drogą operacyjną, opisuje jeden ciekawy przypadek, który dotyczył 38-letniego mężczyzny. W przypadku tym małżowina lewa była dwa razy tak wielka, jak prawa. Różnica w ich wielkości istniała od urodzenia, — była jednakowoż nie wielka; szybki wzrost muszli lewej rozpoczął się dopiero w 20-tym roku życia i trwał do roku 26-tego. Operacyę, za pomocą której zmniejszył mowca choremu muszlę i doprowadził do wielkości muszli prawej, przy zachowaniu jej naturalnego kształtu, wykonał w sposób następujący: najpierw wyciął dość duży klin, więcej z górnej, niż z dolnej połowy muszli usznej; podobny klin, tylko mniejszy, wyciął z powiększonego płatka usznego. Celem zwężenia muszli wyciął wzdłuż jej tylnego brzegu dwa kliny, jeden ku górze, drugi zaś ku dołowi. Po zeszyciu tak powstałych brzegów ran wyciął odpowiedni płat skórny z rowka między muszlą a skórą głowy, aby przez zeszycie powstałych w ten sposób brzegów ran uzyskać jednakowe oddalenie obu muszli usznych od głowy. Wynik nastąpił bardzo dobry. Następnie opisuje mowca ośm przypadków, w których z powodu różnego kształtu nosów, szpecących znacznie twarz, ale zresztą zdrowych, — uzyskał drogą odpowiednich operacyj zupełnie udałcich kształty.

Severanu (Bukareszt): *O nowej metodzie wycinania szczęki górnej.* Metoda ta polega na połączeniu poprzecznego cięcia Dieffenbacha z pionowem cięciem Maisonneuvea. Zalety tej kompilacyi mają być: 1) pole operacyjne duże i 2) prawie niewidoczna blizna. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie.

z I-go Zjazdu lekarzy okręgowych.

Pierwszy Zjazd lekarzy okręgowych odbył się dnia 10 listopada 1900 r. we Lwowie, w sali Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Prócz zaproszonych Radców do udziału w Zjeździe Protomedyka Merunowicza, Dra Barzyckiego, Dra Festenburga, delegatów Wydziału krajowego: radcy Dra Stella-Sawickiego i Sekretarza Wydz. kraj. p. Słomkowskiego, przybyło wielu le-

karzy okręgowych, nawet z najdalszych okolic kraju, w liczbie około 50-ciu. Ta poważna liczba świadczy nie tylko o rzetelnej potrzebie tego rodzaju zjazdów, ale i o szerszem zainteresowaniu się sprawami tej nowej jeszcze, ale już w skutki obfitej instytucyi.

Na wstępie inicyator Zjazdu, Dr. Natter, w krótkiem a jędrnem zagajeniu podniósł znaczenie Zjazdów lekarzy okręgowych w celu 1) roztrząsania zalet i wad obowiązującej ustawy, 2) zastanawiania się nad poprawą stosunków zdrowotnych kraju, wreszcie 3) obmyślenia środków do zabezpieczenia na starość lekarzy okręgowych, a w razie ich śmierci, pozostałych po nich wdów i sierót.

Gorącymi oklaskami przyjęto to przemówienie, poczem Dr. Natter zarządził wybór prezydyum, proponując na prezesów honorowych protomedyka Dra Menurowicza i inspektora szpitali krajowych Dra Stellę-Sawickiego, co przez aklamacyę przyjęto. W taki sam sposób wybrano przewodniczącym Zjazdu kol. Nattera z Frysztaka, sekretarzami zaś kol. Głuszkiewicza z Mikuliczyna i kol. Zadurowicza z Jurki.

Nastąpił odczyt referatu kol. Ustrzyckiego o ustawie sanitarnej z dnia 2 lutego 1891 r.

Obok ucierania się w naszem społeczeństwie różnych prądów i zasad politycznych i społecznych, przynoszącego częstokroć więcej straty, niż korzyści, budzi się bez wątpienia i w lekarzach poczucie potrzeby pracy, mającej tylko dobro społeczeństwa na celu, a pod ten sztandar garną się, lub garnąć się powinni wszyscy bez różnicy stanowiska, zasad i przekonań politycznych. Lekarze w ogólności, a lekarze okręgowi w szczególności, reprezentują jeden z najważniejszych działów, bo dział stosunków zdrowotnych w społeczeństwie. Obowiązująca tych lekarzy ustawa sanitarna z dnia 2 lutego 1891 r. ma, jak każda ustawa, obok stron dodatnich, także pewne wady, które bądź to utrudniają, bądź też udaremniają lekarzom okręgowym wykonywanie ich czynności. Dążenie więc do zmiany lub usunięcia tych wad jest naszym obowiązkiem.

Już w samym tworzeniu nowych okręgów powołane czynniki powinny zwrócić baczniejszą uwagę na wszystkie stosunki, zwłaszcza na niedogodności, z jakiemi lekarz później walczyć będzie musiał, gdyż często dopiero praktyka wyłania usterki tej lub owej działalności. Niektóre Wydziały powiatowe, przy obsadzaniu posad lekarzy okręgowych mając z góry upatrzonego kandydata, stawiają w konkursie pewne warunki, nie licujące z ustawą. Nieraz bez podania przyczyny nie stabilizują lekarzy po upływie roku. Na wszelkie zarządzenia lekarza okręgowego potrzebna jest aprobata wójta, której ten może nawet odmówić, co wszystko utrudnia szybkie wykonanie zarządzenia. Opinię w sprawach sanitarnych ma wydawać lekarz okręgowy, nikt go jednak nigdy o to nie pyta. Gminy widząc, jak się dzieje, lekceważą stanowisko lekarza okręgowego, nie donoszą mu o chorobach zakaźnych, uważając to za zbyteczne, bo i tak dopiero lekarz powiatowy stwierdza epidemię, tłumi ją, zarządza, co potrzeba i t. d. Czyż nie powinno być tak, aby w danym okręgu z zasady do tłumienia epidemii delegowany był lekarz okręgowy? Lekarze okręgowi mają obowiązek leczyć bezpłatnie chorych ubogich. Społeczeństwo jednak wyzyskuje lekarzy wskutek podszywania się pod biedę, nieraz i z pomocą wójtów, który świadectwa ubóstwa nieprawdziwe podpisują. Istotnie zaś ubodzy nie mają za co kupić leków. A jakkolwiek Wydziały powiatowe zaleciły Zwierzchnościom gminnym wstawiać do budżetu co roku pewne kwoty na leki dla ubogich, to jednak polecenie to prawie wszędzie pozostało tylko na papierze.

Lekarze okręgowi obowiązani są 2 razy do roku odwiedzać każdą gminę i za to pobierają odpowiedni ryczałt na podróże. (Rozp. Nam. z 12 czerwca 1897 r., l. 34541); atoli niektóre Wydziały powiatowe kazały później 4 razy do roku objeżdżać gminy, a ryczałt pozostał ten sam. W jednym nawet powiecie Wydział powiatowy polecił 12 razy do roku gminy odwiedzać i 12 razy przedkładać sprawozdania! Jak już wspomniano, lekarze okręgowi mają w gminie tylko głos doradczy, a w następstwie tego braki i usterki sanitarne, pomimo sprawozdań, nie zostają usuwane i w każdem sprawozdaniu trzeba ciągle jedno i to samo pisać. Jedno doroczne sprawozdanie wystarczyłoby zupełnie. Szczepienie limfą ochronną mają lekarze okręgowi wykonywać w miejscu siedziby bezpłatnie, a podróże do innych gmin, należących do okręgu, w celu szczepienia, mają z własnej kieszeni pokrywać. Od czasu do czasu szczepi lekarz powiatowy w okręgu sanitarnym i wtedy pozbawia lekarza okręgowego nawet tego drobnego dochodu.

§. 16 wspomnianej ustawy poleca tworzenie w powiatach stałych komisyj zdrowotnych, których dotąd jednak niema, a gdzieniegdzie wyjątkowo istniejące nic nie robią.

W dalszym ciągu kol. Zasacki omawiał również wspomnianą ustawę, a przemówienie to było dopełnieniem referatu kol. Ustrzyckiego.

W dyskusyi nad tymi przedmiotami zabierali głos Drowie: Merunowicz, Stella-Sawicki, Festenburg, Natter, Bednarski, Głuszkiewicz, Grossek, Langer i Zadurowicz. Ostatecznie uchwalono domagać się u władz następujących zmian w ustawie:

a) Ażeby na przyszłość przy tworzeniu okręgów sanitarnych trzymano się ściśle postanowień §. 5 ustawy, nie przyjmując koniecznie za podstawę podziału politycznego, nadto, w już utworzonych, poczyniono potrzebne zmiany. *b)* Ażeby prowizoryczne obsadzenie posad lekarzy okręgowych bez podania przyczyny, z możliwością rekursu, terminu jednorocznego nie przekraczało. *c)* Ażeby w razie ustąpienia lekarza okręgowego z posady konkurs natychmiast bywał rozpisany i to ściśle według § 7 ustawy, a nadto, aby tenże § uzupełnić w ten sposób, by pierwszeństwo w otrzymaniu posady mieli ci, którzy dotąd jako lekarze okręgowi byli zajęci, według starszeństwa w zawodzie lekarza okręgowego. Ci zaś, którzy już gdzieindziej w innym powiecie byli stabilizowani, już tem samem na nowej posadzie będą stabilizowani od chwili mianowania. *d)* Ażeby obowiązkowe objazdy (prócz przypadkowych) odbywali lekarze okręgowi w myśl rozp. c. k. Namiestnictwa, to jest dwa razy do roku i z tych składali dwa półroczne sprawozdania. *e)* Ażeby lekarzom okręgowym przy szczepieniu w ich okręgach należytość kilometrowa za jazdę była wypłacaną tak, jak każdemu innemu lekarzowi delegowanemu. *f)* Ażeby w razie, gdyby w okręgu sanitarnym szczepienie miało się odbyć przez lekarza powiatowego, ustawowo zastrzeżonem było poruczenie przeprowadzenia szczepienia w innych okręgach topograficznych lekarzom okręgowym przed innymi lekarzami powiatu. *g)* Ażeby utworzono w powiatach, gdzie istnieją okręgi sanitarne, stałe powiatowe komisye zdrowotne. *h)* Aby lekarze okręgowi już przy pierwszym dojeździe, na wiadomość o epidemii, lub gdy epidemiczne przypadki sami wykryją, mieli prawo, wprzód nim władza polityczna powiatowa wydeleguje lekarza dla tłumienia epidemii, zapisywać leki dla ubogich chorych w swoim okręgu na koszt państwa, w którym to celu Wydział krajowy przeprowadzi rokowania z c. k. Rządem. *i)* Aby c. k. Starostwa przestrzegały postanowień, zawartych w reskrypcie Ministerstwa spraw wewn. z dnia 7 marca 1887, l. 3098 (okólnik Nam. z d. 46 kwietnia 1887, l. 15388) i w okólniku c. k. Nam. z d. 13 czerwca 1889, l. 38377, punkt 4), co do delegowania do tłumienia epidemii lekarza najbliższego, a więc okręgowego. Wśród tego jeden dojazd c. k. lekarza powiatowego ma być w zwykłych warunkach wystarczający. W razie zaś niedelegowania lekarza okręgowego, ma Starostwo uzasadnić przyczynę w każdym poszczególnym przypadku. *j)* Aby prawo zamknięcia i otwarcia szkoły w razie epidemii przysługiwało lekarzom okręgowym w tym samym stopniu, jak i c. k. lekarzom powiatowym, ze względu na szybkie zapobieganie epidemii. *k)* Aby dojazdy na epidemie i szczepienie z konieczności były przez lekarza okręgowego dokonywane, zawsze za poborem należytości ustawowo zastrzeżonych. *l)* Aby w celu postępu w asanacyi kraju, w myśl instr. służb. z d. 2 lutego 1891 dz. u. k. Nr. 17, przy otwieraniu nowych lub rozszerzaniu już istniejących zakładów przemysłowych, handlowych, toż samo kwalifikacyi do zamieszkań świeżo wybudowanych domów, kwalifikacyi miejsc na wykopanie studni etc. — władza przed wydaniem konsensu zawsze o opinię lekarza okręgowego zapytywała, a to tem więcej, że co do studni istnieje nieprzestrzegany dotychczas reskrypt c. k. Ministerstwa spraw. wewn. z dnia 25 stycznia 1889, l. 1813, ok. Nam. z dnia 14 lutego 1898, l. 10216. Opinia ta, o ile instytucya, względnie przemysł, nie znajduje się w zarządzie władz autonomicznych, a więc gminy, powiatu, lub kraju, ma być wydawana przez lekarzy okręgowych za stósownem wynagrodzeniem odpowiednio do rozmiarów przemysłu i odległości od miejsca stałej siedziby lekarza okręgowego.

Rzeczą komitetu, wybrać się mającego na obecnym Zjeździe, będzie usilnie starać się u władz o jak najszybsze przeprowadzenie powyższych uchwał.

Kol. Bednarski mówił o nędzy, z jaką muszą walczyć lekarze okręgowi. Bedele uniwersyteccy, woźni przy urzędach państwowych, ba! nawet nauczyciele ludowi stoją stosunkowo pod względem materyalnym lepiej, niż większość lekarzy okręgowych. Ci ostatni, zwłaszcza żonaci, mają teraz tyle, że ledwie licho wegetować potrafią. A gdy po tak uciążliwej, wyczerpującej i z narażeniem zdrowia i życia wykonywanej pracy przyjdzie kalectwo lub starość, to chyba rękę po jałmużnę wyciągnąć przyjdzie. Wszak obecnie nawet pierwszy lepszy robotnik, tragarz kolejowy, ma zabezpieczoną starość, a wdowa i sieroty po nim pozostałe przynajmniej jaki taki byt mają zapewniony. Jakto? a lekarz okręgowy, który jest także urzędnikiem publicznym, ze studyami uniwersyteckimi, ze stopniem akademickim, który go tyle czasu, pracy i pieniędzy kosztował, ma powiększać zastęp żebraków w kraju i państwie? w tym kraju i w tym państwie, którym się póki młody

i zdrów wysługuje i wśród tego społeczeństwa i tych ludzi, którzy go słowami wielbią i błogosławią, że im rodziców, że im dzieci od śmierci ratował? Państwo i kraj są obowiązane w pierwszym rzędzie do zapobiegania tej nędzy.

Wzruszenie zgromadzonych świadczyło o zrozumieniu i przejęciu się tą sprawą. Toteż jednogłośnie i bez żadnych zmian uchwalono wniosek kol. Bednarskiego. I. Wniesienie petycyi przez obrać się mający Komitet w imieniu lekarzy okręgowych do Wydziału krajowego, Sejmu i c. k. Namiestnictwa:

a) o zaprowadzenie emerytur dla lekarzy okręgowych, oraz pensyi dla wdów i sierót po nich pozostałych, w stosunku do płac rocznych 1600 lub 2000 koron (w co już wliczone są ryczałty, jako pobory stałe, z tą posadą związane); *b)* o przyznanie emerytur już po 5-cio letniej służbie.

A dla poprawy obecnego położenia:

c) o przyznanie czterech pięcioleci po 200 koron; *d)* o przyznanie dyet w razach, gdy się podróż odbywa: 1) przy udzielaniu pomocy w wypadku; 2) przy udzielaniu pierwszej pomocy w wybuchu epidemii; 3) przy stwierdzaniu przyczyny śmierci na wezwanie oglądacza zwłok, względnie Zwierzchności gminnej. (Należytości pod 1. 2. 3. mają być opłacane przez c. k. Starostwo, jeżeli interesanci zapłacić nie są wstanie).

C.) Aby ryczałty na podróże nie mniej jak 600 koron wynosiły.

Po jednogłośnem uchwaleniu wszystkich wniosków zabrał głos Radca Dr. Stella-Sawicki i oznajmił, że Wydział krajowy już od kilku lat myśli o poprawie doli lekarzy okręgowych, o emeryturach, oraz pensyach dla wdów i sierót, że jednak dotąd nie zdołał tego zrealizować.

Po skończonych obradach przystąpiono do wyboru Komitetu, w skład którego weszli koledzy: Natter, Ferensiewicz, Ustrzycki, Rokosowski, Zasacki, a jako zastępcy: Bednarski i Cieszewski, poczem przewodniczący podziękował zaproszonym gościom za ich obecność, oraz za wiele cennych rad i wskazówek, udzielonych lekarzom okręgowym.

Imieniem zebranych podziękował kol. Bednarski Drowi Natterowi za inicyatywę i przewodnictwo w Zjeździe.

Przewodniczący Zjazdu *Dr. Wiktor Natter.*

Sekretarz *Dr. Głuszkiewicz.*

Podając łaskawie nam udzielone „Sprawozdanie“ z I-go Zjazdu lekarzy okręgowych, przyznać należy, że obrady na tym Zjeździe były ściśle przedmiotowe i pod każdym względem robią wrażenie dodatnie. Nad jałowem biadaniem i tanią krytyką górowało należycie uświadomione wytknięcie usterek w ustawie, jednocześnie z wykazaniem możliwości naprawy nieprawidłowych stosunków, w których dziś pełnią swe obowiązki lekarze okręgowi.

Zadanie lekarzy okręgowych nie ogranicza się li tylko do niesienia pomocy przy łóżku chorego; jak długo nie posiadają oni szpitalików w siedzibie okręgu, tak długo leczenie chorych, rozrzuconych na wielkim obszarze, zwłaszcza cierpiących na choroby ostre i zakaźne, będzie dalekie od rzetelnej pomocy i skuteczności. Poza sferą leczenia stokroć ważniejsze zadanie ma lekarz okręgowy w zakresie medycyny publicznej, asanizacyi kraju, podźwignięcia społeczeństwa ze stanu schorzenia i upadku sił fizycznych i t. d. Powiedziano, że „pod Sedanem zwyciężył nauczyciel wiejski“; parafrazując tę myśl, analogicznie powiedzieć można, że jeśli lud nasz ma się podźwignąć z postępującego zwyrodnienia fizycznego, jeśli epidemie ospy, duru i t. d. mają kiedy wygasnąć w tym kraju, to będzie to niepodzielną zasługą lekarza okręgowego. By temu wzniosłemu zadaniu mógł sprostać, trzeba, by lekarz okręgowy miał do tego możność, należy mu użyczyć tyle władzy wykonawczej, by zarządzenia jego mogły wchodzić w życie, w miarę tak często nastręczającej się potrzeby działania szybkiego i gruntownego. Lecz o ile powołanie lekarza okręgowego jest wzniosłe, o tyle jest i ofiarne; ażeby na tem syzyfowem stanowisku wytrwać i nie zniechęcić się brakiem bezpośrednich owoców, boć to zadanie paru pokoleń, potrzeba mieć, obok bogatego skarbu cnót obywatelskich, swobodę i pogodę ducha; a warunkiem tej równowagi moralnej jest równowaga w budżecie, bezpieczny i zapewniony byt; najhartowniejszy i najwytrwalszy charakter złamie się, jeśli troska o byt rodziny i własny na sędziwe lata, jak rdza gryząca pokryje kirem niepokoju duszę; organizacyi lekarzy okręgowych nie można uważać za skończoną, jak długo nie będzie dla nich uchwalone prawo emerytalne na równi ze wszystkimi urzędnikami krajowymi. Wydział krajowy i Wysoki Sejm, którym przypada zasługa powołania do życia tak ważnej dla naszego społeczeństwa instytucyi, dokończą chwalebnie rozpoczętego dzieła, a kierując się sprawiedliwością, poparci przez życzliwe władze państwowe, uwzględnią niezawodnie wszystkie postulaty I-go Zjazdu lekarzy okręgowych. Lekarze, zasiadający w Sejmie, mają ważne i wdzięczne zadanie.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Komisya organizacyjna na pełnem posiedzeniu w dniu 24 b. m. uchwaliła co następuje:

1) Rozesłać w najbliższym czasie odezwę do wszystkich P. T. Kolegów, wraz ze statutem zawiązać się mającego Towarzystwa samopomocy.

2) Zwołać na 3 lutego 1901 r. ogólne zgromadzenie celem ukonstytuowania się Towarzystwa.

3) Przedłożyć temu Zgromadzeniu taką listę kandydatów do wybrać się mającego Wydziału, Komisyi kontrolującej i Sądu polubownego, aby w niej wszystkie grupy lekarzy były reprezentowane.

4) Wyrazić publiczne podziękowanie koledze Sciborowskiemu.

5) Polecić trzem członkom swym, aby w jaknajkrótszym czasie porozumieli się z proponowanymi przez Komisyę kandydatami do Zarządu Towarzystwa.

Kraków, dnia 25 listopada 1900.

Sekretarz: *Dr. Langie.*

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Kolega Dr. Władysław Sciborowski z Krakowa nadesłał na ręce Dra Langiego list następującej treści:

„Jakkolwiek wskutek podeszłego wieku czynnego udziału w sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich brać nie będę, — do Stowarzyszenia przystępuję, a w miejsce wkładek rocznych, które zapewne nie długobym wnosił, złożę na stały fundusz List zastawny Tow. kr. ziem. gal. na 1000 koron, od którego odsetek w miejsce wkładki będzie wpływał corocznie, nietylko za życia, lecz i po mojej śmierci“.

Wobec tego niżej podpisana Komisya organizacyjna uchwaliła jednogłośnie wyrazić WPanu Koledze Sciborowskiemu na tej drodze serdeczne publiczne podziękowanie za obietnicę tak hojnego daru na rzecz zawiązać się mającego Towarzystwa samopomocy i list powyższy podać do wiadomości ogółu Kolegów za pośrednictwem „Przeglądu lekarskiego“.

Kraków, dnia 24 listopada 1900.

Drowie: *Braun* m. p., *Kohn* m. p., *Langie* m. p., *Mączka* m. p., *Nartowski* m. p., *Schaitter* m. p., *Schoengut* m. p., *Sliwiński* m. p., *Słapa* m. p., *Trzebicky* m. p., *Weinsberg* m. p., *Żydłowicz* m. p.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 29 listopada 1900.

* Lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza w Krakowie, przysyłają nam odpis memoryału, który wysłali do Wydziału krajowego, d. 22 b. m. Dokument ten brzmi:

Wysoki Wydziale krajowy!

W marcu r. b. wnieśli lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza w Krakowie prośbę do Wysokiego Wydziału krajowego o uwzględnienie następujących ich postulatów:

1) Płaca sekundaryuszy powinna wynosić 1400 koron rocznie, podobnie jak płaca asystentów uniwersyteckich.

2) Każdy praktykant po roku wzorowej służby powinien otrzymywać remuneracyę roczną w kwocie conajmniej 600 koron.

3) Sekundaryusze winni być mianowani za porządkiem, według czasu służby szpitalnej i to odrazu na przeciąg lat czterech.

4) Podział sekundaryuszy na klasy winien być zniesiony i każdy sekundaryusz winien bezpośrednio po swojem mianowaniu otrzymywać pensyę wyżej wymienioną.

5) Asystenci uniwersyteccy, mogą być równocześnie praktykantami szpitala ze wszystkiemi ich prawami, ale tylko pod tym warunkiem, jeżeli udowodnią, że zajęcia ich pozaszpitalne nie stoją na przeszkodzie wykonywaniu pracy w szpitalu na równi z innymi praktykantami.

Na prośbę tę otrzymali lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza od Wysokiego Wydziału krajowego odpowiedź bardzo przychylną, w któ-

rej ich Wysoki Wydział krajowy uwiadomił, że wszystkie ich żądania będą uwzględnione w budżecie na rok 1901.

Wobec powyższej odpowiedzi Wysokiego Wydziału krajowego, byli petenci przekonani, że sprawa ich jest już pomyślnie załatwioną i odpowiedzieli Wysokiemu Wydziałowi krajowemu, że „ufni w sprawiedliwość i życzliwość Wysokiego Wydziału krajowego, z całem zaufaniem oczekują dotrzymania przyrzeczeń.“

Tymczasem projekt budżetu Wysokiego Wydziału krajowego na rok 1901 uwzględnia tylko minimalną część żądań lekarzy pomocniczych. Pominięto w nim zupełnie bardzo ważny punkt o zrównaniu wszystkich sekundaryuszy, dla praktykantów przeznaczono tylko śmiesznie małą remuneracyę, a na resztę postulatów wogóle nie udzielono odpowiedzi.

Że takie traktowanie sprawy przez Wysoki Wydział krajowy mogło wywołać bardzo przykre rozczarowanie, a co zatem idzie, i niezadowolenie, jest rzeczą zupełnie jasną. Wszak kwalifikowanie stopnia sekundaryatu według tego, czy lekarz jest żonaty lub nie, jest conajmniej niestosowne, bo przecież nie od tego zależy uzdolnienie sekundaryusza, a obowiązek mieszkania w szpitalu jest zupełnie iluzoryczny wobec braku mieszkań szpitalnych dla sekundaryuszów. Dla chorych podział sekundaryuszy na klasy może być wprost zgubnym, bo zdarzyć się może, że kierownikiem oddziału szpitalnego pod nieobecność prymaryusza zostaje sekundaryusz l-szej klasy, którego całą zasługą jest jedynie jego stan kawalerski, a nie stopień wykształcenia i uzdolnienia zawodowego.

Że projekt budżetu Wysokiego Wydziału krajowego krzywdzi praktykantów szpitalnych, o tem chyba niema dwóch zdań i dlatego twierdzenia tego nawet dowodzić nie potrzeba.

Wobec tego upraszają podpisani lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Wysoki Wydział krajowy

raczy przychylić się do wszystkich wyżej wymienionych postulatów, gdyż inaczej lekarze pomocniczy nie będą mogli przyjąć na siebie odpowiedzialności za następstwa wywołane przez nieuwzględnienie ich skromnych, a zupełnie uzasadnionych żądań, o którychto następstwach była już mowa w pierwszej prośbie, wysłanej do Wysokiego Wydziału krajowego jeszcze przed blizko ośmiu miesiącami.

Żądania, wyrażone w wyżej przytoczonem podaniu lekarzy pomocniczych Szpitala św. Łazarza, są prostem i ogólnymi warunkami bytu uzasadnionem następstwem z jednej strony podrożenia pierwszych potrzeb życia, z drugiej — zupełnego zniknięcia dochodu z praktyki dla lekarza początkującego, wobec nowoczesnej organizacyi społeczeństwa. Poczucie elementarnej sprawiedliwości i sama godność najwyższej magistratury krajowej domagają się, by wobec ogólnego podwyższenia pensyi urzędnikom, nie wyłączano z tej reformy jednego zawodu, który ze względu na częstokroć bezinteresowne wysługiwanie się społeczeństwu i rządowi, zasługuje w pierwszej linii na opiekę i poparcie. Zresztą, Wydział krajowy winien się liczyć i z tą okolicznością, że może mu jednego dnia zabraknąć lekarzy pomocniczych, jeżeli dalsze przechodzenie do porządku dziennego nad żądaniami lekarzy szpitalnych odstręczy młodzież nietylko od szpitali, lecz i od wpisywania się na medycynę, czego od paru lat mamy niezbite i przestrzegające zwiastuny.

* Towarzystwo lekar. krakow. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll. Doc. Seńkowski i Dr. Stankiewicz wygłosili zapowiedziane odczyty.

* Uczestnicy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich pamiętają, że w biurze Komitetu w Komisyi kwaterunkowej i t. d. spotykali grono młodzieży uniwersyteckiej, która wzięła na siebie ciężki trud czynnego wykonania organizacyi gospodarczej Zjazdu. Z właściwym młodości zapałem i z poczuciem obowiązków godności akademickiej, młodzież krakowska wsparła Komitet gospodarczy w tym stopniu, że wyborne wykonanie programu gospodarczego Zjazdu jest w wielkiej części jej zasługą. Obok ogólnego i szczerze odczutego uznanego, Komitet gospodarczy urządził w dniu 27 b. m. wspólną ucztę, na której zadość uczynił swemu obowiązkowi moralnemu, wyrażając młodzieży za jej gorliwą i skuteczną pomoc szczerą i dobrze zasłużoną wdzięczność.

* Prof. Bujwid wybrany został na dalsze trzy lata członkiem przybocznej Rady dla spraw obrotu środkami spożywczemi.

* Dr. Georg Müller ogłosił list otwarty w Berlinie, w którym dowodzi, że najwięcej partaczy żywi się z ortopedyi. Zarzuca on dziennikarstwu, że w swoim samolubnym interesie drukuje całe kolumny ogłoszeń tych panów, a tem samem i wspiera partactwo.

* Dr. Göbel w Bielefeld wyraża słuszne życzenie, ażeby na doniesieniach o nowych lekach wyrażoną była i ich cena, gdyż zdarzały się ze strony aptek (może i uzasadnione) żądania tak znacznych kwot, że chorzy nie byli w stanie ich uiścić, a lekarze byliby się cofnęli przed zapisywaniem niezamożnemu choremu „nowego leku,“ gdyby byli wiedzieli, że jest tak kosztowny.

* W Rosyi zaprowadza się cenzura ogłoszeń z zakresu lecznictwa, a odnosi się to do leków i przyrządów sprowadzanych z zagranicy, oraz do wykonywania praktyki lekarskiej. Ten dział cenzury pełnić będzie Rada lekarska.

* W sprawie obsadzenia katedry po śp. prof. Albercie, Wydział lekarski Uniwers. wiedeńskiego zamierzył wziąść pod rozwagę kandydaturę prof. Eiselsberga z Królewca.

* Asystenturę przy katedrze zoologii we Wrocławiu, otrzymała panna Klara Hamburger. Jest to pierwszy przypadek w Prusiech, że kobiecie powierzono urzędowe stanowisko w uniwersytecie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. I. Bock, mianow. profes. zwycz. farmakologii w Kopenhadze. Dr. Hammer H. otrzymał tytuł profesorski. Dr. P. Delagénière mian. prof. kliniki chirurgicznej w Tours. Prof. zwycz. okulistyki w Dorpacie mianow. Dr. Jewetski.

Nekrologia. Zmarli: Wiliam Anderson, profesor chirurgii w Londynie. Dr. Durand I. S. autor licznych prac z zakresu fizyologii, zwłaszcza hipnotyzmu, zmarł w Radez, licząc lat 74. Prof. Ollier, głośny ze swych prac w dziale chirurgii kości, zmarł w Lugdunie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 47: Dr. Helmana D.: Kilka uwag o roli lasecznika zielonej ropy w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy zielonej wogóle. Steinhausa I.: O urazowem pochodzeniu raka. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 47: Biegańskiego W.: O leczeniu dyatezy moczanowej. Mincera A.: Cewnik i cięcie nadłonowe, przy zakażeniach moczowych w następstwie zmian gruczołu krokowego.

Redakcya otrzymała:

— Fronczak F. E.: Several glimpses medical, of lands across the seas (Odbitka z „Buffalo medical Journal“ 1900).

— Tenże: Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej (Odbitka „Przegl. Lek.“ 1900).

— Dr. Nartowski M.: Promienie Röntgena i ich zastosowanie do celów rozpoznawczych i leczniczych. Kraków, 1900. Nakład S. A. Krzyżanowskiego.

— „Przegląd Filozoficzny“. Zeszyt IV. Warszawa 1900.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Witkowskiego*** posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. prof. Browicz będzie miał odczyt p. t.: „Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki?“ 2) kol. doc. Baurowicz okaże *a*) watonośniki Krause-Sokołowski i wyłoży rzecz „O wartości lisolu do odkażania lusterek krtaniowych“. 3) Dr. Lewkowicz mówić będzie: O etyologii czerwonki (z demonstracyami).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 8 Grudnia 1900. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Przypadek wrzekomego dzieciobójstwa.

Podał

Dr. Edward Zieliński (z Nowego Sącza).

Ponieważ już dwukrotnie w mojej niedługiej jeszcze praktyce sądowo-lekarskiej byłem zmuszony oświadczyć na podstawie protokołu sekcyi zwłok, że nietylko nie umiem podać przyczyny zejścia śmiertelnego, ale nawet wogóle orzec, czy dziecko przyszło żywe na świat, podczas gdy lekarze sekcyonujący orzekli, że dziecko zmarło śmiercią gwałtowną, w sposób zbrodniczy, mianowicie przez uduszenie, pozwolę sobie przytoczyć jeden przypadek, oparty na źródłach autentycznych, bo aktach sądowych i podać go pod szerszą ocenę kolegów, a to w tym celu, aby zwrócić uwagę, jak ważnem jest dokładne przeprowadzenie sekcyi zwłok i wydanie rzeczowego, na sekcyi opartego orzeczenia, oraz ażeby wykazać, w jakiem krytycznem położeniu znaleźć się mogą ci koledzy, którzy opierając się na protokóle sekcyi muszą przy rozprawie głównej wydać końcowe orzeczenie. Tą tylko myślą powodowany, przystępuję do opisania przypadku:

Kobieta młoda, której mąż od lat kilkunastu bawi w Ameryce, a która po opuszczeniu przez męża urodziła już jedno dziecię nieślubne i, jak stwierdzają świadkowie, dobrze i po macierzyńsku z niem się obchodzi, zastąpiła powtórnie i, jak podaje, wskutek doznanego urazu w okolicę brzucha powiła przedwcześnie dziecię. Poród zataiła i dziecko ukryła na strychu. Sprawa się jednak wydała i piątego dnia przeprowadzona sekcya zwłok i orzeczenie sądowo-lekarskie postawiło ją przed trybunałem sędziów przysięgłych, jako obwinioną o zbrodnię dzieciobójstwa.

Na całą swoją obronę podaje, że gdy się dziecię urodziło, a nie znalazła w niem oznak życia, sądząc, że jest nieżywe i chcąc ukryć swe niemoralne życie, schowała je na strychu.

Po przesłuchaniu nielicznych świadków, którzy nie stwierdzili nic więcej ponad to, że słyszeli, iż obwiniona prowadziła życie niemoralne, odczytano protokół sekcyi zwłok, który pozwolę sobie przytoczyć dosłownie:

Wywód oględzin.

A. Zewnątrz.

1) Zwłoki noworodka, płci męskiej, odziane czystą koszulką wełnianą, budowy ciała kształtnej, chociaż drobnej, nędznego odżywienia.

2) 42 ctm. długie, około (?) $2^1/_2$ klg. ważące.

3) Głowa o nadgniłych powłokach skórnych, z bardzo nieznacznym tylko porostem włosów.

4) Prosty wymiar czaszki wynosił 13 ctm., poprzeczny 12 ctm., ukośny 12 ctm., obwód czaszki 32 ctm.

5) Powieki ócz zamknięte, gałki oczne nadgniłe, tęczówki niebieskawe, źrenice nieoznaczalne.

6) Jama ustna zamknięta, próżna, sucha.

6) Otwory nosowe i uszne bez wysięków.

8) Szyja długa, klatka piersiowa wydłużona o wystających żebrach, brzuch płaski, powłoki skórne ogółem nadgniłe.

9) Poniżej środkowej części brzucha uwidoczniona jest dotąd przyrosła do noworodka, lecz zaschła i nadgniła pępowina, zaledwie 2 ctm. długa, o brzegach strzępiastych, bez śladów jednak dalszych błon płodowych lub łożyska.

10) Odnogi górne i dolne o bardzo słabych tylko mięśniach, nader cienkie, choć zwykłych kształtów.

11) Paznogcie rąk i nóg, aczkolwiek dokładnie zarysowane, nie dosięgają brzuśców palców.

12) Cała tylna powierzchnia zwłok znacznie nadgniła.

13) Mimo powtórnego badania i oglądania, nie znaleziono nigdzie na ciele znaków lub śladów gwałtu lub uszkodzenia.

14) Zwłoki uległy wyższego stopnia zgniliźnie.

B. Wewnątrz.

15) Powłoki skórne głowy nadgniłe, uwidoczniały częściowo kości czaszkowe, w ciemionach zapadłe.

16) Po otwarciu jednakże zawierały jednolicie ściekającą ciemno-różową masę mózgową, w ten sposób nadgniłą, iż o bliższem badaniu tych narządów mowy być nie mogło, a jedynie u podstawy czaszki znaleziono nagromadzoną, znaczniejszą stosunkowo ilość, przeszło 50 grm. krwi ciemnej, płynnej; mimo swej cienkości, podstawa czaszki nie była nigdzie uszkodzoną.

17) Krtań i tchawica próżne, błona śluzowa nadgniła.

18) Gruczoł tarczykowy (może grasica, bo gruczoł tarczykowy u noworodków należy do rzadkości), wielki, nadgniły, pełny krwi ciemnej, płynnej.

19) Po otwarciu klatki piersiowej płuca szczelnie ją zapełniają, wogóle, mimo zgnilizny, przedstawiają się w stanie znacznego przekrwienia i okazują powierzchowne plamki ciemne, wybroczynowe, na zewnętrznej swej powierzchni uwidocznione w ilości znaczniejszej.

20) Celem przedsięwzięcia próby płucnej wrzucone w całości wraz z sercem na misę z wodą, pływają płuca po powierzchni; toż samo po odłuszczeniu serca, jakoteż w pojedynczych płatach, aż do najdrobniejszych swych części, pływają i utrzymują się na powierzchni wody, czemu też odpowiednio przy dotyku przedstawiają się płuca powietrzem wypełnione.

21) Serce stosunkowo wielkie, zwłaszcza od strony prawej, przepełnione krwią ciemno-wiśniową, płynną, zresztą zgniłe.

22) Wątroba ciemna, nadgniła.

23) Śledziona również duża, mazista, przekrwiona.

24) Żołądek zupełnie skurczony, próżny, błona śluzowa jego nadgniła.

25) Jelita cienkie, próżne, skurczone.

26) Grube, nieco tylko treści smółkowatej mieszczące, błona śluzowa nadgniła.

27) Pęcherz moczowy próżny.

Orzeczenie. Z powyższego protokołu sądowego sekcyi lekarskiej wynika: *a)* Iż obdukowane dziecko było noworodkiem, chociaż niezupełnie donoszonym, jednak do życia samoistnego już zdolnym, odpowiadającym ósmemu miesiącowi księżycowemu ciąży. *b)* Iż noworodek ten, zrodzony jako taki, żył i oddychał, o czem świadczy próba płucna, zginął zaś z powodu zaniechania wszelkiej opieki i pomocy, wśród częściowego zaparcia dróg oddechowych przedmiotami miękimi, np. płachtą, osłaniającą mu zapewne usta i twarz, zarazem tak, iż samodzielnie nie mógł sobie dać rady, a tem samem ostatecznie, przy braku wszelkiej pomocy, śmierć została spowodowaną przez uduszenie.

Że zaś w danym przypadku brak był wszelkiej pomocy, wśród tajemnie odbytego porodu, o tem świadczy również niepodwiązana pępowina, jakoteż cały fakt zatajonego porodu i zaniechanej wszelkiej pomocy.

Orzeczenia znawców sądowych przy rozprawie w dniu 4 września 1900 brzmiały, jak następuje: (w streszczeniu)

Orzeczenie I. Sądząc z odżywienia, wielkości, wagi nie wykształconych dostatecznie paznogci, przyjąć należy, iż dziecko nie było donoszone i przyszło na świat w 8-mym miesiącu ciąży; przyszło na świat żywe, gdyż stwierdza to przedsięwzięta próba płucna, obecność zaś krwi płynnej w czaszce i sercu, oraz wynaczynionki na opłucnej dowodzą, że dziecko to zmarło śmiercią z uduszenia, w jaki jednak sposób uduszenie to nastąpiło, orzec nie mogę.

Orzeczenie II. Opierając się na protokole sekcyi zwłok noworodka, nie mogę orzec stanowczo, czy dziecię to niedonoszone zdolne było do samoistnego życia i czy urodziło się żywe, a to wobec tego, że w protokole sekcyi stwierdzono, iż zwłoki noworodka znajdowały się w znacznym stopniu zgnilizny, a próba płucna wogóle w takich razach wątpliwa, nie została w dodatku dokładnie wykonaną.

Ponieważ zachodziła zasadnicza sprzeczność w orzeczeniach, uchwalił trybunał po naradzie zawezwać III-go znawcę, jako superarbitra.

Orzeczenie III. Na podstawie protokołu sekcyjnego nie da się oznaczyć, czy płód był dojrzałym, lub nie; dziecko to przyszło jednak na świat żywe, gdyż jak to próba płucna wykazała, płuca wraz z sercem zawierały powietrze, pływały po wodzie, czegoby same gazy gnilne nie mogly sprawić. Śmierć nastąpiła z powodu wstrzymania przez czas krótki przystępu powietrza do dróg oddechowych, tego bowiem dowodzą wybroczyny krwawe na opłucnej.

Zastanówmy się obecnie krytycznie nad wynikiem sekcyi. Z oględzin zewnętrznych wynika, że dziecię było niedonoszone, bo płód liczył zaledwie 42 ctm. długości, miał około $2^1/_2$ klg. wagi, nie miał należycie rozwiniętej podściółki tłuszczowej, paznogcie nie dochodziły końców palców. Opis ten, co prawda, o tyle niedokładny, że pominięto zupełnie i niezbadano jądra kostnego w górnej nasadzie kości udowej, nie zbadano następnie, jak się zachowywały chrząstki uszne, nosowe, położenie jąder, czy zeszły one do moszen i t. p. Niewiadomo jednak, jak z tym, chociaż niedokładnym opisem, pogodzić fakt, że u płodu niedonoszonego znaleziono takie wymiary czaszki, jakie są oznaczone w protokole oględzin, a mianowicie: wymiar prosty miał wynosić 13 ctm., podczas gdy u dziecka donoszonego dochodzi on zaledwie $10^1/_2$ ctm.; poprzeczny wynosić miał 12 ctm., a zwykle dochodzi do $7^1/_2$; przedni do $8^1/_2$, tylny skośny znowu wynosił 12 ctm., gdy zwykle wynosi on $12^1/_2$ do 13 ctm. Gdybyśmy z tych wymiarów mieli sobie wyobrazić wielkość główki, to przyszlibyśmy do przekonania, iż musiała ona być tak wielką, iż przy prawidłowo zbudowanej miednicy zachodziłby niestosunek porodowy pomiędzy główką, a miednicą i że poród bezwzględnie nie mógł był się odbyć absolutnie siłami natury bez pomniejszenia główki, a więc bez wymóżdżenia. Gdy bowiem te wymiary narysujemy i obwiedziemy linią kołową, to obwód ten wynosi około 40 ctm., podczas kiedy obwód główki wynosić miał wedle protokołu oględzin 32 ctm., co poprostu jest niemożliwe i z czego koniecznie wnioskować należy, że wymiary te są niezgodne z prawdą, zważywszy nadto, że już sama rozprawa wykazała, iż poród odbył się z łatwością, szybko i wśród małych bólów.

Długość dziecka wynosić miała 42 ctm. Gdzie jednak dowód, że wymiar ten również prawdziwy, że nie wzięto go, jak to powiadają, z powietrza, a długość nie wynosiła n. p. 35 ctm.? Wiadomą zaś jest rzeczą i sprawdzoną doświadczeniem, że jeżeli długość płodu wynosi mniej niż 30 ctm., to jest on niezdolny do samoistnego pozałonowego życia, a choćby się taki płód urodził żywy, to ruchy oddechowe się nie wytworzą, gdyż u płodu takiego nie jest jeszcze wykształcony ośrodek oddechowy i mięśnie klatki piersiowej. Następnie podają lekarze sekcyonujący ogólnie i w opisach szczegółowych, że zwłoki dotknięte były wyższego stopnia zgnilizną, lecz i pod tym względem trzeba, że się tak wyrażę, wierzyć *in verba magistri*, bo zamiast dokładnego opisu samych zmian gnilnych jakiego narządu, mamy tylko same określenia, jak n. p.: „Wątroba ciemna, nadgniła. Błona śluzowa żołądka nadgniła“ i t. p. W rażącej sprzeczności z opisem tej tak daleko posuniętej zgnilizny, stoi np. opis śledziony: „Śledziona duża, mazista, przekrwiona“. Jeżeli bowiem przypuścimy, że jakiś narząd znajduje się w takim stopniu rozkładu gnilnego, że można o nim powiedzieć, że jest mazisty, a więc rozpływa się prawie, gdzie więc o utkaniu jego nie może być mowy, jak można na takim narządzie rozpoznać przekrwienie!

Przyjmijmy jednak z lekarzami sekcyonującymi, że zwłoki noworodka dotknięte były wysokiego stopnia zgnilizną; to w takim razie pod żadnym warunkiem nie można się zgodzić, aby w ogólności była mowa o krwi płynnej; krew skrzepła gnije bowiem bardzo szybko i w przypadkach, w których znajdujemy taki stopień zgnilizny, że tkanki organiczne się rozpływają, skrzepy, gdyby nawet jakie były, ulegają również gnilnemu przeistoczeniu. Wyrażenie więc, że u podstawy czaszki znaleziono przeszło 50 grm. krwi ciemnej, płynnej, mimo że podstawa czaszki nigdzie nie była uszkodzoną, jest niewłaściwe.

Zgodzić się dalej nie można, aby na zwłokach noworodka, dotkniętego zgnilizną wysokiego stopnia, mogła być wykonaną próba płucna. W medycynie sądowej przyjęto

znów prawie jako zasadę, że dla uniknięcia wszelkiej pomyłki nie wykonywuje się w przypadkach daleko posuniętej zgnilizny zwłok u noworodka próby płucnej, motywując odpowiednio to zaniechanie wykonania (patrz „Medycyna sadowa“ Prof. Dr. Wachholza str. 539). W danym przypadku jednak nietylko, że ta próba była wykonaną, ale nadto na niej to oparto wszystkie wywody i orzeczenia lekarskie. Próbę tę przeto szczegółowo omówić musimy, jak również zastanowić się nad opisanym w protokole sekcyjnym stanem płuc.

Opis, odnoszący się do płuc, zasługuje, by go raz jeszcze powtórzyć, a jest następujący: „Płuca zapełniają szczelnie klatkę piersiową, mimo zgnilizny przedstawiają się w stanie znacznego przekrwienia i okazują powierzchowne plamki wybroczynowe na zewnętrznej powierzchni, uwidocznione w ilości znaczniejszej“.

Znowu więc stoimy przed samemi zagadkami: nie wiemy, na czem oparto twierdzenie, że płuca były zgniłe, nie wiemy, w jaki sposób rozpoznać można było przekrwienie, nie wiemy, co znaczą powierzchowne plamki, a tylko się domyślać musimy, że są to wybroczyny podopłucnowe; nie wiemy, czy wybroczyny te znajdowały się i gdzieindziej, n. p. pod osierdziem, pod otrzewną jelit i t. p. Nie ma wzmianki, jakim był miąższ płucny, jego zabarwienie, zbitość, stan błony śluzowej oskrzeli, czy w oskrzelach znajdował się śluz, lub jaka treść, wogóle możemy powiedzieć, że o płucach nie wiemy nic a nic.

A jednak na płynności krwi, o której znaczeniu w opisanym przypadku mówiliśmy, i na wspomnianych plamkach oparto cały dowód, że dziecię umarło wskutek uduszenia.

Przypuśćmy nawet, że były to wybroczyny podopłucnowe, to jakież do nich można odnieść znaczenie, gdy się zważy, że powstać one mogą jużto przy nieoględnem robieniu sekcyi, gdy się płuca z tchawicą oddziela i silnie pociąga za tchawicę, już też przy zatkaniu śluzem dróg oddechowych i następowych forsownych ruchach oddechowych przy zapaleniu płuc, skazie krwawczej i t. d.

Prof. med. sąd., Dr. Wachholz, powiada na str. 247 swego dzieła: „Z licznych doświadczeń, wykonanych w ostatnich czasach, między innymi przez Haberdę, wynika, że wynaczynionki mogą powstać także i po śmierci, w miejscach opadowo przekrwionych, zatem w miejscach, w których znajdują się plamy pośmiertne. Dlatego też będziemy tylko te wynaczynionki uważać, jako powstałe za życia a nie po śmierci, które znajdujemy w bladych, pośmiertnem opadowem przekrwieniem nie dotkniętych częściach błon śluzowych lub powłok skórnych“.

„Rozpoznawczą wartość powyższych wynaczynionek zmniejsza ta okoliczność, iż wytwarzają się one niemal zawsze wśród drgawek i to bez względu na to, czy to były drgawki duszeniem, czy innym powodem wywołane, oraz, iż nie zawsze się one znajdują, nawet w przypadkach śmierci z uduszenia, jeżeli bowiem drgawki nie występują wśród duszenia, wówczas mogą się wynaczynionki nie wytworzyć“.

Jako dowód, że dziecko to, aczkolwiek nie donoszone, przyszło na świat żywe, miała służyć próba płucna, w ten sposób wykonana, że płuca wrzucone wraz z sercem do naczynia z wodą pływały po jej powierzchni, jak również pojedyncze części płuc. Na tem pływaniu płuc oparto cały dowód, że dziecię żyło.

Jeżeli teraz zważymy, że przy tym stopniu zgnilizny pływać może tak samo wątroba, śledziona, serce i wogóle każdy narząd, który w zwykłych warunkach tonie, to chyba jasnem jest, że samo pływanie jeszcze niczego nie dowodzi.

Gdy podczas rozprawy oświadczyłem, że nie mam pewności, czy płuca te nie pływały po wodzie wskutek znajdujących się tam ewentualnie gazów gnilnych i że lekarze sekcyonujący, mówiąc o gniciu płuc, powinni byli pojedyncze kawałeczki płuc wyciskać pod wodą, starając się w ten sposób usunąć gazy gnilne, wtedy jeden z lekarzy na zapytanie przewodniczącego, czy takie wygniatanie płuc pod wodą jest ważne, odpowiedział, „że to nie ma żadnego znaczenia“ (dosłownie).

Tak przeszliśmy pokrótce cały protokół sekcyjny i sądzę, że chyba z takiego protokołu żadnych wniosków co do życia, ewentualnie śmierci dziecka wyciągnąć nie można.

Nie umiem też sobie wytłómaczyć, dlaczego lekarze, którzy wykonali sekcyę, orzekli:

1) że noworodek, choć niezupełnie donoszony, zdolny był do samoistnego życia;

2) że noworodek ten żył i oddychał;

3) że zginął przy zaniechaniu opieki wśród częściowego zaparcia dróg oddechowych przedmiotami miękimi, osłaniającymi mu zapewne usta i twarz.

Również nie umiem sobie wytłómaczyć, jak można, opierając się na takim protokole sekcyi zwłok, wydać przy rozprawie głównej orzeczenie stanowcze, że dziecię urodziło się żywe i że zmarło wskutek uduszenia przez odcięcie dostępu powietrza do dróg oddechowych.

W końcu nadmienić muszę, że kobieta ta pomimo obciążajacych orzeczeń lekarzy została większością głosów przez sędziów przysięgłych od winy i kary uwolnioną.

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał
Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

I. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne.

W roku 1893 i 1894 panowała w wielu krajach Europy, a także i u nas w Krakowie, jak również w Królestwie Polskiem wielka epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego. Na jej materyale oparte są prace L. Korczyńskiego[2]), Buszka[3]), Hewelkego[4]) i Klanera[5]). Sprawozdanie z ambulatoryum naszej kliniki wykazuje w tych latach liczby 78 i 109 zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego, podczas gdy w latach poprzednich zapisano tylko po parę przypadków zapalenia zwykłego.

Od owego czasu nagminne zapalenie opon pojawia się tylko w przypadkach odosobnionych. Liczba przypadków spostrzeganych spada najniżej w r. 1896, bo na sześć. Dopiero w r. 1899 i 1900 przybiera choroba znamiona niezbyt

zreszta silnej epidemii. Z tego czasu pochodzą także moje przypadki. Sprawozdanie ambulatoryjne wykazuje wprawdzie w r. 1899 tylko 10 przypadków, ale należy zauważyć, że wobec małego nasilenia objawów, jakiem się odznaczała epidemia, wiele przypadków było ambulatoryjnie nierozpoznanych i weszło do rubryki stanu gorączkowego.

Przypadek 1. A. M. 9 mies. z Podgórza, przyjęta 26 kwiet. 1899. W domu chora była przez miesiąc, miała wtedy cierpieć na wysoką gorączkę. W klinice gorączki nie stwierdzono. Mimo to przecież utrzymywały się wybitne objawy mózgowe: upośledzenie przytomności, oczy zapatrzone w dal; rogówki pokryte śluzem i przymglone, miernego stopnia sztywność karku, bez przegięcia głowy ku tyłowi. Rozpoznanie było trudne i dopiero nakłócie lędźwiowe wyjaśniło sprawę. Stan chorej bezpośrednio po wykonaniu nakłócia zaczął się szybko poprawiać (*propter hoc?*) i dziecko wyszło do domu prawie zupełnie wyleczone. W przypadku tym nie badano jeszcze płynu na obecność meningokoków.

Przypadek 2. F. R. 6 lat z Krakowa, przyjęty 11 grud. 1899. W domu chorował 11 dni. Zasłabł nagle, bóle i zawroty głowy; w pierwszym dniu wymioty, gorączka z początku wysoka, w ostatnich dniach nieco niższa; od 4-go dnia zupełna głuchota. podczas 5-go i 6-go dnia nieprzytomność, stolec nieco rozwolniony.

W klinice stwierdzono, co następuje: odżywienie dobre, przytomność utrzymana, chory rozmawia, nic jednak nie słyszy. Głowa przegięta ku tyłowi i ustalona w tem położeniu skurczem mięśni karkowych. Ciepłota 39·0°, tętno 112, oddech 20, regularny. Gorączka początkowo stała i wysoka, w dalszym przebiegu powoli opadała, tak że ciepłota ciała osiągnęła dnia 21 grud. stan prawidłowy i następnie się już ponad 37·0° nie podniosła. Mimo to napięcie mięśni karkowych utrzymywało się w dawnym stopniu do 22 grud., zmniejszało się następnie, ale dopiero 29 grud. zupełnie ustąpiło. Także krzywa tętna utrzymuje się do 28 grud. na wysokim poziomie (100—120), a dopiero potem opada do 80 na minutę. Chory opuszcza klinikę 8 stycz. 1900, jako uleczony. Nakłócie lędźwiowe wykonano 13 grud. 1899.

Podobnie, jak w przypadku 1, niektóre objawy, a mianowicie stężenie karku i podniesienie liczby tętna, przetrwały tu stan gorączkowy.

Przypadek 3. J. B. 18 miesięcy z Wyciąż, przyjęty 15 grud. 1899. W domu chorował 2 dni. Początek nagły: dreszcze, wymioty, gorączka i postękiwanie. W klinice stwierdzono odżywienie i budowę dobrą, wyraz cierpienia na twarzy, lekki skurcz mięśni karkowych. Głowa jednak nie była przegięta ku tyłowi i nie ustalona, chory, wzięty z posłania, poruszał nią niespokojnie na boki. Przytomność utrzymana, wymiotów nie było, brzuch wypuklony. Ciepłota 39·0°, tętno 132, oddechów 40. Ciepłota wahała do 19 grud. między 38·0—39·0 następnie opadła, a od 29 grud. był stan bezgorączkowy. Inne objawy także zmniejszały się równolegle do opadania gorączki i dziecię mogło już 7 stycz. 1900 opuścić klinikę, jako zupełnie wyleczone.

Nakłócie lędźwiowe wykonano dnia 16 grud. 1899. Co do wyniku, to zwraca na się uwagę bardzo mała ilość białka i osadu. Płyn był też prawie zupełnie przeźroczysty. Mimo to przeważają w osadzie ciałka białe wielojądrzaste neutrofilne. Są one tylko w niewielkiej liczbie zakażone (0·5%). Tem, jak również skąpością osadu, tłómaczyłoby się, że hodowle się w tym przypadku nie udały.

Przypadek 4. J. Z. 12 miesięcy z Krakowa, przyjęty 4 stycz. 1900. Zachorował nagle w przeddzień przyjęcia. U dziecka ze śladami krzywicy stwierdzono początkowo tylko stan gorączkowy (około 39·0°), dla którego nie można było znaleźć nigdzie usprawiedliwienia. Nic początkowo nie zwróciło uwagi na możliwość zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Dopiero dnia 13 stycz. wystąpiły kilkakrotnie wymioty, a u chorego zauważono drażliwość, mierną ogólną przeczulicę i nieco sztywne trzymanie głowy. Dnia 15 stycz. sztywność karku już bardzo wybitna; oczy zapatrzone w dal, senność obok wielkiej drażliwości, źrenice szerokie, mierny stopień zezu zbieżnego.

Niewątpliwie chodziło o zapalenie opon, przyczem objawy, w ostatnim czasie powstałe, odpowiadałyby rozwojowi ostrego wodogłowia wewnętrznego zapalnego. Co do oznaczenia tła choroby, zachodziło położenie kłopotliwe. Rozstrzygnęło nakłócie lędźwiowe, wykonane 16-go stycz. Wydobyto płyn o cechach zapalnych z meningokokami, dającymi się stwierdzić mikroskopowo i bakteryologicznie (p. fotogram 2).

Choć ciepłota ciała w dalszym przebiegu opadła do stanu podgorączkowego, objawy mózgowe stają się coraz groźniejsze. Sztywność karku wzmaga się. Dnia 22 stycz. występuje sztywność we wszystkich kończynach, utrzymująca się stale, ale powiększająca się napadowo samoistnie lub po podrażnieniu chorego do ogólnego tężca, obejmującego szczególnie mięśnie wyprostne kończyn i grzbietu. Zez bardzo znaczny, brzuch zapada się, odżywienie podupada, skóra marszczy się, tętno staje się nieregularne, przytomność zniesiona. Od 24 stycz. oddychanie typu Cheyna-Stokesa, 29 stycz. zejście śmiertelne.

Rozpoznanie anatomiczne: *meningitis purulenta praecipue ad basim cerebri, hydrocephalus acutus majoris gradu*, *bronchitis et enteritis chronica*.

Przypadek 5. J. K. 9 miesięcy z Krakowa. przyjęty 26 stycz. 1900. Wywiadów brak. Badanie i w tym przypadku wykazywało początkowo tylko stan gorączkowy (około 40·0°), bez żadnych przedmiotowych objawów w narządach wewnętrznych. Od dnia 4 lut. coraz wybitniejsze napięcie mięśni karkowych, wymioty, drgawki, skurcze pewnych gromad mięśni, np. międzykostnych ręki, upośledzenie, potem zniesienie przytomności, przy ogólnej przeczulicy. W dolnym płacie płuca lewego ognisko zapalne. Nakłócie lędźwiowe 3 lut., śmierć 7 lut. Zmiany mózgowia przy badaniu pośmiertnem, jak w poprzednim przypadku.

Przypadek 6. A. G. 5 lat z Rajska, przyjęta 24 kwiet., wyszła zdrowa 6 maja 1900. W domu była chora przez 4 dni. Początek nagły, gwałtowny ból głowy, wymioty w ciągu dwóch dni, wysoka gorączka, łaknienie zniesione, stolec zaparty. W klinice stwierdzono: odżywienie liche, budowa wątła, na twarzy wyraz cierpienia, brwi zmarszczone, zwłaszcza przy badaniu, kark nieco sztywny, ale przegięcia głowy ku tyłowi niema. Brzuch wyraźnie zapadły. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej bez zmian. Stan podgorączkowy ze wzniesieniami wieczornemi do 38·0° trwał do 28 kwiet. Chora była przez cały ten czas zupełnie przytomna i dosyć swobodna. Już 27 kwiet. sama siedziała w łóżku i bez pomocy przyjmowała pożywienie. Od 29 kwiet. wszystkie objawy ustąpiły zupełnie.

Choroba trwała tu tylko 8 dni, przypady były bardzo niewybitne, przynajmniej w czasie pobytu w klinice, to też samem badaniem klinicznem nie byłoby możebnem rozstrzygnąć napewno, czy chodzi o stan gorączkowy na tle jakiegoś, jak się to nierzadko zdarza u dzieci, nie dającego się bliżej określić zakażenia, połączony z przypadami mózgowymi, czy też o zapalenie opon. Nakłócie lędźwiowe, wykonane zaraz w dniu przyjęcia, wyjaśniło nam sprawę.

Przypadek 7. F. R. 16 miesięcy z Gorzowa pod Oświęcimem, przyjęty 28 grud. 1899. W domu chorował pięć tygodni. Początek był nagły, gorączka wysoka, częste wymioty, głowa przegięta ku tyłowi, kurcze ogólne, trwające początkowo po dwie godziny, obecnie utrzymują się krócej i powtarzają się dwa razy dziennie; stolec regularny.

Stan obecny: Ogromnego stopnia wychudnięcie bez zboczeń ogólnych, lub zmian w narządach klatki piersiowej i brzucha. Głowa przegięta ku tyłowi tak. że zbacza od prawidłowego położenia o kąt prosty i ustalona skurczem mięśni karkowych. Brzuch zapadły, przeczulica skóry. Ciepłota okazuje wzniesienie do 38·5° (w kiszce stolcowej). Od czasu do czasu pojawiają się wyprężenia kończyn i ich drżenie, mianowicie po podrażnieniu chorego badaniem; czasami wymioty. Nakłócie lędźwiowe, wykonane dnia 2 stycz. 1900 wykazało mikroskopowo (p. fotogram 1) i w hodowlach meningokoka wewnątrzkomórkowego. Na prątki gruźlicze badano osad zachowany na szkiełkach nakrywkowych bardzo dokładnie, mianowicie po śmierci chorego, mimo to prątków nie znaleziono.

Chory umiera 1 stycz. 1900. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *meningitis cerebrospinalis epidemica*. Sekcya wykazała jednak tylko zapalenie gruźlicze i ogólną gruźlicę prosówkową na tle zserowacenia gruczołów chłonnych szyjnych, okołooskrzelowych i krezkowych. Nie było nawet śladów po zapaleniu ropnem.

Niewątpliwie mieliśmy tu połączenie dwóch zakażeń, mianowicie meningokokiem i prątkiem gruźliczym. Za życia stwierdziliśmy tylko pierwsze zakażenie. Nie było potrzeby przypuszczania drugiego; znane są bowiem przypadki zapalenia nagminnego opon, w których choroba przewleka się i, wśród ciągłych zwolnień i zaostrzeń, przychodzi do ogromnego wychudnienia. Pozostaje, prawie dosłownie, skóra i kości, tworzą się odleżyny i chory wreszcie umiera z ogól-

nego wyniszczenia. W ciągu roku 1899 i 1900 spostrzegałem jeden taki przypadek w praktyce prywatnej, u chłopca 6-letniego. Choroba trwała tu całe pięć miesięcy. W naszym przypadku rozwój wyniszczenia był stosunkowo szybszy, a stopień osiągnięty ogromny. Mimo to obecność zapalenia gruźliczego stwierdzona przy badaniu pośmiertnem była dla nas niespodzianką.

Nie ulegałoby wątpliwości, już choćby na podstawie wywiadów, że pierwotnem było zakażenie meningokokiem i prawdopodobnem mi się wydaje, że było ono, wobec istnienia ognisk gruźliczych w ustroju, pobudką do rozwinięcia się zapalenia gruźliczego.

Przypadek opisany nie jest odosobniony. Podobne połączenia zakażeń spostrzegali Holdheim [6]), Heubner [7]), Frohmann [8]) i Pfaundler [9]). Heubner tłómaczy sobie sprawę przypadkowem zawleczeniem meningokoka, obecnego gdzieś w ustroju, n. p. na błonach śluzowych nosa, podczas odbywania się czynności zakażania przez prątek gruźliczy. Wobec tego samo stwierdzenie obecności meningokoka nie byłoby dowodzącem dla zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego, trzebaby uwzględniać ilość zarazka. Jednak przypadki Holdheima i Heubnera, — nie wiem, czy to samo można powiedzieć o przypadkach Frohmanna i Pfaundlera, — są niepewne. Autorowie ci nie stwierdzili, jak w moim przypadku, meningokoka w preparatach barwionych mikroskopowo, coby było dowodzącem, lecz otrzymali go jedynie w hodowlach w skąpych osadach. Toteż Holdheim sam przypuszcza raczej zanieczyszczenie igiełki, a Heubner wprawdzie to wyklucza, ale możebność ta zapewne istnieje, jak to zresztą zaraz w dyskusyi nad odczytem Heubnera zaznaczył Fürbringer. Wreszcie muszę podnieść, że określanie meningokoka w hodowlach wcale nie jest łatwe; być może nawet, co do pewnego typu, dzisiejszymi środkami nie wykonalne; mogło więc chodzić o inny zupełnie drobnoustrój. Heubner słusznie jednak zaznacza, że przypadki podobne dają naukowe uzasadnienie dla przypuszczenia Wunderlicha, wypowiedzianego jeszcze w roku 1864 podczas epidemii w Lipsku, iż w czasie panowania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych *genius epidemicus* oddziaływa także na inne choroby, n. p. dur brzuszny, ostry gościec stawowy, zapalenie płuc i może im nadać „eine cerebrospinal — meningitische Färbung".

Przegląd przypadków. Choroba, jak to można było stwierdzić prawie we wszystkich opisanych przypadkach wywiadami, rozpoczynała się nagle u dzieci przedtem zdrowych, bólem głowy, wysoką gorączką, wymiotami, bez drgawek. I w dalszym przebiegu trwała mniej lub więcej wysoka gorączka z torem stałym, zwalniającym lub przerywanym. Wymioty po pierwszym dniu choroby, lub dwóch pierwszych dniach, już się nie pojawiały, przytomność była z reguły zupełnie zachowaną. Brzuch lekko wypuklony (tylko w przyp. 6 i 7 zapadły), stolec zaparty, lub lekkie czyszczenie, dno oka prawidłowe, lub przekrwienie tarczy. Zajęcie opon zdradzało się zatem jedynie sztywnością karku. Jednak i tego objawu może brakować, jak to widzimy w przyp. 4 i 5-tym przez przeciąg pierwszego tygodnia choroby. Może nie jest przypadkowem, że w tych właśnie przypadkach przyszło do zejścia śmiertelnego wśród objawów ostrego zapalnego wodogłowia wewnętrznego. Przypadki te należy zestawić z przypadkami Frohmanna [10]) w których przed wystąpieniem objawów mózgowych spostrzegano dwumiesięczny okres z gorączką przerywaną. Przypadki takie dowodzą, że sztywność karku nie jest objawem stałym i nie można z jej nieobecności wykluczać zapalenia opon nagminnego, jak to czyni Heubner [11]).

Także objawu Kerniga, polegającego na tem, że w położeniu siedzącem chorego, przy zgiętem pod kątem prostym do tułowia udzie, pojawia się kurczowe przykurczenie podudzia, według mego doświadczenia nie można uważać za pewny objaw zapaleń oponowych, jakto twierdził np. Netter [12]) na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Paryżu.

Samo przez się wynika z tego wielkie znaczenie rozpoznawcze nakłócia lędźwiowego. Ale ma ono także znaczenie dla rokowania. Nie mówiąc już o tem, że tylko postacie na tle meningokoka dają względnie korzystne rokowanie, podczas gdy inne, n. p. na tle pneumokoka, choćby były, jak to niektórzy utrzymują epidemiczne, kończą się prawie zawsze śmiercią, to jeszcze w samej postaci meningokokowej można z cech płynu wyprowadzić pewne wnioski prognostyczne. O ileby wynikało z mojego szczupłego doświadczenia, korzystnymi objawami są mała ilość białka i brak wytworzenia się skrzepiku. Wyjątek stanowiłby przypadek 1, o ile go zaliczymy do wyleczonych.

Ogółem biorąc, musimy, jak z powyższego wynika, stwierdzić, że przypadki nasze odznaczają się, przynajmniej początkowo, małem nasileniem objawów i łagodnym przebiegiem. W przypadkach 4 i 5 zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem zajęcia komórek i upośledzenia czynności ośrodków ważnych dla życia.

Jeżeli przypadek 7 i 1, niepewny co do zejścia, odłączymy, to śmiertelność wyniesie 40%, gdy wliczymy pierwszy 33%. (C. d. n.).

III. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.**

O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał

Dr. Edmund Kowalski

lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka" we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

B. Stosowanie kąpieli gazowych u osobników chorych, tj. z narządem krążenia krwi chorobowo zmienionym.

Powyższe doświadczenia wykazały, jak się zachowuje prawidłowy narząd krążenia pod wpływem kąpieli gazowych; obecnie przypatrzmy się, jak się będzie zachowywał wobec tych podniet ten sam narząd, zmieniony jednak chorobowo.

W tym celu, jak we wstępie wspomniałem, stósowałem kąpiele gazowe o ciepłocie 31, 31·5, 32, 32·5, 36 i 37°C u osób chorych, tj. ze zmianami w narządzie krążenia krwi.

D. F. (N. Dz. 341) lat 30, skarży się na bicie serca, występujące szczególnie przy każdym ruchu i na prawie ciągłą duszność, która jednak w czasie napadów bicia serca się wzmaga.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma insuff. valv. bicuspid. et stenosis ostii venosi sin. subsqu. hyperthrophia et dilatatione cordis totius pp. dextri in stadio compensationis incompletae subsqu. hyperaemia passiva pulmonum, hepatis, renum, oedema pedum minoris gradus.*

U chorej tej stosowałem dnia 5/4 kąpiel o ciepłocie 31°C, dnia 7/4 kąpiel na 32·5°C, dnia 20/4 kąpiel na 31·5°C, a dnia 10/4 kąpiel o ciepłocie 36°C.

Kąpiel na 31° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	80	110	20		
w kąpieli					
po 5 min. .	68	160	—		
po 15 min. .	65	—	16	—16	+50 Mm.
po 25 min. .	64	160	—		
po kąpieli					
po 8 min. .	60	170	16		
po 30 min. .	64	160	—	—20	+60 Mm.
po 60 min. .	64	160	18		

Kąpiel na 32·5° C przez 25 minut.

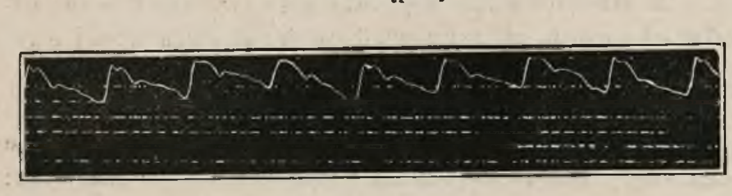
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	96	120	25		
w kąpieli					
po 10 min. .	88	150	23		
po 20 min. .	80	160	—	–20	+40 Mm
po 25 min. .	76	160	22		
po kąpieli					
po 15 min. .	64	170	20		
po 20 min. .	64	160—170	—	—32	+50 Mm.
po 40 min. .	68	160	—		
po 60 min. .	68	160	20		

Kąpiel na 31·5° C przez 25 min.

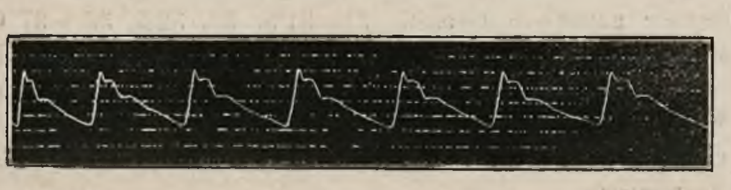
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	72	120	20		
w kąpieli					
po 10 min. .	68	140—150	18	–12	+40 Mm
po 25 min. .	60	160	16		
po kąpieli					
po 15 min. .	56	160	16		
po 30 min. .	60	160—170	18	—16	+40, 50 Mm.
po 60 min. .	64	160	18		

Kąpiel na 31·5° C.

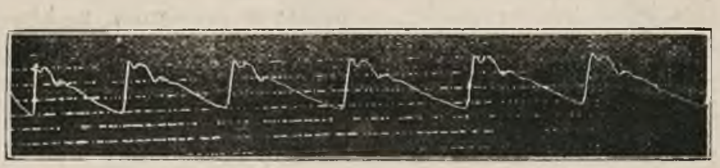
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

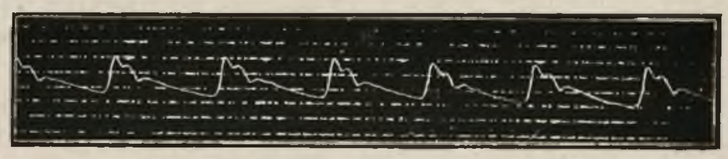


Kąpiel na 36° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	62	120	18		
w kąpieli					
po 10 min. .	80	110	24	+20	–20 Mm.
po 25 min. .	82	100	22		
po kąpieli					
po 15 min. .	68	110	18		
po 30 min. .	68	110	—	+ 6	—10 Mm.
o 60 min. .	66	110	18		

Kąpiel na 36° C.

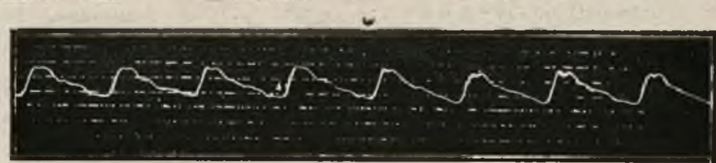
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Pod wpływem kąpieli o ciepłocie 31, 31·5 i 32·5°C występuje zwolnienie ruchów serca i podniesienie się ciśnienia krwi tak w czasie kąpieli, jak i po kąpieli, i obie te zmiany są wybitniejsze po zaprzestaniu zabiegu, niż wśród niego; ruchy oddechowe stają się wolniejsze, ale za to głębsze, ilość dzienna moczu zwiększa się, przed stosowaniem bowiem kąpieli wynosiła ona około 400 grm., po kąpielach waha między 700 a 1300 grm.

Krzywe tętna, zdjęte przy stosowaniu kąpieli o ciepłocie 31·5°C, przedstawiają również dość uderzające zmiany. Widzimy na zdjęciu, zrobionem w czasie kąpieli, jak i po niej, wybitniej występujące fale drugorzędne, co, jak wiadomo, świadczy o większem napięciu ścian tętniczych, oprócz tego widzimy zwiększoną wysokość fali tętna, co znów świadczy o wzmożonej energii mięśnia sercowego; czyli stwierdzamy tętno twardsze i większe.

Pod wpływem kąpieli o ciepłocie 36°C występuje przyspieszenie ruchów serca i obniżenie się ciśnienia krwi tak wśród, jak i po zabiegu, zwiększenie się ilości oddechów. Ilość dzienna moczu pozostaje prawie bez zmiany.

Na krzywych tętna, zdjętych wśród i po kąpieli, widzimy zanik fal drugorzędnych, a więc tętnice mniej napięte, czyli tętno miększe, wysokość fali nieco niższą.

Chora w czasie każdorazowej kąpieli o ciepłocie 31—32·5°C. czuła się swobodna, duszność ustępowała, po kąpieli nie doznawała przez przeciąg kilkunastu godzin ani bicia serca, ani duszności. W czasie kąpieli zaś o ciepłocie 36° C duszność się nieco wzmagała, a po kąpieli nie czuła chora podmiotowej ulgi.

Chory W. P. (N. Dz. 379), lat 26, skarży się na bicie serca, duszność i bóle w górnej części klatki piersiowej.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma insuff. valv. bicuspid et stenosis ostii venosi sinistri subsqu. hypertrophia et dilatatione cordis totius in stadio incompensationis imminentis, subsqu. hyperaemia passiva pulmonum et hepatis; induratio apicum.*

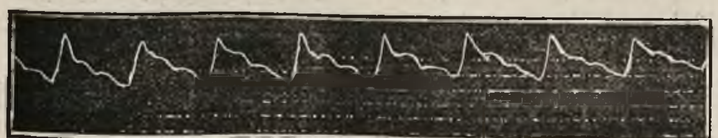
U chorego tego stosowałem w dniu 2/5 kąpiel o ciepłocie 31° C, a w dniu 4/5 o ciepłocie 30° C.

Kąpiel na 31° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	86	120	28		
w kąpieli					
po 10 min. .	80	150	26	—10	+30 Mm.
po 25 min. .	76	150	24		
po kąpieli					
po 15 min. .	76	160	26		
po 30 min. .	70	160	—	--16	+40 Mm.
po 60 min. ·	70	160	26		

Kąpiel na 31° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

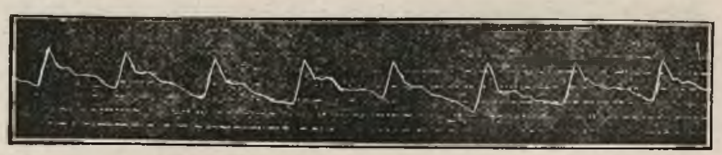


Kąpiel na 30° C przez 25 minut.

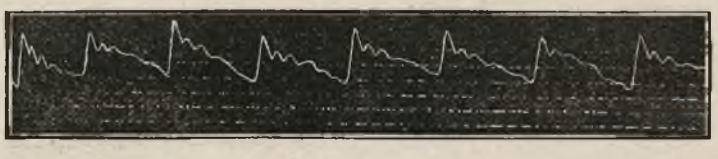
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	84	110	30		
w kąpieli					
po 10 min. .	72	140	26	—12	+30 Mm.
po 26 min. .	76	140	26		
po kąpieli					
po 15 min. .	72	140	26		
po 30 min. .	68	150	—	—16	+40 Mm.
po 60 min. .	68	150	24		

Kąpiel na 30° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Tak w czasie trwania tych kąpieli, jak i po ich zaprzestaniu, tętno wolnieje, ciśnienie krwi się podnosi i to znaczniej w okresie czasu po zabiegu, oddechy stają się rzadsze, ale za to głębsze, ilość dzienna moczu, która przed kąpielą wahała się między 600 a 800 grm., waha się po kąpieli między 1.200 a 1.300 grm.

Na zdjęciach sfigmograficznych widzimy na ramieniu zstępującem tak w czasie kąpieli, jak i po niej, wybitne fale drugorzędne, czyli że tętnice stają się więcej napięte, a tem samem tętno twardsze; obok tego zaś widzimy zwiększenie się wysokości fali tętna, czyli wzmożenie się siły mięśnia sercowego.

Tak wśród, jak i po kąpieli, czuje się chory podmiotowo bardzo dobrze.

Chora E. G. (N. Dz. 308), lat 26, skarży się na bicie serca, bóle i zawroty głowy, duszność.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma stenosis ostii arteriosi sin., insuff. incompletae valvul. semilun. aortae, insuff. valvulae mitralis.*

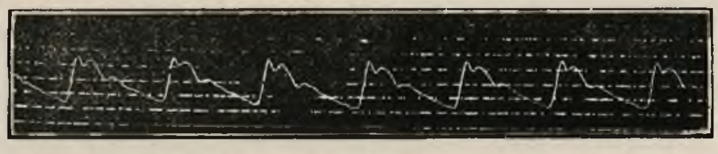
U chorej tej stosowałem w dniu 11/4 kąpiel o ciepłocie 37° C, w dniu zaś 18/4, kiedy chora skarżyła się na silne bicie serca, trwające bez przerwy przeszło 24 godzin, na ogólny niepokój i trudność w oddechaniu, kąpiel o ciepłocie 32·5° C.

Kąpiel na 37° C przez 25 minut.

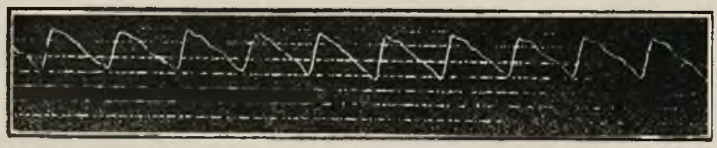
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	96	120	21		
w kąpieli					
po 10 min. .	104	100	23	+16	—20 Mm.
po 25 min. .	112	100	24		
po kąpieli					
po 10 min. .	106	110	22		
po 30 min. .	106	110	21	+10	—10 Mm.
po 60 min. .	106	110	21		

Kąpiel na 37° C.

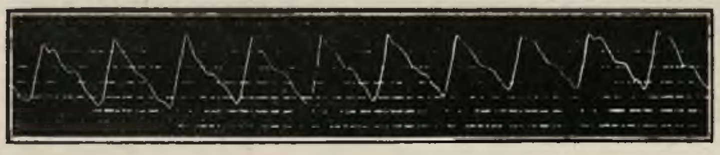
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

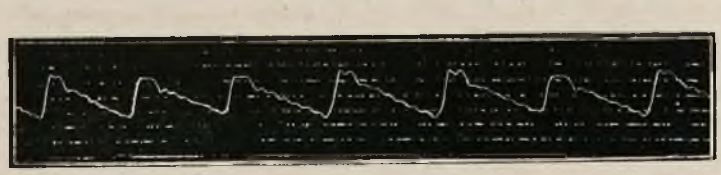


Kąpiel na 32·5° C przez 25 minut.

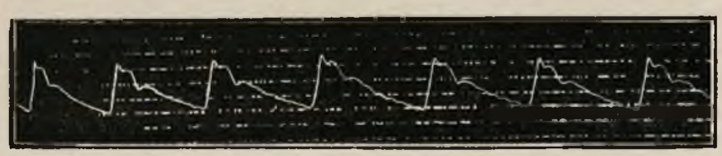
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą .	120	110	24		
w kąpieli					
po 10 min.	84	140	20	—40	+30 Mm.
ko 25 min.	80	140	20		
po kąpieli					
po 10 min.	76	140—150	20		
po 30 min.	76	140—150	20	—48	+40 Mm.
po 60 min.	72	150	18		

Kąpiel na 32·5° C.

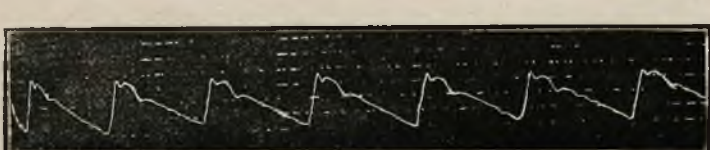
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Pod wpływem kąpieli na 32·5°C tętno staje się wolniejsze, ciśnienie krwi podnosi się i to znaczniej w okresie po zaprzestaniu kąpieli, oddechy są rzadsze, zyskują jednak na głębokości i stają się w tym przypadku regularniejsze, ilość moczu dzienna po kąpieli zwiększa się, bo przed kąpielą wahała się między 600 a 800 grm., po kąpieli zaś waha się między 1100 a 1200 grm. Czucie podmiotowe trwogi i niepokoju ustępuje, chora jest swobodna, oddecha lekko i regularnie i czuje się przez następne dni bardzo dobrze.

Pod wpływem kąpieli na 37°C tętno w czasie kąpieli jak i po niej staje się szybsze, ciśnienie obniża się, oddechy się nieco przyspieszają, ilość dzienna moczu prawie bez zmiany.

Załączone krzywe tętna, zdjęte w kąpieli i po kąpieli o ciepłocie 32·5°C, przedstawiają na ramieniu zstępującem wyraźniejsze fale drugorzędne, przy równoczesnem zwiększeniu się wysokości fali; w zdjętych zaś w kąpieli i po kąpieli o ciepłocie 37°C fal tych brakuje przy zmniejszeniu się lekkiem wysokości i to w czasie trwania zabiegu, czyli że pod wpływem pierwszego bodźca tętnice stają się więcej napięte, a więc tętno twardsze, energia serca wzmaga się, — pod wpływem drugiego — stają się mniej napięte, czyli tętno miększe, energia serca zmniejsza się.

S. Z. (N. Dz. 327), lat 23, skarży się na ściskanie i bicie serca i równoczesne omdlewanie kończyny górnej lewej, co potęguje się szczególniej po zmęczeniu fizycznem.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma stenosis ostii arteriosi sinistri subsqu. hypertrophia cordis sin. in stadio compensationis.*

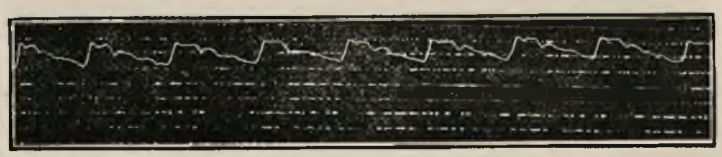
U chorego stosowałem na dniu 6/4 kąpiel o ciepłocie 31°C, a na dniu 9/4 kąpiel o ciepłocie 32·5°C.

Kąpiel na 31° C przez 25 minut.

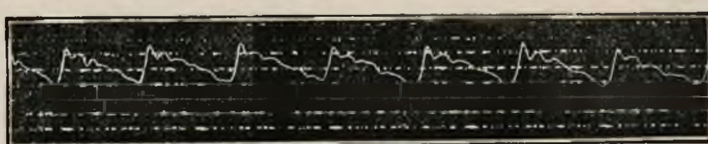
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą .	116	130	24		
w kąpieli					
po 15 min.	96	160	20	—32	+40 Mm.
po 25 min.	84	170	16		
po kąpieli					
po 20 min.	80	170	16		
po 40 min.	80	170	17	—36	+40 Mm.
po 60 min.	80	170	17		

Kąpiel na 31° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

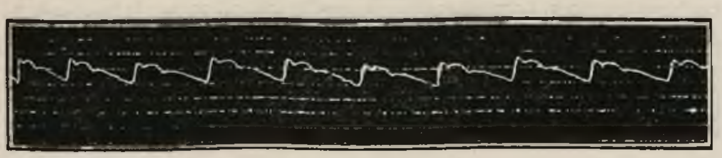


Kąpiel na 32·5° C przez 25 minut.

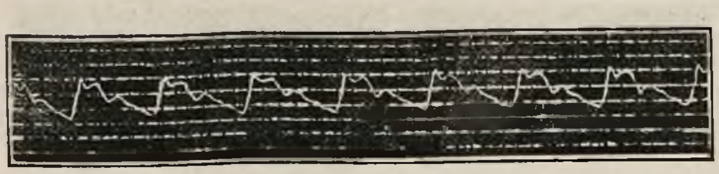
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą .	84	140	18		
w kąpieli					
po 10 min.	68	160—170	16	—20	+30 Mm.
po 25 min.	64	170	16		
po kąpieli					
po 15 min.	64	170—180	16	—20	+40 Mm.
po 30 miu.	68	160	16		
po 60 min.	72	160	17		

Kąpiel na 32·5° C.

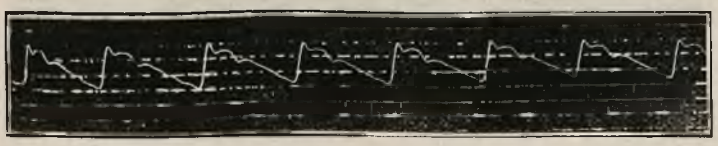
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Zabiegi powyższe wywołują zwolnienie ruchów serca, podniesienie się ciśnienia krwi i to kąpiel o niższej ciepłocie (31°C) wywołuje zmiany nieco znaczniejsze, niż o wyższej (32·5°C); przytem tętno tak pod wpływem jednej, jak i drugiej kąpieli staje się wybitnie twardszem, o fali znacznie wyższej. Czynność oddechania odbywa się w wolniejszem tempie, ilość dzienna moczu zwiększa się, przed kąpielami bowiem wynosiła 800—1000 grm., po kąpielach zaś 1100—1200 grm.

Chory po każdej kąpieli czuje się podmiotowo bardzo dobrze.

J. O. (N. Dz. 365), lat 49, cierpi na występujące od czasu do czasu bicie serca, ból głowy i na ogólne znużenie i bóle w kończynach dolnych przy dłuższem staniu lub chodzeniu.

Rozpoznanie: *Atheroma aortae subsqu. ectasia aortae, insuff. valv. semilun. aortae, hypertrophia cordis sin. in stadio compensationis in individuo luetico.*

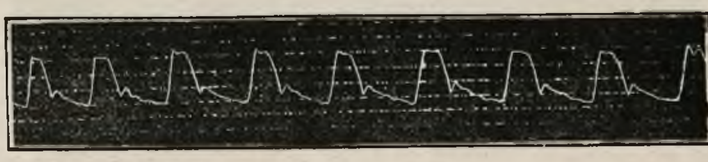
U chorego zastosowałem na dniu 28/4 kąpiel o ciepłocie 32° C.

Kąpiel na 32° C przez 25 minut.

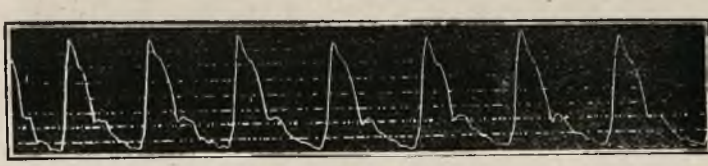
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą .	80	110	18		
w kąpieli					
po 10 min.	72	130	18	—12	+40 Mm.
po 25 min.	68	140—150	17		
po kąpieli					
po 15 min.	72	130	17	—16	+20 Mm.
po 30 min.	64	130	16		
po 60 min.	64	130	16		

Kąpiel na 32° C.

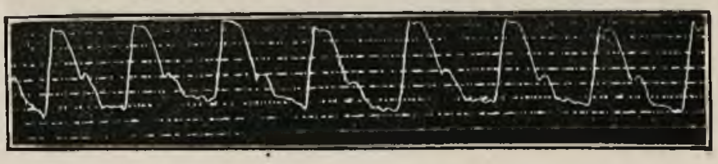
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Pod wpływem tej kąpieli ruchy serca wolnieją, ciśnienie się podnosi, oddechy stają się rzadsze, ale za to głębsze. Tętno zmienia swój charakter, *pulsus tardus* zamienia się szczególnie w czasie kąpieli na *pulsus magnus durus*, tj. na tętno, jakie spotykamy w miażdżycy tętnic obwodowych przy równoczesnym znacznym przeroście lewej komory, co świadczy w naszym przypadku raz o zwiększeniu się napięcia tętniczego, powtóre o wzmożonej chwilowo sile serca.

Chory był w klinice 4 dni, a na drugi dzień po kąpieli zakład opuścił.

L. S. (N. Dz. 366), lat 25, cierpi na duszność nieraz tak silną, iż oddechu złapać nie może, szczególnie przy ruchach; prócz tego na bóle w podżebrzu prawem i ogólną niemoc.

Rozpoznanie: *Processus atheromatosus aortae et arteriarum periferiсarum. Insuff. valvulae semilunaris aortae, emphysema pulm. subsqu. hypertrophia cordis totius in stadio incompensationis, subsqu. hyperaemia passiva pulmonum, hepatis, renum; ascites, anasarca; ptosis hepatis.*

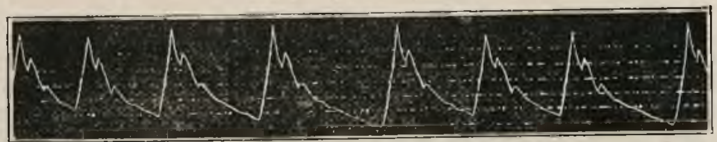
U chorego stosowałem w dniu 30/4 kąpiel o ciepłocie 37°C, w dniu 1/5 kąpiel o ciepłocie 32°C, a w dniu 5/5 kąpiel o ciepłocie 36°C.

Kąpiel na 37° C przez 25 minut.

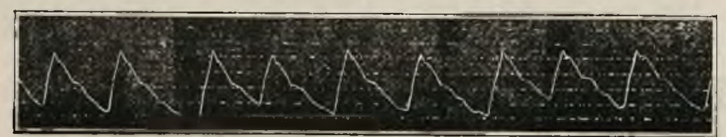
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	80	200—210	27		
w kąpieli					
po 10 min. .	92	180—190	30	+16	—20 Mm.
po 25 min. .	96	180-190	30		
po kąpieli					
po 10 min. .	92	190	26	+12	—10, 20 Mm.
po 30 min. .	88	190	26		
po 60 min. .	88	190—200	28		

Kąpiel na 37° C.

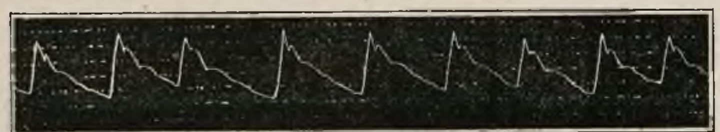
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Kąpiel na 36° C przez 25 minut.

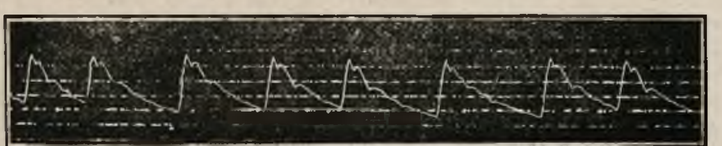
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	72	210	28		
w kąpieli					
po 10 min. .	76	100—200	30	+6	—20 Mm.
po 25 min. .	78	190—200	28		
po kąpieli					
po 30 min. .	76	190—200	28	+4	—20 Mm.
po 60 min. .	76	200	28		

Kąpiel na 36° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

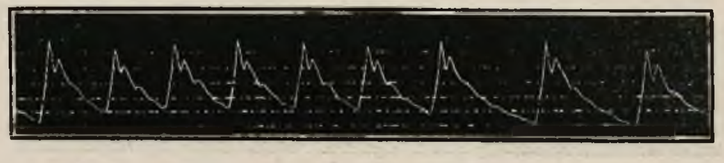


Kąpiel na 32° C przez 25 minut.

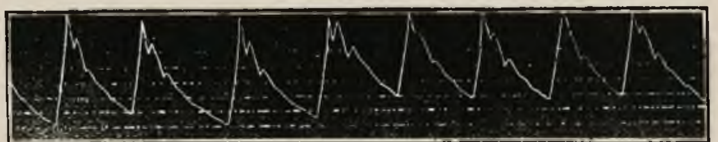
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	84	190	28		
w kąpieli					
po 10 min. .	74	200	26	— 10	+ 10 Mm.
po 25 min. .	76	200	26		
po kąpieli					
po 10 min. .	74	200-210	24	— 12	+20 Mm.
po 30 min. .	72	210	24		
po 60 min. .	72	210	24		

Kąpiel na 32° C.

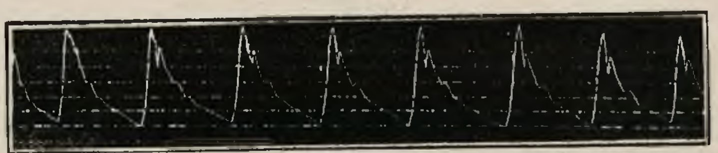
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Po kąpieli o ciepłocie 32° C widzimy zwolnienie ruchów serca, lekkie podniesienie się już, i tak badzo wysokiego ciśnienia krwi i to znaczniejsze po zaprzestaniu zabiegu, — oddechy wolniejsze. Tętno, pierwotnie twarde, staje się jeszcze twardszem i wyższem.

Po kąpieli o ciepłocie 36° C i 37° C widzimy przyspieszenie ruchów serca i obniżenie się ciśnienia krwi, zwiększenie się liczby oddechów. Tętno twarde zmienia się na miększe, tj. wybitne pierwotne fale drugorzędne na ramieniu zstępującem znikają, względnie stają się mniej wyraźne, wysokość fali tętna nieco się obniża.

Ilość dzienna moczu po kąpieli 32° C znacznie się zwiększa, w dniu bowiem przed kąpielą wynosiła 1300 grm. po kąpieli zaś 3000 grm., po kąpielach zaś o ciepłocie 36° i 37° C zmniejsza się; przed jedną kąpielą wynosiła ona 2200 grm. a po kąpieli 1300 grm., przed drugą zaś 1600 grm., a po niej 1300 grm. Chory po kąpielach o ciepłocie 36° C i 37° C czuje się podmiotowo daleko swobodniejszy, duszność mniejsza, po kąpieli zaś o ciepłocie 32° C ulgi tej nie doznaje. (Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Jessen. (Hamburg). **O stosunku objawu Olivera do tętniaków tętnicy głównej i do guzów śródpiersiowych.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 45, 1900). Długi czas utrzymywało się mniemanie, że ruchy krtani z pozorami tętnienia ku dołowi *(Abwärtspulsation)*, pojawiające się, gdy się krtań wysunie ku górze (objaw Olivera), zarówno jak i objaw Cardarelliego, polegający na tętnieniu krtani na bok *(Seitwärtspulsation)* przy przesuwaniu jej na stronę lewą, są nieomylnymi oznakami tętniaka tętnicy głównej. Fränkel poszedł dalej, oświadczając, że te objawy niekiedy wskazują także na istnienie guza śródpiersiowego. Autor opisuje dwa tego rodzaju przypadki, — w pierwszym badanie pośmiertne wykazało tętniaka tętnicy głównej, pomimo nie stwierdzonych za życia objawów Olivera i Cardarelliego, w drugim wszystkie oznaki za życia chorego przemawiały na korzyść tętniaka tem bardziej, że tak objaw Olivera jak i Cardarelliego były wyraźnie zaznaczone; dokonana później sekcya odkryła guz śródpiersiowy. Z tego widać, że jak z jednej strony, pomimo istnienia tętniaka, może zachodzić brak owych charakterystycznych dwóch objawów, — tak z drugiej strony mogą one wcale dobrze towarzyszyć guzom śródpiersiowym; wielkiego więc znaczenia różniczkowo-rozpoznawczego przypisać im nie można, — okoliczność, którą także inni badacze stwierdzili.

Dr. Henryk Pisek.

Paulsen. **Zejście śmiertelne noworodka z krwawiączki** (haemophilia) **wskutek samoistnego krwotoku pępkowego.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 45, 1900). Autor został wezwany do 9-ciodniowego dziecka, cierpiącego na samoistne krwawienie z ucha prawego. W kilka godzin później wystąpiło silne krwawienie z pępka, pokrytego prawidłową ziarniną; wieczorem tegoż samego dnia krwawienie z pępka znowu się powtórzyło i z trudnością się dało zatamować. Następnego dnia rano wystąpiło znowu krwawienie z pępka, wkrótce potem pojawiła się biegunka i wymiociny krwawe, wśród których dziecko zmarło. Autor w przypadku tym wyklucza chorobę Buhla, gdyż nie było sinicy, żółtaczki, obrzęków, ani wybroczyn skórnych; wyklucza kiłę wrodzoną i posocznicę, a jako przyczynę śmierci podaje krwawiączkę. Wstrzykiwanie żelatyny uważa jako jedyny środek zapobiegawczy w tych przypadkach; w swoim przypadku, wskutek sprzeciwiania się rodziny, wykonać tego nie mógł.

P.

Cramer. **Zasady żywienia dzieci w pierwszych dniach życia.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 46, 1900). W pierwszych 3—4 dniach życia traci dziecko na wadze 220—250 gramów; od tej chwili zaczyna go przybywać tak, że już około dnia 10-go wraca do wagi pierwotnej. Jak doświadczenia autora, przeprowadzone na dzieciach w różnej wadze, — wykazują, najwięcej tracą dzieci ciężaru w pierwszych 3-ch dniach przez oddawanie smółki i moczu; od dnia 4-go utrata ta staje się stosunkowo coraz mniejszą. Utrata przez pocenie się podczas wszystkich dni utrzymuje się prawie na tym samym stopniu, tylko u dzieci niedonoszonych jest nieco większa. Przeciwnie, ilość przyjmowanych pokarmów do dnia 3-go jest bardzo mała, od tego zaś dnia coraz bardziej się wzmaga tak, że już dnia 5-go równoważy utratę przez poprzednie dwa czynniki; później przewyższa utratę, wskutek czego dziecko przybywa na wadze. Autor stawia sobie dalej pytanie, czy nie należałoby zrównoważyć utraty w pierwszych 3-ch dniach przez podawanie znacznie większej, a odpowiedniej utracie, ilości pokarmów? Temu jednak staje na przeszkodzie brak zazwyczaj odpowiedniej ilości pokarmu w piersi matki, a więc musielibyśmy się uciekać do karmienia sztucznego. Ponieważ jednak mała ilość pobieranych pokarmów w dniach pierwszych, a nawet brak zupełny pokarmu w dniu pierwszym, zupełnie dziecku nie szkodzi w jego fizyologicznym rozwoju, — dlatego przychodzi autor do przekonania, że nie należy żywić dzieci forsownie w pierwszych 3-ch dniach, ale bez obawy czekać, póki naturalny przypływ pokarmu w piersi matki nie nastąpi. Tymczasem, aby zapewnić sobie niejako większą ilość pokarmu, poleca podawać matce zaraz w dniu pierwszym znaczną ilość pokarmów płynnych, a nawet i stalszych łatwo strawnych; od dnia drugiego radzi podawać obficie pożywienie, sprowadzające pokarm (co autor przez to rozumie, bliżej nie podaje), a nadto często przykładać dziecko do piersi, jako bodziec sprowadzający przypływ pokarmu.

P.

Marx. **Intubacya w praktyce prywatnej.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 46, 1900). Opierając się na 3-ch przyp. z swej praktyki prywatnej, twierdzi autor, że niebezpieczeństwa, na jakie narażonem jest dziecko intubowane, nie są o wiele większe w praktyce prywatnej, aniżeli klinicznej. Z niebezpiecznych przypadków i powikłań jedynie odleżyny i ich następstwa zdają się być w praktyce prywatnej częstszemi. Zdaniem M. stała obecność lekarza jest zbyteczną, gdyż w przeważnej liczbie przypadków jest czasu dosyć, aby go zawezwać. Intubacyę powinni wykonywać tylko tacy lekarze, którzy w potrzebie zdołają natychmiast wykonać tracheotomię. W ocenianiu wartości intubacyi a tracheotomii przemawia M. za pierwszą. Kazuistyka autora jest za szczupłą, aby mogła uprawniać do wyciągania ściślejszych praktycznych wniosków. Przyznaje to zresztą sam autor.

Urbanik.

Zorn. **Przypadek zatrucia formaliną.** *(Münchener med. Wochenschrift,* Nr. 46, 1900). Przypadków tych dotychczas opisano mało. Klüber. *(Münch. m. W.*, Nr. 41, 1900) podaje, jako główne objawy: bezprzytomność, 19-godzinny bezmocz, zaczerwienienie błon śluzowych ust i spojówek, odczyn na kwas mrówkowy w moczu. W przypadku Zorna (również wskutek wypicia przez pomyłkę formaliny około 18 cm. sześć.) objawy były zgoła inne: *sensorium* wolne, przyspieszenie oddechu, tętno małe i częste, zawrót głowy, miąższowe podrażnienie nerek (białkomocz 0·25‰, wałeczki, głównie szkliste i ziarniste), po 24-godzinnym bezmoczu — biegunka. Wobec tego należy objawy zatrucia formaliną uważać jeszcze za nieustalone. Leczenie: przepłókanie żołądka, dyeta, letnie kąpiele, wody alkaliczne. W moczu tym razem nie wykazano kw. mrówkowego.

Z.

Dr. K. Büdinger. **O pokrywaniu braków w czaszce obcą kością.** *(Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 46, 1900). Na podstawie przypadku, spostrzeganego przez 4 lata i zakończonego śmiercią, — po zrobionej sekcyi, dochodzi autor do wniosku, że najlepszym materyałem do pokrywania braków w czaszce jest kość gąbczasta, np. z kości piętowej, bez względu na wiek osoby, z której została wziętą i bez względu na czas, jaki upłynął między chwilą jej wyjęcia a przeszczepienia. W każdym bowiem razie przeszczepiona kość zachowuje się tak, jak ciało obce porowate. Taką kością wypełnił B. dwa otwory w czaszce (powstałe skutkiem gruźlicy), a sekcya po czterech latach wykonana wykazała, że oba były dokładnie wypełnione kością zbitą, zupełnie jak blaszka szklana (lamina vitrea). Otwór trzeci, który autor umyślnie pozostawił własnemu losowi, zmniejszył się tylko częściowo i zasłonięty był błoną z tkanki bardzo zbitej tak, że za życia robiła wrażenie kości.

Herman.

Hitschmann i Lindenthal. **Dalszy przyczynek do patologii i etyologii zgorzeli nagłej** (gangrène foudroyante). *(Wiener klin. Wochenschrift,* Nr. 46, 1900). U zdrowego zresztą mężczyzny podjęto z powodu zesztywnienia stawu łokciowego i zrostu kostnego kości łokciowej z kością sprychową, resekcyę tej ostatniej, a dla zapobieżenia zrostowi kostnemu wsunięto do stawu płytkę celuloidu, odkażoną przez 10-minutowe gotowanie. W parę godzin po operacyi występują bóle w ramieniu, niedokrwienie i znieczulenie palców, ustępujące po zwolnieniu opatrunku, jednak tylko chwilowo. Już bowiem następnego dnia objawy te powracają, skóra przedramienia przybiera zabarwienie sine i obrzęka ciastowato, a z brzegów rany operacyjnej dobywa się ciecz surowicza, pienista. Na trzeci dzień stan ten się potęguje, występuje gorączka. Ponieważ chory nie godzi się na odjęcie kończyny, przeto szerokiemi i długiemi nacięciami otwarto powłoki i przestrzenie międzymięśniowe na ramieniu i przedramieniu, przyczem okazało się, że mięśnie są niedokrewne, woskowej barwy, a w okolicy pierwszej rany operacyjnej czarno zabarwione; z nacięć dobywa się obficie ciecz surowiczo-krwawa, pienista; nigdzie ani śladu ropienia. Na ramieniu tkanki wydawały się zdrowe. W dalszym ciągu pojawia się zapalenie demarkacyjne powyżej przegubu łokciowego, jednakże wobec tego, że i powyżej linii demarkacyjnej pojawiać się poczynają oznaki zgorzeli i stan coraz się pogarsza, chory decyduje się na odjęcie kończyny; kończynę odjęto w dolnej części ramienia, poczem powrót do zdrowia.

Pojawiające się z początku znieczulenie palców i niedokrwienie ich tłómaczą autorowie ustaniem dopływu krwi wskutek tego, że w naczyniach utworzyły się pod wpływem swoistych bakteryi gazy i stąd przy operacyach znaleziono naczynia próżne. Cały obraz kliniczny, brak najmniejszych śladów ropienia dowodzą, że zgorzel nagła niema nic wspólnego ze sprawami zapalnemi, że istotą tej choroby jest pierwotna martwica tkanin i wytwarzanie się gazów, wywołane przez swoisty prątek. Prątek ten, (barwiący się sposobem Grama, względnie bezpowietrzny [anaerob] i rozwijający się jeszcze przy 75° C.) opisywali autorowie już dawniej, jako swoistą przyczynę zgorzeli nagłej. W danym przypadku znaleziono obok niego jeszcze gronkowce złociste, które jednak wobec wytworzonej przez ów prątek martwicy nie mogły już wywołać ropienia.

Przypadek autorów różni się od dotychczas opisywanych brakiem żółtaczki i pewnych objawów ogólnych, jak bredzenia, śpiączki i t. d. Za źródło zakażenia uważają autorowie płytkę z celuloidu, wsuniętą po resekcyi do stawu, sądząc, że zawierała ona

zarodniki prątka zgorzeli nagłej, którychto zarodników 10-minutowe gotowanie zniszczyć nie zdołało. Jakkolwiek przypadek opisany zdaje się być pierwszym, w którym celuloid był przyczyną groźnego zakażenia, to jednak sądzą autorowie, że ten jeden już przypadek mógłby odstraszyć od dalszego stosowania tego materyału w chirurgii, gdyby nie upowszechniło się dokładniejsze jego odkażanie, mianowicie wymoczenie (po dokładnem mechanicznem oczyszczeniu) przez najmniej dobę w 1°/₀₀ sublimacie.

Pod względem leczniczym zalecają autorowie z naciskiem wykonywać w przypadkach zgorzeli nagłej jak najwcześniej odjęcie kończyny; jeżeli bowiem nawet powiedzie się (przez szerokie nacięcia i wstrzykiwania H_2O_2) ograniczyć postęp sprawy, to jednak części, z początku sprawą zajęte, są w każdym razie bezpowrotnie zniszczone; przez odjęcie kończyny nic się więc nie traci, a zyskuje wszystko, zagradzając drogę ogólnemu zakażeniu.

Ze względu na obraz kliniczny i istotę sprawy chorobowej obstają autorowie na zasadzie 7 badanych przez siebie przypadków przy starej nazwie „gangrène foudroyante“ (Maisonneuve), odrzucając, dla uniknięcia wszelkich nieporozumień, niesłuszną nazwę „ropieniec (phlegmone) gazowy“, a godząc się conajwyżej na nazwę „martwica lub zgorzel gazowa“. *Z.*

U l e n h u t h. **Nowy przyczynek do swoistego wykrycia białka kurzego drogą biologiczną.** *(Deutsch. m. Wochenschrift*, Nr. 46, 1900). Zapomocą wielokrotnego podawania białka wewnętrznie i wstrzykiwania do otrzewnej można wywołać wytwarzanie się w surowicy krwi królików takich substancyi, które po dodaniu do białka kurzego (lub gołębiego) wytwarzają strąty. Odczyn ten daje tylko białko jaja, nie daje go zaś żaden inny rodzaj białka. Tym biologicznym sposobem można wykazać białko nawet wówczas, gdy sposoby chemiczne zawodzą; sposób ten nadawać się będzie prawdopodobnie doskonale do odróżniania rozmaitych rodzajów białka. Surowica nie traci swoistego swego oddziaływania na białko nawet po ogrzaniu do 60° C. przez godzinę. *Z.*

H u i s m a n s. **Przypadek śmiertelnego miąższowego krwawienia z okrężnicy.** *(Deutsch. med. Wochschift* Nr. 47, 1900). U 12½-letniego chłopca, u którego już przed rokiem pojawiły się bardzo ciężkie krwotoki jelitowe bez znanej przyczyny, wystąpiły one ponownie obok lekkiej gorączki, nieznacznej tkliwości w okolicy żołądka przy braku wymiotów i wzdęcia. Na tej podstawie przypuszczano wrzód dwunastnicy. Chory zmarł wśród postępującej niedokrewności, a sekcya nie wykryła żadnych zmian w narządach wewnętrznych prócz krwotoku w obrębie kiszki grubej; zresztą przewód pokarmowy od góry aż do zastawki Bauhina krwi wcale nie zawierał i nigdzie nie był zmieniony. W kiszce grubej również nie znaleziono żadnych zmian ograniczonych; cała błona śluzowa zabarwiona czarno, gładka, pod mikroskopem nie okazywała żadnych zmian prócz przepełnienia krwionośnych naczyń włosowatych. Na krwawiączkę *(haemophilia)* nic nie wskazywało. Nie mogąc sobie inaczej przypadku wytłómaczyć, przypuszcza H. w swoim przypadku nietypową plamicę krwotoczną (forme fruste), ograniczającą się tylko do kiszki grubej. *C.*

S a u l. **Przyczynek do morfologii gronkowca białego.** *(Berl. klin. Wochs.*, 1900, Nr. 47). Hodowle kłóte i kreskowe (Stich- u. Strichkulturen) nie dają prawdziwego obrazu morfologicznego rozrostu bakteryi, narzucają mu bowiem z góry sztuczny kierunek. Jedynie do odnośnych badań służyć mogą hodowle płytowe i to z pomocą sporządzonych z nich skrawków drobnowidowych. Tym sposobem posługując się doszedł autor do wniosku, że gronkowiec biały tworzy w stósownych warunkach (czasu i przestrzeni) kolonie, przypominające kształtem pewne kształty roślinne. Jakkolwiek rozmaitość w tym względzie jest wielka, to jednak podstawą morfologiczną kolonij tego drobnoustroju jest rozdwajanie się (dichotomia). Kolonie nie są nieregularnem skupieniem komórek drobnoustroju, lecz jednostką wyższej organizacyi. (Zapatrywanie to wypowiedział już S e r k o w s k i w pracy: „O budowie kolonij bakteryjnych“. *Pam. Tow. l. warsz.* 1899. *Przyp. spr.).* *C.*

Doc. Dr. Lud. K o r c z y ń s k i. **Pogląd na rozwój balneologii polskiej w latach 1887—1899.** *(Pam. Tow. lek. Warsz.* 1900, Zeszyt I.). Przyczyny późnego rozwoju tej gałęzi medycyny upatruje autor w tem, że nie wielu ona miała pracowników i opierać się musi na wielu naukach pomocniczych, które później się rozwinęły. U nas podstawy do rozwoju balneologii stworzył Dietl, za którego staraniem powstała w r. 1858 w Tow. naukowem krak. Komisya balneologiczna. Taka sama Komisya powstała w r. 1876 w Tow. lekarskiem krakowskiem pod przewodnictwem R. Dw. prof. Dra E. Korczyńskiego. — Prace naukowe pojawiają się dopiero w r. 1880, a rozpoczęli je lekarze krakowscy. W tym czasie pojawiają się badania i spostrzeżenia geologiczne, meteorologiczne, uwzględnia się prawa chemii, fizyki i higieny, a rozwój zdrojowisk ochrania i zabezpiecza statutami i ustawą. Piśmiennictwo balneologiczne jest bardzo obszerne, obejmuje bowiem nie tylko prace ściśle lekarskie, ale i wiele nauk pomocniczych; trudno więc lekarzowi praktycznemu wszystkie czytać. Ułatwiają mu to streszczenia. Pierwszym, który się tego zadania podjął był, Dr. Smoleński, docent hidroterapii na Uniw. Jag., który w r. 1887 w rocznikach Szmidta ogłosił najważniejsze szczegóły, odnoszące się do postępu balneologii krajowej. Od tego czasu powstało wiele nowych zdrojowisk i przybyło wiele nowych badań. Jedne z najważniejszych są badania geologiczne na szeroką skalę u nas w celach wprawdzie nafciarskich przeprowadzane, jednak i dla balneologii bardzo ważne. Wyniki tych badań ogłoszone przez Angermanna (1885—1893), Szajnochę, Waltera, Altha, Kreutza i in., zużytkował Szajnocha, którego rozprawę streszcza autor w swej pracy.

Nowoczesne kilkakrotne rozbiory chemiczne wód, dokonane przez Olszewskiego, Stopczańskiego, Radziszowskiego, Trochanowskiego, wykazały wiele ważnych szczegółów, wyzyskanych przy urządzeniu zdrojów. Podobnie ma się rzecz z badaniami bakteryologicznemi. Technikę zdrojową, (napełnianie, korkowanie wód, urządzenia zdrojów i t. p.) opisał szczegółowo Dr. Zieleniewski w pracy: „Rys balneotechniki“. Urządzenie stacyi meteorologicznych i skrzętne badania i spostrzeżenia meteorologiczne dozwoliły poznać warunki klimatyczne różnych miejscowości. Ze zmianą zapatrywań na lecznicze znaczenie klimatu, w którym dziś nie tylko ciepłota, ale i inne czynniki, jak wzniesienie nad poziom morza, stopień wilgotności, kierunek i siłę wiatrów i t. d. bierzemy pod rozwagę, jako środki lecznicze, stacye te oddają nieocenione usługi.

Dziś nie uwzględniamy wyłącznie, jak dawniej, klimatu łagodzącego, ale dwa rodzaje klimatów: klimat działający na ustrój podniecająco, pobudzająco i klimat łagodzący i oszczędzający ustrój. Prace Dorbskiego, Dobieszewskiego, Zieleniewskiego i in. nauczyły nas leczyć klimatem swojskim. Miejscowości karpackie i podkarpackie mają klimat podniecający — miejscowości lesiste i równin — klimat łagodzący. Do piewszych należą Zakopane, Krynica, Rabka, Szczawnica, Zawoja, Bystra, Ojców; do drugich: Grodzisk, Otwock, Niekłań, Sławuta, Birsztany, Druskienniki.

W publikacyach lekarskich widać więcej krytycyzmu i badań klinicznych i doświadczalnych. Z zakresu balneofizyologii mamy prace Skórczewskiego, Smoleńskiego, Kopffa, Chełmońskiego, Kowalskiego; z hidroterapii: Smoleńskiego, Misiewicza, Tyszkiewicza. Z działu balneoterapii streszcza autor prace Dobrzyckiego, Jaworskiego, Latkowskiego, Maleszewskiego, Piątkowskiego i Rejchmana. Dział to najmniej dotąd opracowany. Obszerne za to piśmiennictwo posiada klimatoterapia. Z licznych prac przytacza autor wyniki badań Jaruntowskiego, Goldbauma, Jaworskiego, Sokołowskiego i Biernackiego, a nadto wspomina o pracach Ponikły, Florkiewicza, L. Korczyńskiego i innych. Nie brak także podręczników: Kowalskiego, Pajewskiego, Smoleńskiego, Zieleniewskiego. — Balneografia przedstawia się okazale już to w formie monografij, już to dzieł ogólnych. Z tych ostatnich cennym jest: „Słownik bibliograficzno-balneologiczny zakładów polskich“, opracowany przez Zieleniewskiego. Smutne są losy czasopism, poświęconych sprawom zdrojowisk. Po upadku czasopisma: „Zdrojowiska“, redagowanego przez Dra M. Zieleniewskiego, wychodziła „Krynica“ do r. 1898. W tym roku powstało nowe czasopismo — „Zdrojowiska“ pod redakcyą Dra W. Mikuckiego i W. Doleżana. Pomimo zapału redaktorów, ich energii i starań, pismo to po roku upadło z powodu braku poparcia ze strony zarządów zdrojowych, z których niektóre myślą tylko o napełnieniu własnej kieszeni, nie troszcząc się o dalszą przyszłość. Ustawodawstwo zdrojowe wiele jeszcze potrzebuje poprawek. Po przytoczeniu ustawy zdrojowej z r. 1890, wykazuje autor jej niedokładności i braki i podaje niektóre środki zaradcze. — Praca kończy się przytoczeniem spisu literatury balneologicznej, zawierającego 124 prac. *Dr. Flis.*

F. W i n k l e r. **O dostawaniu się żelaza zawartego w „fersanie“ do ustroju zwierzęcego.** *(Therap. d. Gegenwart.* Październik 1900.). Doświadczenia W. nad zdolnością ustroju wchłaniania żelaza, zawartego w f e r s a n i e, dokonane na białych myszach i świnkach morskich, wydały następujące wyniki: w fersanie zawarte żelazo, połączone organicznie z nukleiną i wprowadzone do ustroju przez przewód pokarmowy, zostaje wchłonięte i jako nieorganiczne połączenie żelaza złożone w wątrobie i śledzionie; przytem zauważono, że więcej żelaza dostaje się w ten sposób do śledziony, niż do wątroby. Wobec tego uważać musimy fersan nie tylko jako przetwór odżywczy, lecz i jako przetwór żelezisty. *R.*

R. A. K a c. **Mowa dziecięca, jako objaw kiły dziedzicznej.** (*Wracz* Nr. 37, 1900). Autor, okulista z zawodu, spostrzegał dwa przypadki, w których jednocześnie ze zmianami w narządzie wzroku (w jednym przypadku rozpoczynający się zanik gałki ocznej, w dru-

gim całkowity zanik nerwu wzrokowego wraz z porażeniem prawego n. odwodzącego) istniało u dorosłych dziewczyn (jedna lat 22, druga 30) zboczenie mowy, polegające na dziecinnem wymawianiu spółgłosek *r* i *l*, oraz na właściwej dzieciom intonacyi głosu. Wychodząc z założenia Fourniera, iż zachowanie cech dziecinnych u dorosłych jest jednym z objawów kiły dziedzicznej, autor u obydwu chorych zastósował leczenie przeciwkiłowe, mimo iż pierwsza chora nie okazywała żadnych innych znamion kiły; u drugiej z nich przeciwnie znalazł autor wybitne cechy kiły dziedzicznej. Pod wpływem swoistego leczenia ciśnienie śródoczne u chorej pierwszej wzrosło i wróciło do normy, wzrok znacznie się poprawił, u drugiej chorej w znacznym stopniu poprawiła się zwrotność gałki ocznej na zewnątrz. Wobec małej ilości spostrzeganych przez siebie przypadków, uważa autor związek między kiłą dziedziczną a omówionem wyżej zboczeniem mowy wprawdzie nie za dowiedziony, w każdym jednak razie bardzo prawdopodobny i z tego względu sądzi, że należałoby zwrócić w tym kierunku baczniejszą uwagę: jeden ten szczegół może niejednokrotnie dopomódz nam w należytem rozpoznaniu, a co za tem idzie, skierować może leczenie na właściwe tory.

Dr. Gliński.

Doc. Kałabin. **Prosty przytrzymywacz nóg.** *(Wracz,* Nr. 41, 1900). W braku stołu operacyjnego i pomocników przy wykonywaniu operacyi na śródkroczu, pochwie, szyjce macicznej i przy wyskrobywaniu macicy itp. używa autor zwykłego stołu podłużnego, który pokrywa czystem prześcieradłem i ceratą i na nim kładzie chorą na grzbiecie w ten sposób, aby pośladki i śródkrocze wystawały nieco poza brzeg stołu; następnie nagina nogi chorej do brzucha, rozstawia je mniej lub więcej, w miarę potrzeby i przeprowadziwszy pod kolanami długie prześcieradło (w razie braku długiego, związuje parę krótkich prześcieradeł razem) przywiązuje końce prześcieradła do nóg stołu po stronie, po której leży głowa chorej. Prosty ten sposób nadaje się szczególniej w praktyce lekarzy prowincyonalnych, którzy bardzo często przy wykonywaniu podobnych operacyi nie posiadają żadnych, lub tylko niedołężnych pomocników.

Dr. Gliński.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Lorenz. **Leczenie padaczki bromipiną.** *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44, 1900). Podając 10% bromipinę w dziennych dawkach 20,00—30,00 34 chorym padaczkowym, nie zauważył autor żadnych szkodliwych wpływów w ogólności, a w szczególności żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego lub łaknienia. Przeciwnie, miesięcznie kontrolowana waga ciała u większości chorych wzrastała, rozstrój nerwowy ustępował, nie mniej i ilość napadów się zmniejszała, — w każdym razie można było stwierdzić korzystne działanie bromipiny. Jeśli się wynik tego leczenia porówna z skutkami, otrzymanymi sposobem Flechsiga (podawanie makowca z bromem), wówczas należy się bromipinie bezsprzecznie pierwszeństwo.

Dr. Henryk Pisek.

Brunner (Triest). **O leczniczej wartości aspiryny.** *(Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 44, 1900). Wiadomem jest powszechnie, że stósowanie salicylanu sodowego, nawet rozcieńczonego, bardzo często wywołuje przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, — kwas zaś salicylowy również jest niedogodny z powodu pojawiającego się po nim szumu w uszach, zawrotu głowy i t. p. Te niedogodności, zarówno jak i znakomite wyniki, ogłoszone przez innych po użyciu aspiryny, skłoniły autora do stósowania tego środka u większej liczby chorych. W najrozmaitszych postaciach (138 przypadków) cierpień stawowych lub mięśniowych, ostrych i przewlekłych, nerwobólach, zapaleniu nerwów, połowiczym bólu głowy i t. p. podawano aspirynę z bardzo dobrym skutkiem. Zwykle otrzymywał chory co 2 godz. 1,00 aspiryny w opłatku, popijając limoniadą; postępowanie to trwało tak długo, aż gorączka zupełnie znikła, lub nie wychodziła poza 37·5, poczem jeszcze przez kilka dni podawano 3,00 aspiryny dzienie. Lżejsze, niepowikłane przypadki gośćca stawowego ustępowały w 5—7 dniach, — obrzęki stawów znikały już w pierwszych 24 godzinach, a bolesność znacznie się zmniejszała; cięższe przypadki dłużej trwały; wyniki jednak były zawsze dobre. Lek ten może być śmiało użyty i u chorych na gościec, mających wadę sercową; — w takich razach należy łączyć aspirynę z kofeiną, według formułki: *Rp. Aspirini 0,50, Coffeini natro-benz. 0,05, D. t. dos. Nr. X S. Co godzinę proszek*, albo: *Rp. Aspirini 0,50, Pulv. fol. Digital. 0,01, D. t. dos. Nr. X S. Co godzinę proszek aż do wystąpienia potów.* Na podstawie więc dotychczasowych bardzo dobrych wyników zaleca autor usilnie w cierpieniach gośćcowych aspirynę, zastępującą w zupełności przetwory salicylowe bez ich niedogodności.

Dr. Henryk Pisek.

Fölkel (Wiedeń). **Doświadczenia lecznicze z „fersanem“.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 44, 1900). W krótkiem streszczeniu nie można podać bardzo zawiłego postępowania w celu pozyskania fersanu; dość powiedzieć, że sporządzony zostaje z krwi wołowej i zawiera całą ilość żelaza i fosforu ciałek czerwonych (erytrocytów) w postaci miałkiego brunatnego proszku. W większości przypadków podawano fersan w mleku (3—16 i więcej łyżeczek dziennie), przyczem cały płyn przybierał barwę kakaową i posiadał przyjemny smak. Autor stósował ten przetwór odżywczy w chorobach żołądka, u osób gruźliczych, niedokrewnych różnego stopnia i t. p., dochodząc do wniosku, że fersan powiększa zawartość hemoglobiny i liczbę ciałek czerwonych krwi, nie mniej także podnosi wagę ciała; — pomyślne te wpływy przypisuje autor wysokiej zawartości fosforu. Z uwagi, że fersan nie ma żadnych istot wyciągowych, stósowano go także z dobrym skutkiem u osób chorych na nerki. Nadmienić wypada, że w żadnym przypadku nie zauważono zaburzeń ze strony żołądka lub jelit; owszem, istniejące objawy zwiotczenia kiszek ustępowały, a łaknienie szybko się podnosiło. Autor zaleca wiąc usilnie fersan, stawiając go, jeśli nie wyżej, to przynajmniej na równi z innymi tego rodzaju przetworami odżywczymi.

Dr. Henryk Pisek.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 44.

1) Przewodniczący odczytuje okólniki nadesłane z Namiestnictwa, tyczące się sprzedaży i zapisywania zakazanych przetworów aptekarskich.

2) Przewodniczący odczytuje okólnik nadesłany z Ministerstwa, a powiadamiający, że w „Oesterreichisches Arztekammer-Blatt“ będą umieszczane wszelkie konkursy i zawiadomienia, tyczące się obsady miejsc dla lekarzy. — Wniosek kol. Piseka, aby Towarzystwo postarało się o to czasopismo, przyjęto.

3) Przewodniczący zawiadamia, że podanie lekarzy okręgowych o odstąpienie im sali na zapowiedziany Zjazd załatwiono przychylnie.

4) Do Komisyi, mającej się zająć zaopiniowaniem i zbadaniem terenu i warunków budowy sanatoryum dla chorych gruźliczych miasta Lwowa, wybrano kolegów: Gluzińskiego A., Stachiewicza i Piseka.

5) Kol. Feuerstein przedstawia przyrządzik z wulkanizowanego kauczuku, ułatwiający pisanie osobom, dotkniętym kurczem pisarskim; stosowanie przyrządu może być pomocnem, zwłaszcza w drżączkowej postaci kurczu. — Obsadkę umieszcza się pomiędzy 2-m a 3-m palcem chorego w najdogodniejszem dlań położeniu, poczem ustala się ją zapomocą pasków z przylepca. Następuje próba pisania; w razie pomyślnego wyniku (znikanie drżączki, zaokrąglanie się kreślonych znaków) zdejmuje się z całości, t. j. z palców, wraz z obsadką, odcisk zapomocą plastycznej masy dentystycznej (t zw. Stains), poczem przygotowuje się odlew gipsowy, na którym modeluje się z wywalcowanej masy odciskowej, 2 listewki biegnące po grzbietowej powierzchni palców, po 2 boczne pół-pierścienie z każdej strony i środkowy mostek, łączący obydwie listewki, a stanowiący zarazem pochewkę obsadki. Według takiego modelu wyrabia technik dentystyczny stały przyrząd (z kauczuku). Przyrząd trzyma się bardzo dobrze, zwłaszcza po wprowadzeniu obsadki do pochewki. Pod względem konstrukcyjnym stoi przedstawiony przyrząd, zdaniem mówcy, o wiele wyżej od używanych dotychczas przyrządów (Duchennea, Nusbauma. Zabłudowskiego i in.

Przedstawienie próbek pisma przed użyciem i po użyciu przyrządu.

Kol. Prus zaznacza, że w leczenia kurczów zawodowych nie wystarczają przyrządy najlepiej nawet pomyślane; ważniejsze znaczenie posiada tu uwzględnienie ogólnego stanu układu nerwowego, jako też leczenie psychiczne; sposoby leczenia wypadło często zmieniać i zastosowywać do okoliczności, ztąd też przyrząd kol. F., jako nowość, może być bardzo przydatnym, tembardziej, że odznacza się on zgrabną budową i lekkością.

Kol. Feuerstein nie przecenia również wartości leczniczej przyrządów; posiadają one bardzo względną wartość; zły przyrząd

nigdy nie sprosta zadaniu; dobry — w wielu razach może być bardzo pomocnym. Przyrządziki, znajdujące się w handlu, nie odpowiadają wymaganiom; okoliczność ta skłoniła twórcę do przedstawienia przyrządziku, prostego w pomyśle i wykonaniu, a przystosowanego ściśle do kształtów piszącej ręki. (Streszczenie własne).

6) Kol. Ballaban: a) Przedstawienie i opisanie preparatów drobnowidowych nabłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej.

U 22-letniej chorej znajdowało się na spojówce gałkowej 4—5 pęcherzyków, wypełnionych przeźroczystym płynem. Wycięta część spojówki, na której te torbiele były umiejscowione, poddana została badaniu drobnowidowemu, które wykazało w tkance podnabłonkowej liczne torbiele, wyścielone nieprawidłowym przybłonkiem, który był miejscami jednowarstwowym, miejscami składał się zaś z kilku warstw. Liczne komórki nabłonka były zwyrodniałe i to częścią rozmiękłe, częścią zaś wypełnione szklistymi złogami, ich protoplazma zaś było zmieniona w postaci gruboziarnistego rozpadu.

W nabłonku spojówkowym znajdują się pomiędzy torbielami pełne czopowate wyrostki, których środkowe komórki zwyrodniały, tworząc małe jamy. Podobnie i w ścianie dużych torbieli powstają małe jamy przez zwyrodnienie środkowych komórek. Tkanka łączna jest prawidłowa i wypełniona tucznemi komórkami Ehrlicha i komórkami plazmatycznemi.

W opisanym przypadku idzie z całą pewnością o torbiele, powstałe w ten sposób, że pełne czopy przybłonka wcisnęły się w tkankę podprzybłonkową, poczem ich środkowe komórki rozpadły się. Komórki te są bądźto rozmiękłe, bądźto wypełnione szklistymi złogami. W ten sam sposób powstały i wielkie torbiele, przyczem musimy przyjąć, że proces wchłaniania wody nie kończy się w nich z chwilą rozpadu środkowych komórek, ale że rozpadłe te masy wchłaniające i nadal ciecz drogą osmozy z tkanki podspojówkowej, wypełnionej obficie limfą. Przypadek ten będzie swego czasu dokładnie ogłoszonym, a jest on niezbitym dowodem, że wbrew istniejącemu dzisiaj przekonaniu, mogą powstawać torbiele w spojówce gałkowej, a zatem i na innych częściach ciała, bez współudziału gruczołów, a li tylko ze zwyrodniałych komórek nabłonka. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają głos koll.: Kadyi, Krzyszkowski i prelegent.

b) O „związku przyczynowym chorób oka z chorobami ustroju," (krótki szkic rzeczy, która obszerniej drukiem będzie ogłoszoną).

Dr: J. Krzyszkowski, sekretarz.

* * *

VII. **XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.**

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Ciąg dalszy).

Mignon i Sieur (Paryż): *O żylakach sznurka nasiennego i przyjądrza.* Cierpienie to występuje w postaci okrągłego albo wrzecionowatego guza, otaczającego sznurek nasienny, przechodzącego na przyjądrze, nie dosięgającego jednakowoż nigdy jego głowy. Guz jest podatny, czasami miękki, czasami twardy i pod działaniem takich wpływów, jak uciążliwe marsze, pobudzenie płciowe i t. d., zmienia swoją objętość tak dalece, że daje często przy badaniu złudzenie drugiego jądra, które w następstwie cierpienia bywa nieco mniejsze i miększe. Czynność płciowa bywa niezmienioną. Drobnowidowo guzek taki przedstawia obraz jamistego naczyniaka *(Angioma cavernosum).* Cierpienie opisane pomięszać można z gruźliczem zapaleniem przyjądrza, od którego różni się 1) umiejscowieniem, 2) zmiennością kształtu, 3) zachowaniem w dobrym stanie sznurka nasiennego i gruczołu krokowego, 4) brakiem obciążenia gruźliczego. Leczenie polega na spokoju, unikaniu pobudzeń płciowych, noszeniu wieszadła *(suspensorium).* W razie zaostrzenia sprawy polecić należy kąpiele i okłady wysychające.

Mauclaire (Paryż): *Dalsze wyniki leczenia gruźlicy jądra i przyjądrza zapomocą przecinania sznurka nasiennego.* Wyniki leczenia tego cierpienia, osiągnięte w 18-stu przypadkach, dzieli prelegent na dobre, zadawalniające i złe. Dobre wyniki w trzech przypadkach, w których nie było jeszcze zropienia i przetok, polegały na zaniku gruźliczo zmienionego jądra i przyjądrza, które stwardniały i stały się zupełnie niebolesnymi. W dwóch wspomnianych przypadkach ustąpiło także cierpienie gruczołu krokowego. Za zadawalniające wyniki uważa także, jeżeli zanik jądra i przyjądrza postępuje powoli, a zupełne wyleczenie następuje dopiero po 4 miesiącach i to po poprzedniem wytworzeniu się przetoki. Jedna trzecia część jego przypadków dała mu wyniki złe, polegające na zropieniu jądra, przyjądrza i przeniesieniu się sprawy chorobowej na osłonki. Długotrwające przetoki zmuszają w tych przypadkach do następowych zabiegów. Zabieg sam jest prosty i łatwy, — nacięcie moszny powinno być o ile możności jak najmniejsze, a to celem uniknięcia krwiaków.

Carlier (Lille): *O wynikach przecinania sznurka nasiennego.* Mówca podnosi, że zanik jądra u osobników powyżej 50-ciu lat, pomimo przecięcia całego sznurka nasiennego, bywa bardzo powolny, tak, że często po dwóch latach zmiany bywają bardzo małe, podczas gdy u osobników młodych przecięcie i podwiązanie samej tylko tętniczki nasiennej wywołuje gwałtowny zanik jądra. Przyczyna tego tkwi, zdaniem mowcy, albo w niedostatecznem krążeniu ubocznem u młodych osobników, albo w tem, że młode jądro potrzebuje do swego odżywienia więcej krwi, niż jądro osobników starych.

Nanu (Bukareszt): *O skręceniu sznurka nasiennego.* Mówca opisuje rzadki przypadek skręcenia sznurka nasiennego, w którym wyciął jądra wraz ze sznurkiem nasiennym. Trudność rozpoznawcza w danym przypadku tkwiła w tej okoliczności, że brakowało zboczeń w położeniu jądra, jak to miało miejsce w ogłoszonych dotychczas przypadkach, w których znajdowano jądro w przewodzie pachwinowym. Przyczynę skręcenia w swym przypadku upatruje w nieprawidłowościach, towarzyszących sprawie zstępowania jądra.

Frank (Chicago): *O zakładaniu przetoki pęcherzowo-odbytniczej.* Mówca wykonał w roku 1899 szereg doświadczeń, wszczepiając bądź to jeden, bądź to obydwa moczowody do odbytnicy i badając następowo zmiany w nerkach. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach stwierdził następowe zakażenie nerek, przeto przeprowadził drugi szereg doświadczeń, w których zakładał przetokę pęcherzowo-odbytniczą i badał następowo nerki, które w tych przypadkach nie ulegały zakażeniu. Zabieg ten poleca nietylko w przypadkach wynicowania pęcherza, ale także w przypadkach, w których wskazanem jest założenie przetoki nadłonowej. Do zabiegu używał swego guzika z odwapnionej kości.

Delagénière (Le Maus): *Przypadek wynicowania pęcherza, wyleczony metodą operacyjną Trendelenburga.* Podana metoda dawała mówcy przez długi czas tylko złe wyniki; obecnie jednak przedstawia dziecko, u którego udało mu się metodą Trendelenburga uzyskać zupełnie dobry wynik tak, że i zdolność czynnościowa zwieracza pęcherza jest doskonała; w przypadku tym wykonał siedm następowych zabiegów.

Gérard (Berno): *O radykalnej operacyi przepuklin pachwinowych.* Ponieważ dotychczasowe metody nie dawały mu dobrych wyników w przypadkach bardzo wielkich przepuklin pachwinowych skośnych, gdzie przewód pachwinowy zmieniony był w jeden wielki otwór, a także w przypadkach nawet niezbyt dużych przepuklin pachwinowych prostych, przeto zastosował modyfikacyę metody operacyjnej Bassiniego w 543 przypadkach, przeważnie przepuklin dużych, z bardzo dobrym wynikiem, gdyż miał tylko 8 nawrotów i to cztery spowodowane pooperacyjnem ropieniem rany. Zmieniona przez niego metoda Bassiniego przedstawia się jak następuje: 1) przecięcie powięzi mięśnia skośnego brzucha i otwarcie przewodu pachwinowego w całej jego długości; 2) wyosobnienie, podwiązanie i odcięcie worka przepuklinowego i odprowadzenie kikuta; 3) zeszycie (według Bassiniego) brzegów mięśnia skośnego wewnętrznego i poprzecznego; 4) dachówkowate ułożenie obu płatów powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. Górny brzeg przyszywa się nad łukiem udowym, dolny do podstawy górnego.

Schwartz (Paryż): *Wyniki radykalnej operacyi przepuklin pachwinowych i udowych, połączonej z plastyką mięśniową.* Mówca opisuje swoją, już w roku 1893 ogłoszoną metodę, polegającą na tem, że po wysokiem podwiązaniu i obcięciu worka przepuklinowego, nacina się przednią ścianę pochwy mięśnia prostego i wycina się z niego płat podstawą u dołu. Płat ten ściąga się ku dołowi i wytwarza się z niego przednią ścianę przewodu pachwinowego, przyszywając go u góry do mięśnia skośnego wewnętrznego, u dołu zaś nad łukiem udowym. Przy przepuklinach udowych otwiera pochewkę mięśnia przyciągającego średniego *(adductor medius)*, wycina z mięśnia płat z podstawą u góry, który przyszywa nad łukiem udowym i do tkanki na wewnątrz od żyły udowej. Od roku 1893 operował w ten sposób 63 przepuklin pachwinowych i udowych. Na 50 przypadków, które później oglądał, tylko jeden dostał nawrotu po upadku ze schodów. Czas spostrzegania wynosi 7—2 lat.

Tomasz Noriega (Meksyk): *Leczenie przepuklin zapomocą wstrzykiwań płynów, wywołujących zbliznowacenia.* Na podstawie

23 przypadków, leczonych wstrzykiwaniami i uciskającemi pelotami, dochodzi mówca do następujących wniosków: 1) wstrzykiwanie *extracti fluidi hydrast. canad.* daje zupełnie zadawalniające wyniki; 2) wstrzykiwania te mogą doprowadzić do radykalnego wyleczenia przepuklin; 3) wstrzykiwania te są wskazane tylko przy jednostronnych przepuklinach pachwinowych małych, albo średnich rozmiarów; 4) przy dużych przepuklinach wstrzykiwania mogą doprowadzić jedynie do wstrzymania dalszego ich powiększania się.

Biondi (Siena): *Nowa metoda umocowywania nerki wędrującej.* Skreśliwszy ujemne strony dotychczasowych metod, przedstawia prelegent swoją metodę, polegającą na odsłonięciu nerki, odprowadzeniu jej w jej właściwe położenie i przytrzymaniu w tem położeniu zapomocą długiego pasu gazy, przeprowadzonego przed nerkę w ten sposób, że kilka jego skrętów otacza ją od zewnątrz ku wewnątrz. Koniec pasu wyprowadza otworem, pozostawionym w dolnym kącie rany. Po 7—8 dniach, gdy nerka jest już dokładnie umocowaną, wyciąga pas gazy, a zupełne wyleczenie osiąga się w przeciągu 20 dni. Operował w ten sposób 13 razy, a zawsze z dobrym wynikiem. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Na dzień 15 grudnia b. r. o godzinie 10 rano zostało zwołane posiedzenie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Porządek dzienny:

1. Sprawozdanie z czynności Wydziału. — Prezes Dr. Festenburg.
2. Zaprowadzenie przy Izbie Kasy pożyczkowo-zapomogowej. — Ref. Dr. Lechowski.
3. Wnioski członków.

Dr. Festenburg.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Dziewięć lat mija, odkąd zwołana przez Wydział krajowy, wskutek uchwały Sejmu z dnia 24-go listopada 1890 ankieta, mająca na celu postawić wnioski w sprawie doprowadzenia zakładu kulparkowskiego do stanowiska odpowiadającego celom humanitarnym i przepisom nauki lekarskiej, oświadczyła się za konieczną potrzebą zbudowania drugiego krajowego zakładu dla umysłowo chorych, w zachodniej części kraju. Wydział krajowy licząc się z ówczesnemi siłami materyalnemi kraju uchwalił na razie pominąć to oświadczenie się ankiety, uczynione na wniosek jednego jej członka, obecnie już nieżyjącego, radcy rządu Dra Gaustera, dyrektora krajowego dolno-austryackiego zakładu dla obłąkanych w Wiedniu, a przedstawić Sejmowi tylko wniosek co do rozszerzenia zakładu kulparkowskiego. Zarazem rozważał Wydział krajowy projekt, podany przez prof. Dra Żuławskiego, rozszerzenia krakowskiego oddziału dla umysłowo chorych przez dobudowanie małego pawilonu dla szałowych. Budowę tego ostatniego pawilonu uznała ankieta za konieczną, gdyż umieszczanie chorych szałowych w celkach głębokich suteryn krakowskiego pawilonu musiała z natury rzeczy najkategoryczniej potępić; skoro atoli przy projektowaniu takiego pawiloniku okazały się koszta jego budowy dość znaczne, przeto zaniechał Wydział krajowy tej myśli, tembardziej, że inspektor szpitali krajowych, Dr. Stella Sawicki, po zbadaniu sprawy na miejscu oświadczył, że obecne separatki dla szałowych w zakładzie krakowskim dadzą się kwotą około 9.000 złr. zupełnie odpowiednio urządzić. Tak więc chwalebny projekt prof. Żuławskiego, natchniony ścisłem poczuciem ludzkości względem tych, których już zamierzchła starożytność zwała najnieszczęśliwszymi z ludzi, poparty gorąco przez ankietę, złożoną z ludzi światłych i zawodowców, upadł, w skutek czego, jak wówczas, tak i dotąd, trzeba umieszczać szałowych w półpiwnicach zimnych, bo na północ wystawionych i nie ogrzewanych centralnie. To pominięcie słusznych żądań krakowskiego prymaryusza i ankiety, było pierwszym dowodem pewnego rodzaju niechęci względem słusznych domagań się i potrzeb Krakowa, a z nim zachodniej części kraju. Od czasu zwołania ankiety postarano się o rozszerzenie zakładu kulparkowskiego zrazu o 12 łóżek, później, bo w roku 1897, o 80 łóżek, przez stosowne dobudowy; natomiast o budowie nowego zakładu w zachodniej Galicyi, lub przynajmniej o rozszerzeniu obecnego pawilonu w Krakowie, prawie zapomniano, albowiem chociaż poseł miasta Krakowa radca dworu prof. Dr. Jordan w dwóch swych sprawozdaniach sejmowych (od czasu 1 grud. 1897 do 30 listop. 1898 i od 1 grud. 1898 do 31 paźdz. 1899) domaga się przygotowawczych w tym względzie czynności, względnie budowy schroniska dla 500 nieuleczalnych obłąkanych, obok utrzymania zakładów obecnych w Krakowie i Kulparkowie, to Wydział krajowy pomija te żądania zrazu milczeniem, aż nagle przywozi w jesieni r. b. inspektor szpitali, Dr. Stella Sawicki, do Krakowa wieść iście hiobową, że Wydział krajowy postanowił znieść do lat trzech zupełnie krakowski oddział dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza. Tak więc Kraków, żyjący tylko dalekiemi wspomnieniami minionej swej świetności, ma być pozbawiony w zupełności tego, co posiada już z chlubą swą od r. 1679, dodaję z chlubą, gdyż prof. Obersteiner w Wiedniu, pisze w świeżo wydanej rozprawce[1]): „als die ältesten Irrenanstalten Oesterreichs nennt die Chronik die Irrenabtheilung der Allgemeinen Krankenanstalt der barmherzigen Brüder in Görz und die Irrenabtheilung des St. Lazarus Spitales in Krakau. Die Gründung der Ersteren erfolgte im Jahre 1656, die der Letzteren im Jahre 1679.“

Wiadomość o zamierzonem zniesieniu oddziału dla obłąkanych w Krakowie jest nadto ważną, by ją pominąć milczeniem i narazić w przyszłości na dotkliwe następstwa zniesienia przedewszystkiem ubogą ludność Krakowa i jego okolicy, dla tego też pozwalam sobie sprawę tę szerzej i publicznie omówić.

Niema chorób, któreby tak niezbędnie wymagały leczenia poza domem chorego, w stosownym zakładzie, jak choroby umysłowe. Oddanie takiego chorego do zakładu samo jako takie już jest, jak słusznie twierdził wielki psychiatra francuzki Esquirol, leczeniem. Wiedzieli już o tem starożytni znamienici lekarze, jak Asklepiades (140 przed Chr.) Cornelius Celsius (czasy Augusta), wreszcie głośny Marcus Caelius Aurelianus, który pierwszy marzył o systemie „non restraint,“ t. j. sposobie bezprzymusowego (bez kaftanów) traktowania obłąkanych. Nic też dziwnego, że skoro po długich wiekach przesądu wiary w czary i opętania przez dyabła, dzięki śmiałemu wystąpieniu Pinela przed stuleciem w obronie obłąkanych, poczęto patrzeć na nich nie, jako na zbrodniarzy i opętańców[2]), lecz jako na chorych, zrozumiano wraz z rozwojem odnośnej gałęzi sztuki lekarskiej należycie potrzebę ich leczenia w stosownych, do celu zastosowanych zakładach.

Nie zamierzam tu wcale rozwodzić się długo nad jakością i użytecznością różnych rodzajów zakładów dla obłąkanych; wspomnę tylko, że był czas, kiedy uważano pod każdym względem za wskazane budować zakłady dwojakie: jedne dla obłąkanych uleczalnych, zakłady lecznicze, oraz inne — dla chorych nieuleczalnych. Atoli wkrótce przekonano się, że taki rozdział nie jest koniecznie korzystny i praktyczny, przeto złączono z czasem dwie te kategorye zakładów dla leczenia i opieki nad obłąkanymi (Heil und Pflege

[1]) „Die Privatirrenanstalten“ w Dra A. Tilkowskyego: „Das öffentliche Irrenwesen in Oesterreich.“ Wien 1900.

[2]) którym wedle słów H. Sienkiewicza (Krzyżacy) przydają się raczej „ciemna izba i batogi.“

Anstalten). Jakkolwiek złączenie to dwojakich zakładów w jedną całość trzeba ze stanowiska nauki uważać za najwięcej odpowiadające celowi, to jednak względy ekonomiczne przeważają szalę na korzyść rozdziału tych zakładów na zakłady lecznicze i przytuliska dla nieuleczalnych, albowiem tak budowa przytulisk, jak i administracya, oraz koszt utrzymania w nich, są bezwzględnie tańsze. Oprócz umieszczania chorych nieuleczalnych w zakładach lub przytuliskach, rozwijają się na zachodzie Europy pomyślnie tak zwane kolonie obłąkanych, którzy pod odpowiednim nadzorem, zdala od zgiełku miast, zajęci są przy wielkich gospodarstwach rolnych. Na wzmiankę zasługuje także tak pomyślnie w miejscowości Gheel w Belgii zastosowane oddawanie obłąkanych na opiekę rodzin (familiäre Verpflegung), którym w zamian za utrzymanie pomagają oni wśród pracy. Ten ostatni sposób opieki nad obłąkanymi może być tylko w wyjątkowych krajach i miejscowościach zastósowany. (C. d. n.)

• • •

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 6 grudnia 1900.

* W ostatniej chwili otrzymujemy następującą, ważną dla mieszkańców Krakowa, wiadomość:

„Badanie bakteryologiczne wody, otrzymanej z przepłókiwanych rur, wykonane przez prof. Bujwida w Zakładzie dla higieny, wykazało, że już teraz woda jest prawie zupełnie czystą. Liczba bakteryj jest bardzo mała (30 na 1 cnt. sz.).

W poniedziałek rozpocznie się systematyczne badanie próbek wody z różnych hidrantów, przed oddaniem wody do użytku mieszkańców Krakowa“.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano Doc. Dr. Ignacego Lembergera członkiem czynnym Towarzystwa. Po załatwieniu spraw administracyjnych demonstrował Dr. Gliński rzadki okaz anatomiczny, a następnie Doc. Baurowicz i Dr. Lewkowicz wypowiedzieli zapowiedziane odczyty.

* Piętno społeczno-sanitarne, wyciśnięte na programie IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, nie pozostaje bez skutku; we Lwowie wskrzeszono »Towarzystwo przyjaciół zdrowia« z szerokim programem o zakroju higienicznym. Przewodniczącym wybrano radcę Dr. J. Merunowicza, zastępcami Drów profesorów: Bądzyńskiego i Szpilmana. Wydział ukonstytuował się, powołując na skarbnika p. Sklepińskiego, na sekretarza Dr. E. Piaseckiego. Skład Wydziału daje rękojmię, że potrafi on wciągnąć do tego zbawiennego dzieła całe społeczeństwo. Szkic programowy obejmuje walkę z alkoholizmem, higienę szkół i wychowania fizycznego, szerzenie zasad higienicznych drogą piśmiennictwa popularnego itd.

* W preliminarzu wydatków na r. 1901 uchwalił Wydział krajowy na potrzeby sanitarne następujące kwoty: koszta leczenia 2.380.000 kor. (w porównaniu z r. 1900 więcej o 280.000 kor.); koszta szczepienia 156.000 kor. (mniej o 10.000 kor.), wydatki sanitarne 99.200 kor. (więcej o 10.000 kor.).

* Kalendarz lekarski krakowski pod nową redakcyą Dra Edwarda Grażyńskiego opuścił prasę i znajduje się na półkach księgarskich. Wydawnictwo tego kalendarza posiada już ustaloną renomę dla swych zalet zewnętrznych i bogatej treści informacyjnej; dowodem, że ta korzystna opinia nie jest odosobnioną, jest absolutne wyparcie kalendarza niemieckiego na całym obszarze Galicyi. W części lekarskiej znajdą odbiorcy poradnik, ułożony przez wytrawnych specyalistów; do rubryk nowych należą 2 działy: 1) »Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach i ważniejsze zabiegi chirurgiczne«, przez Dr. S. Drobę i 2) »Spis środków lekarskich oficyalnych i ważniejszych nieoficyalnych, wraz z podaniem ich cen, sposobów stósowania i dawkowania« — przez mag. farmacyi Stan. Hoffmana. W dziale informacyi ogólnych znajdujemy świeżo zaprowadzony, a bardzo pożyteczny wykaz opłat od listów, telegramów itd.

Doborem informacyi, sumiennem i umiejętnem obrobieniem części lekarskiej, Kalendarz krakowski wyrobił sobie nietylko ustaloną dobrą opinię, ale stał się istotną potrzebą śród działalności zawodowej lekarza Nowa redakcya w niczem nie uszczupliła treści, a nawet, w miarę rozwoju stosunków i nauki lekarskiej, rozszerzyła i pogłębiła niektóre działy tego pożytecznego wydawnictwa.

* Egzamin fizykacki złożyli we Lwowie Drowie: Eugeniusz Ozarkiewicz i Adam Szulisławski.

* Prof. Dr. Adam Czyżewicz zrzekł się stanowiska zastępcy dyrektora szpitala powsz. we Lwowie.

* W Budapeszcie położono kamień węgielny pod sanatoryum dla suchotników, poświęcone pamięci cesarzowej Elżbiety.

* Wydział lekarski w Wiedniu wybrał następujących kandydatów na katedrę chirurgii, opróżnioną przez śmierć prof. Alberta: większość proponuje *primo adque unico loco* prof. Eiselsberga z Królewca; mniejszość zaś: *1-mo loco* prof. Nicoladoniego z Gradcu, *2-do et aequo loco* prof. Eiselsberga i Hochenegga

Mianowania i odznaczenia. Prof. Siemerling obejmuje katedrę kliniki psychiatrycznej w Kilonii i wykładać będzie sądową psychiatryę. Dr. de Bovis mian. prof. klin. ginekol. w Reims. Dr. C. K. Wenckelbach mian. został prof. med. wewn. w Groningen.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Sieradzki zmarł d. 1 b. m. we Lwowie, licząc lat 54. Urodził się w Krakowie, gdzie odbył nauki gimnazyalne i uniwersyteckie. Jeszcze w czasach studenckich pełnił obowiązki asystenta przy katedrze zoologii (1870—71), następnie był lekarzem pomocniczym na oddziale chorób wewn. szpitala św. Łazarza (1871—72). W r. 1873 otrzymał dyplom doktora medycyny, poczem wyjechał za granicę, poświęcając swój czas nauce o chorobach dzieci. W r. 1875 osiadł we Lwowie, gdzie po 25-letnim zasłużonym żywocie dokonał życia. Wydał w r. 1877 rozprawę p. t.: »Nauczyciel wobec nagłych wypadków chorobowych u dzieci«. Dr. Mieczysław Lurje zmarł w Moskwie, licząc lat 26. Dr. Pawłowski, wychodźca, zmarł w Creusot, licząc lat 84. Prof. Quinlan w Dublinie. Prof. chirurgii Brosseau w Montreal. Dr. Deroide, prof. farmacyi. zmarł w Lille. Dr. Józef Górny zakończył życie w Mur. Goślinie, licząc l. 46.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 48.: Dr. Brochochiego T.: Nowe leki resadol i hedonal. Wagnera Br.: Przypadek obustronnego wycięcia części szyjowej nerwu współczulnego przy jaskrze. Stróżewskiego K.: O wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego. W *Medycynie* Nr. 48.: Dr. Krausego L.: Wyłuszczenie kończyny górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka. Dr. Helmana: Kilka uwag o roli lasecznika zielonej ropy w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrz. i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy zielonej wogóle (c. d.). W *Kronice Lekarskiej* Nr. 22.: Sadkowskiego H.: O wpływie półkul mózgu na odruchy rdzenia. Dr. Zawadzkiego J.: Lekarz jako biegły przed sądem (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Doc. Korczyński L.: Kilka uwag ogólnych o leczeniu zdrojowem i klimatycznem. (Odbitka z *Medycyny*).

— Dr. Sonnenberg E.: Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki. (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, 1900).

— Dr. Spira R.: O wstrząśnieniu błędnika usznego. (Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego*, 1900).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXIX. Kraków, 15 Grudnia 1900. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O wrzodach twardych, umiejscowionych poza częściami rodnemi, wraz z opisem przypadku wrzodu twardego na palcu u ręki

podał

Dr. Władysław Żydłowicz

b. asystent kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wrzody twarde, umiejscowione poza częściami rodnemi, nie należą do rzadkości: spotykamy je zwłaszcza w oddziałach i klinikach wenerycznych dość często, ale na pewnych, że się tak wyrażę, uprzywilejowanych miejscach. Najczęściej wydarzają się u kobiet na sutku i brodawce, na wargach u płci obojga i u dzieci. Że zakażenie kiłowe tą drogą jest częste, łatwo wytłómaczyć. Mamka, karmiąca dziecko, mające kiłę warg, języka lub migdałków, lub kobieta, karmiąca chwilowo „z grzeczności“ dziecko sąsiadki, dotknięte temi zmianami, łatwo nabawić się mogą kiły pierwotnej na brodawce, na której w czasie karmienia znajdują się często przeczosy. Kobieta zę zmianami kiłowemi na sutkach może w czasie karmienia przenieść kiłę na dziecko, u którego wówczas wytwarza się wrzód twardy na wardze. W ten sposób powstają najczęściej wrzody twarde na wargach u niemowląt; u dorosłych w tem miejscu powstać mogą albo bezpośrednio przez pocałunek z osobą, dotkniętą zmianami kiłowemi warg lub jamy ustnej, albo pośrednio przez używanie wspólne nieobmytych naczyń, najczęściej szklanek, kieliszków, łyżek lub fajek i cygarniczek, używanych poprzednio przez dotkniętego kiłą. W podobny sposób chory robotnik w fabryce szkła zakaża swych towarzyszy za pośrednictwem rurki, służącej do wydymania szkła. Warga dolna częściej jest furtką dla jadu, niż górna, raz — że przeczosy na niej bywają częstsze, powtóre — że przy namiętnym pocałunku warga dolna często ulega skaleczeniu.

W innych okolicach wrzody twarde rzadko napotykamy. Każda okolica ciała ludzkiego, dostępna dla jadu kiłowego, może być miejscem usadowienia się wrzodu twardego, jeśli jest pozbawioną naskórka, względnie nabłonka i rzeczywiście też obserwowano kiłę pierwotną w różnych miejscach, a piśmiennictwo włącznie ze statystyką tych przypadków jest bardzo bogate. Niechcąc nużyć umysłu czytelnika liczbami, wspomnę tylko, że prócz najczęstszych, o których wspomniałem, spostrzegano je na skórze głowy (o jednym przypadku na łysinie u starca opowiadał mi ś. p. profesor Rosner), policzku, brodzie, skrzydle nosowem, w jamie nosowej, na języku, migdałkach (u nas dość częste), na skórze szyi (zmienionej przez wyprysk opisał Stern), na powiekach, spojówce gałki ocznej, na tułowiu, sutku u mężczyzn, na brzuchu, w okolicy części rodnych, na udach, pod kolanem, na palcach u rąk i t. d. Zadalekoby mnie zaprowadziło, gdybym chciał przytaczać, w jaki sposób do zakażenia pozapłciowego przyjść może; krótko tylko nadmienię, że zakażenie może być bezpośrednie lub pośrednie, że w wielu przypadkach nie możemy dojść, w jaki sposób do niego przyszło, w końcu, że poważna część tych przypadków ma przecież źródło w popędzie płciowym Wszak namiętny całus jest wynikiem pobudzenia płciowego, a gdy jedna z płci jest kiłą dotknięta, łatwo ta druga zarazić się może i w ten sposób ciężko chwilową przyjemność okupić. U niektórych znów osobników, tak mężczyzn, jak i kobiet, występuje przed spółkowaniem lub podczas niego niepohamowana chęć kąsania, gdzie się da: są to osobniki ze zboczonym popędem płciowym, kąsają dlatego, by siebie lub stronę przeciwną podniecić. Nierzadko mężczyzna sam doprasza się o taką podnietę, to znów kobieta z własnego popędu wyrządza mu tę nieproszoną przysługę. I tą drogą do zakażenia pozapłciowego przyjść może. Opisany sposób podniecenia płciowego uważać należy za miniaturową edycyę morderstwa z lubieżności, o którem niedawno pisał Wachholz w *Przeglądzie Lekarskim*.

Wspomnieć tu należy o wrzodach twardych na częściach rodnych u niemowląt, nabytych przy obrzezaniu za pośrednictwem noża lub warg operatora, który po odcięciu napletka ssie ranę, by w ten sposób krwotok zatamować. Również znane są przypadki kiły pierwotnej na częściach rodnych u niemowląt i nieletnich, nabytej przez zaspokajanie na nich chorobliwego popędu płciowego przez dorosłych płci obojga. Zaliczamy je do pozapłciowych z tej przyczyny, że znajdują się na częściach rodnych u osobników, niezdolnych jeszcze do spółkowania.

Spółkowanie *per os et anum* może jad kiłowy w tych miejscach zaszczepić i wywołać wrzód na języku, wardze lub w okolicy odbytu.

Tak więc, jakkolwiek zdanie Hufelanda: *„unicum prophylacticum mali venerei est abstinentia a bono venereo“* dzisiaj nie wytrzymuje krytyki, to przecież dużo w niem prawdy.

W pracach autorów znajdujemy wzmiankę o przypadkach zakażenia kiłą za pośrednictwem przyrządów, najczęściej zgłębników i cewników, wprowadzonych choremu przez lekarza. Dzisiaj zakażenie tym sposobem, gdyby się wydarzyło, chyba do białych kruków zaliczyćby należało. Natomiast jeszcze i dzisiaj jest możliwem zakażenie za pośrednictwem tak często używanej w praktyce laseczki azotanu srebrowego, gdyż przetwór ten jadu kiłowego nie niszczy. Wiedząc o tem, nie powinniśmy się posługiwać tą postacią leku; zamiast laseczki używać należy zgęszczonego rozczynu azotanu srebrowego i pędzelka, sporządzonego z waty, na-

winiętej na końcu drewnianego patyczka, który po jednorazowem użyciu zniszczyć należy. Posługiwania się pędzelkiem szczecinowym przy wprowadzaniu leków na spojówkę oddawna zaniechano, odkąd używamy do tego celu zakraplaczy. A przecież przed czterema jeszcze laty widziałem w krakowskiej klinice wenerycznej chorego z wrzodem twardym na spojówce gałki ocznej (przypadek opisany przez Reissa), którego się nabawił przy sposobności leczenia jaglicy, na którą cierpiał, — w jednym ze szpitali, nieidących z postępem wiedzy — z największem prawdopodobieństwem za pośrednictwem wspólnego pędzelka szczecinowego.

Do rzadkich należą wrzody twarde na palcach. Bloch na 93 przypadków wrzodów pozapłciowych przytacza pięć (z tych 2 u położnych), Protzek na 93 — tylko dwa (obydwa u położnych), Krefting na 539 — 4 przypadki. Że lekarze i położne mają łatwą sposobność do nabawienia się tą drogą kiły, pochodzi stąd, że do nie tak dawna było w zwyczaju w praktyce prywatnej badanie palcem chorych lub rodzących kobiet, bez poprzedniego oglądania części rodnych. Lekarz lub położna, nie chcąc chorej narażać na rzekomy wstyd, narażał się na niebezpieczeństwo zakażenia jadem kiłowym, gdy badana kobieta miała wrzód twardy, lub kłykciny sączące na częściach rodnych, a na palcu badającego był choćby nieznaczny przeczos (najczęściej od zanogcicy). W razie zakażenia tą drogą po upływie kilku tygodni powstaje na palcu wrzód twardy. Ile kobiet ciężarnych lub rodzących, badanych przez położną z wrzodem twardym na palcu, zarazić się może kiłą, — łatwo sobie wyobrazić. Wydarzało się już, że jedna położna wszczepiła w ten sposób kiłę znacznej liczbie kobiet, a te potem chorobą tą obdarzyły mężów. Znane też są przypadki wrzodu twardego na palcu u lekarzy, którzy się przypadkowo okaleczyli przy wycinaniu kiłowej twardzieli. W takim przypadku natychmiastowe wypalenie miejsca okaleczonego termokauterem może zapobiedz zakażeniu, jak to sam na sobie miałem sposobność stwierdzić. Operowanie w dalszym ciągu, gdy palec został choćby bardzo nieznacznie okaleczony, uważać musimy ze strony lekarza za niesmaczną brawurę, jeśli kiły nie przechodził.

Wrzód twardy na palcu wydarza się u zwykłych śmiertelników bardzo rzadko. Nie zawsze dojść możemy, w jaki sposób do zakażenia przyszło. Najprostszym byłby ten, że mężczyzna, chcąc się podniecić płciowo, dotyka się części rodnych kobiety, na których jest wrzód twardy lub kłykciny sączące; a gdy palec przypadkowo jest skaleczony, wszczepia sobie tą drogą jad kiłowy. W podobny sposób zarazić się może kobieta od mężczyzny. W praktyce prywatnej miałem niedawno sposobność spostrzegania chorego z wrzodem twardym na palcu, przypadek ten, jako niezwykły — podaję do wiadomości ogółu kolegów *).

W dniu szesnastym października 1900 r. zgłosił się do mnie mężczyzna wykształcony, lat 28 liczący, z rzeżączką cewki moczowej, trwającą od 4 dni; ostatnie spółkowanie odbyło się przed tygodniem. Chory podaje, że od dłuższego czasu obcuje płciowo z prostytutkami raz na tydzień. Badając części rodne, przypadkowo zauważyłem wysypkę na brzuchu i udach, o której chory nawet nie wiedział. Wobec tego kazałem mu się rozebrać i przy badaniu stwierdziłem stan następujący:

Gruczoły karkowe miernie obrzękłe, twarde, niebolesne; na wargach zmian nie ma, jak również na języku; podniebienie miękie, łuki podniebienne, migdałki i tylna ściana gardła — jednostajnie mocno zaczerwienione. Gruczoły pachowe po stronie lewej nieznacznie powiększone, twarde, niebolesne; pod pachą prawą jeden gruczoł, wielkości dużego kasztana, twardy, niebolesny, obok tego kilka mniejszych gruczołów, wielkości fasoli, o tych samych cechach. Na palcu wskazującym u ręki prawej, w okolicy trzeciej falangi po stronie grzbietnej, rozlany obrzęk i zaczerwienienie skóry, obrzęk ten przechodzi na wolny brzeg skóry, otaczającej paznogieć i jest niebolesny. Przy uchyleniu tego brzegu stwierdzić można małe powierzchowne owrzodzenie na powierzchni zwróconej ku paznogciowi; sąsiadująca część paznogcia podminowana ropą. Przy ucisku wydobywa się z pod wolnego brzegu skóry ropa w bardzo małej ilości. Na skórze tułowia, brzuchu, kończynach górnych po stronie wewnętrznej i na dolnych, bardzo liczne, drobne, ściśle ograniczone plamki, ustępujące pod uciskiem palca z pozostawieniem blado-brązowych plam barwikowych. Części rodne i okolica odbytu bez zmian.

Badanie narządów wewnętrznych zmian chorobowych nie wykazuje.

Chory podaje, że od kilku dni cierpi na nieznośne bóle głowy o charakterze rwy; występują one około godziny 8 wieczorem i trwają zazwyczaj do godziny 2 po północy. Wrzód na palcu ma trwać około dwu miesięcy, przed 4 tygodniami był znacznie większy, w tym czasie zauważył też powiększenie gruczołów pod pachą, co skłoniło go do szukania porady lekarskiej. Lekarz miał rozpoznać „zakażenie" i zapisał mu okłady z płynu Burowa, które chory robił przez dwa tygodnie, poczem owrzodzenie i gruczoły pachowe zmalały wybitnie.

Opierając się na badaniu przedmiotowem, rozpoznałem: *Sclerosis indicis dextri, adenitis universalis, praecipue axillaris dextra syphilitica. Syphilis secundaria maculosa recens trunci et extremitatum. Angina syphilitica.*

Ponieważ wybuch wysypki był skończony, zaleciłem choremu wcierania dwugramowe szaruchy z dodatkiem jednego gramu resorbiny, roztwór chloranu potasowego do płókania ust i plaster rtęciowy na owrzodzenie. Chory rtęć znosił dobrze; po 12 wcieraniach wysypka ustąpiła, gruczoły pachowe wybitnie się zmniejszyły. Po czterdziestu wcieraniach z objawów chorobowych trwał jeszcze obrzęk gruczołów nieznacznego stopnia, z gruczołów pod pachą pozostał tylko jeden, zaledwo macalny. Jak się należało spodziewać, paznogieć zaczął się oddzielać, a równocześnie z tem róść nowy. Po ukończeniu leczenia rtęcią zapisałem choremu rozczyn jodku potasowego (10:200) trzy łyżki dziennie do zażywania przez sześć tygodni.

Jeszcze przed wybuchem wysypki pojawiło się u chorego wygórowane łaknienie i pragnienie, a chory oddawał moczu około 8 litrów na dobę. Objaw ten utrzymywał się przy leczeniu rtęcią przez całe dwa tygodnie; następnie łagodniał, a w ostatnich dopiero dniach leczenia ustąpił w zupełności. Pomimo tego wejrzenie się poprawiło, przybyło go na wadze o trzy kilogramy, gdyż zaburzeń żołądkowojelitowych z powodu nadmiaru wprowadzanych potraw i płynów nie było. Ciężar gatunkowy moczu wahał się pomiędzy 1·018 a 1·021, mocz był jasno żółty, cukru wykazać nie mogłem; za brakiem jego przemawiał zresztą nizki ciężar gatunkowy moczu.

Jaki będzie przebieg kiły u chorego, ciężki czy łagodny? trudno na to odpowiedzieć, jak wogóle we wszystkich przypadkach zakażenia kiłowego. Niektórzy autorowie zwracają uwagę, że kiła z wrzodem twardym, umiejscowionym poza częściami rodnemi, przebiega często ciężko, chociaż postać świeżej wysypki była łagodną. Mają u takich chorych występować, nieraz już wcześnie, zmiany ciężkie na skórze i w narządach wewnętrznych, najczęściej w mózgu i rdzeniu. Że u lekarza w takim przypadku mogą nawet względnie wcześnie pojawić się zmiany kiłowe w układzie

*) Chorego przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 17. października 1900.

nerwowym, dziwić nas nie będzie. Jeśli kto, to lekarz świadomy jest najbardziej, co mu w przyszłości grozić może; ta świadomość i myśl o chorobie, dręczy go nieustannie, podkopuje ogólne odżywienie i układ nerwowy; nic dziwnego zatem, że w nim, jako *in loco minoris resistentiae* powstać mogą zmiany kiłowe. Dalej zauważyć musimy, że przypadki wrzodów pozapłciowych nie zawsze wczas się rozpoznaje i odpowiednio do tego leczy. W opisie takich przypadków często nadmieniają, że chorego przed kilku miesiącami operowano z powodu zapalenia ropnego skóry i tkanki podskórnej *(panaritium)* i że chory zgłosił się już z nawrotem kiły drugorzędnej Łatwo to wydarzyć się może, gdyż tak obrzęk gruczołów, jak i wysypka choremu nie dolega, a plamista, przydarzająca się najczęściej, ustępuje po pewnym czasie i bez leczenia rtęcią. Tak samo i wrzód twardy zagoić się może, jakkolwiek potrzebuje na to dłuższego czasu. Ztąd pochodzi, że w swoim czasie nieleczona choroba może mieć w przyszłości ciężki przebieg, z przytoczonych powodów i nasz chory łatwo mógł przeoczyć wysypkę i nie leczyć się wcale, gdyby się nie nabawił przypadkowo rzeżączki w czasie przed wybuchem kiły drugorzędnej. Przypadki, wcześnie rozpoznane i odpowiednio leczone, *caeteris paribus* nie będą się chyba niczem różnić w przebiegu od kiły nabytej za pośrednictwem części rodnych. Dla ustroju obojętną jest rzeczą, którędy jad wtargnął; zawsze przychodzi do zakażenia ogólnego, a dalszy przebieg zależeć będzie od siły jadu, od odporności ustroju, zachowania się chorego, a wreszcie od leczenia.

Wrzód twardy na palcu po stronie grzbietnej, zwłaszcza trzeciej falangi, wygląda nieco odmiennie od typowego, z powodu stosunków anatomicznych tej okolicy. Skóra w tem miejscu jest prawie nieprzesuwalna, dlatego przy badaniu odpada jedna cecha znamienna, bardzo ważna: ściśle ograniczona, chrząstkowata podkładka wrzodu, dająca się po brzegach ująć w palce. Tu naciek jest rozlany, a zmiana chorobowa podobna jeszcze najwięcej do przewlocznego zapalenia ropnego w tem miejscu, z zajęciem brzegu skóry, otaczającego paznogieć. Brak przynajmniej większej bolesności wrzodu i gruczołów pachowych powinien zwrócić uwagę badającego. Zresztą świeże zmiany kiłowe na skórze i błonach śluzowych, jeżeli już istnieją, pozwalają chorobę łatwo rozpoznać; trudniej, gdy do objawów zakażenia ogólnego jeszcze nie przyszło; wtedy dokładne spostrzeganie przez kilka tygodni, wypływające ze świadomości, że wrzód twardy wszędzie w miejscu dostępnem dla jadu wytworzyć się może, ochroni nas przed pomyłką rozpoznawczą.

W przypadkach, podobnych do naszego, obok znacznego obrzęku gruczołów pachowych ma po odpowiedniej stronie występować i wybitny obrzęk gruczołów łokciowych i położonych pod dolnym brzegiem mięśnia piersiowego większego; tych zmian u chorego stwierdzić nie mogłem. Wzmożone pragnienie i łaknienie, połączone z zwiększoną ilością oddawanego moczu, wydarza się u chorych w okresie zwiastunowym kiły drugorzędnej, obok innych znanych objawów, bardzo rzadko; podręczniki zaledwo w kilku wierszach o tym objawie wspominają, a mają mu towarzyszyć wymioty i biegunka, czego nie było u naszego chorego. Jak na dzisiaj, przypuszczać tylko możemy, że jest on w związku przyczynowym z ogólnem zakażeniem, gdyż przy leczeniu rtęcią ustępuje.

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał

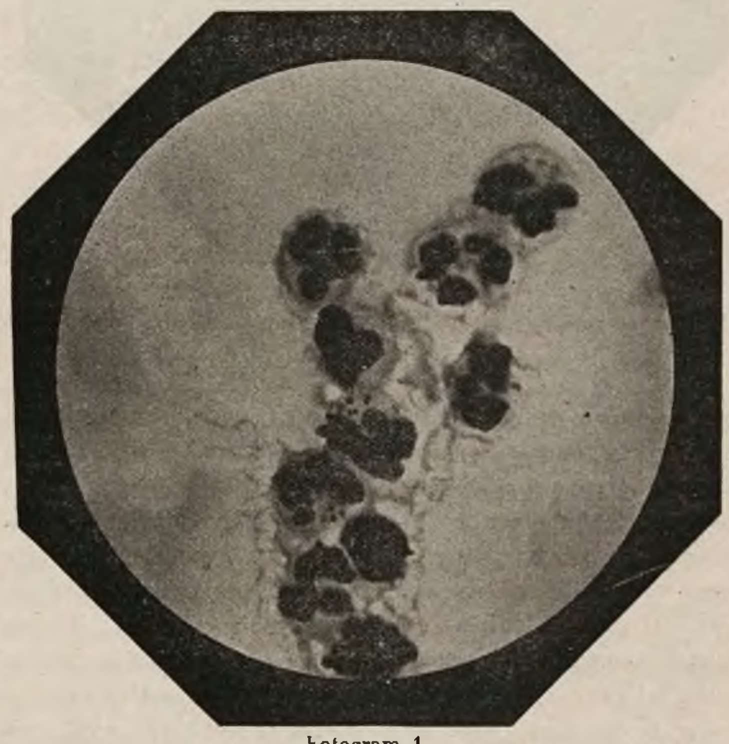
Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

C e c h y z a r a z k a. Chcąc uniknąć powtarzania się, odłożyłem na koniec opisanie zarazka, napotkanego w płynie mózgowo-rdzeniowym we wszystkich opisanych przypadkach. Odpada tylko przypadek 1-szy, w którym odpowiednie badanie nie zostało podjęte. Jeżeli do tych sześciu klinicznie spostrzeganych dodamy jeszcze jeden, badany ambulatoryjnie, to będziemy mieli zbiór siedmiu przypadków z wynikiem zawsze dodatnim i zawsze podobnym.

Dwoinka wewnątrzkomórkowa zapalenia opon, krócej meningokok wewnątrzkomórkowy, przedstawia się nam jako ziarniak o bardzo niestałych wymiarach i nierównem zabarwieniu poszczególnych osobników.



Fotogram 1.

Osad z płynu mózgowordzeniowego (w przyp. 7). Barwienie błękitem metylenowym. Powiększenie 1000:1.

W preparatach rodzimych (p. fotogram 1) z ropy, zebranej z opon, lub z osadu płynu mózgowordzeniowego, znajdujemy go prawie wyłącznie w ciałkach ropnych, głównie w pierwoszczy, a tylko wyjątkowo i w małej ilości poza ciałkami. Jest on przeważnie ułożony dwójkami, przyczem dwa osobniki, tworzące dwójkę, przylegające do siebie przypłaszczonemi powierzchniami i oddzielone wązką szczeliną niezabarwioną, przypominają dwa przylegające do siebie płaskiemi powierzchniami ziarnka kawy lub bułki. Niekiedy, zwłaszcza gdy dwójka leży na jądrze, czy w jądrze, można naokoło niej zauważyć wązką otoczkę jaśniejszą.

Ciałka, obejmujące pasorzyty, są, jak wykazuje barwienie Ehrlichowskie, leukocytami wielojądrzastymi neutrofilnymi. Niekiedy, ale rzadko, zdarza się także widzieć komórki śródbłonkowe, zawierające wybitne dwójki. Cały obraz przypomina do złudzenia obraz ropy rzeżączkowej.

Preparaty z hodowli meningokoka (p. fotogram 2) wykazują ziarniaki o średnicy 0·6—1·5 μ, bardzo nierówno zabarwione i ułożone w dwójki i czwórki (tetrady). Widocznie podział odbywa się przeważnie w dwóch kierunkach. Często także napotyka się krótkie łańcuszki, których poszczególne ogniwa podzielone są na dwójki szczeliną, przebiegającą w kierunku osi łańcuszka. Łańcuszki takie nie stanowią nic cechującego; spotykać je można także u gronkowców, po części jako wytwór sztuczny, powstały przy rozprowadzaniu hodowli na powierzchni szkiełka drucikiem platynowym. Toteż nie można się zgodzić na przydzielenie meningokoka, jak u Lehmanna[12]), do paciorkowców. Zresztą muszę zaznaczyć, że przydzielenie to nastąpiło na podstawie opisu takich łańcuszków u Jaegera[13]), tymczasem sam ten autor w ostatniem swem doniesieniu[14]) pierwotny swój opis prostuje. Zatem i obraz hodowli niczem się nie różni od hodowli gonokoka, z którym widocznie meningokok jest blizko spokrewniony, od którego jednak różni się zasadniczo tem, że do wzrostu na pożywkach nie potrzebuje obecności hemoglobiny. Obok gonokoka zatem i czworaczka (tetragenus), a do pewnego stopnia i gronkowców, powinno się pomiędzy mikrokokami, t. j. ziarniakami, dzielącymi się w óżnych płaszczyznach, znaleźć miejsce i dla meningokoka.



Fotogram 2.

Hodowla na surowicy z krwi wołu. Barwienie fuchsyną. Powiększenie 1000:1.

Barwienie według Grama wypadało zawsze ujemnie, tak w preparatach rodzimych, jak w hodowlach.

Meningokok wyrasta przy ciepł. 37·0 w dużych osadach na powierzchni skośnie ściętego agaru zwykłego, glicerynowego, surowiczego, lub surowicy wołowej. Powstają zlewające się pokłady, lub odosobnione osady, w świetle odbitem podobne do kropel rosy, słabo wypukłe, bezbarwne, połyskujące, skupienia śluzowego, ale nie ciągnące się w nitki, w świetle przepuszczonem szaro przeświecające. Nie rośnie zupełnie na ziemniaku, bulionie, żelatynie i mleku. Na podstawie moich spostrzeżeń muszę zauważyć, że po bardzo nawet obfitem pierwotnem szczepieniu wyrasta na agarze tylko skromna ilość osad, nie stojąca w żadnym stosunku z ilością zaszczepionych osobników, lub choćby tylko ciałek zakażonych. Widocznie przeważna ilość osobników jest niezdolna do rozwoju. Temby się tłómaczyły pewne ujemne wyniki szczepienia, mianowicie przy skąpości osadu i małej ilości pasorzytów w płynie i osadzie, jak u mnie w przypadku 3-cim. Nie należy z takich wyników wyprowadzać wniosku, że chodzi o odmianę nie rosnącą na zwykłych pożywkach, jak to czyni Żupnik[15]).

Także przy dalszych szczepieniach zdarza się nawet przy użyciu 24-godzinnej hodowli i obfitem szczepieniu, że się nie otrzymuje żadnych osad, lub tylko odosobnione. Zgadza się to z obrazem meningokoka w cieczy pierwotnej i w hodowli; niejednostajna bowiem wielkość i barwność poszczególnych osobników świadczy o szybkiem wyrodnieniu zarazka.

Następujące przykłady wykażą, jak się pod względem przeszczepialności zachowywał meningokok w naszych przypadkach.

Hodowle z przypadku 2-go przeszczepiano z dnia na dzień na nowe agary. Trzecią z rzędu hodowlę trzymano w termostacie i badano na przeszczepialność. Okazało się, że po 24 godzinach szczepienie miało wynik dodatni, a po 48 ujemny. Przeszczepialność wynosiła zatem tylko 24 godzin. Przeszczepialność trzeciego pokolenia w przypadku 4-tym wynosiła dla hodowli na agarze przy ciepłocie pokojowej 2 dni, w termostacie 5 dni. W przypadku 5-tym przeszczepiano z dnia na dzień przez dwa miesiące. Przeszczepialność utrzymywała się w końcu mimo to tylko przez 3—4 dni. W przypadku 6 tym drugie pokolenie okazało przeszczepialność, wynoszącą zaledwie 24 godzin. Szczepiono obficie, bo w celu otrzymania materyału do szczepień na zwierzętach na trzy powierzchnie agarowe, na dwóch wynik był ujemny, na jednej wyrosło pięć dużych osad.

Obok tego szybkiego wygasania przeszczepialności, zbliżającego meningokoka do pneumokoka, a świadczącego o przeważaniu u niego zdolności do życia wyłącznie pasorzytniczego, znamienną dla meningokoka w stosunku do innych zarazków ropnych jest jego mała chorobotwórczość, dająca się stwierdzić doświadczeniami na zwierzęciu. Tłómaczy ona, jak to Heubner słusznie podnosi, nieznaczne zwykle nasilenie epidemij, składających się jakby z odosobnionych przypadków. Wiele osobników jest bowiem względem zakażenia zupełnie odpornych. Z nią także w związku jest względna łagodność choroby. Zapalenia ropne na tle innych zarazków ropnych kończą się prawie zawsze śmiercią, w zapaleniu meningokokowem mamy znaczny odsetek wyleczeń.

Musiałem się ograniczyć do niewielkiej liczby doświadczeń na świnkach morskich, królikach i białych myszach. Do szczepień używano świeżych 24 godzinnych, obficie na całej powierzchni wyrosłych hodowli agarowych. Z jednej powierzchni z pomocą wody kondensacyjnej i wody przekroplonej otrzymano 1—2 cm. mleczanki.

Mysz biała dostaje z przypadku 4-go po 3-dniowem

hodowaniu 0·5 cm^3 mleczanki do otrzewny. Pada po 36 godzinach. Badanie wykonuje zlepne zapalenie otrzewnej. Preparat z zeskrobin wykazuje komórki śródbłonkowe, ziarniaki przeważnie poza komórkami, pojedyncze, nie tworzące dwójek, zatem nie dzielące się i prawdopodobnie obumarłe, przeważnie duże (inwolucya), dobrze i źle zabarwione. Hodowle ujemne. Świnka dostaje 0·5 cm^3 do otrzewnej. W pierwszych dniach potem oddziałuje przy obmacywaniu brzucha szybko, jednak przychodzi do siebie.

Szczepienie innych zwierząt: myszka 0·5 cm^3 pod skórę, myszka jedna osada do otrzewnej, świnka 0·5 cm^3 pod skórę, królik 0·5 cm^3 do żyły, królik 0·5 cm^3 do opon zapomocą nakłócia lędźwiowego — dało wyniki zupełnie ujemne.

Sądzę, że wynikowi dodatniemu na myszce nie można przypisać większego znaczenia, wobec tego, że znaleziono ziarniki nie zdolne do rozwoju, a szczepiono małemu zwierzęciu stosundowo bardzo znaczne ilości. (C. d. n.).

III. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.**

O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał

Dr. Edmund Kowalski

lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka" we Lwowie.

(Dokończenie).

Doświadczenia powyższe wykazują, że, jak poprzednio stwierdziliśmy zmiany przy prawidłowym narządzie krążenia, tak występują one również i przy narządzie chorobowo zmienionym, tak co do zachowania się czynności serca, ciśnienia krwi i jakości tętna i to zarówno w dwóch wprost przeciwnych kierunkach, zależnie znów li tylko od ciepłoty użytej wody. I tak w pierwszym rzędzie liczba tętna i ciśnienie krwi, obojętnie z jaką wadą serca mamy do czynienia, ulega zmianom, zależnym od ciepłoty wody. Kąpiele o ciepłocie 31, 31·5, 32·5° C zwalniają ruchy serca w czasie kąpieli i po nich i podnoszą ciśnienie krwi, kąpiele o ciepłocie 36 i 37° C przyspieszają ruchy serca, obniżają ciśnienie krwi. Nadto zdjęcia sfigmograficzne wykazują nam raz, że napięcie tętnicze pod wpływem kąpieli pierwszych się wzmaga, pod wpływem drugich maleje — czyli, że w pierwszym razie tętno staje się twardszem *(pulsus durus)*, w drugim miększem *(pulsus mollis)*; powtóre, że wysokość fali w czasie kąpieli pierwszych zwiększa się, w czasie zaś drugich nieco obniża — czyli, że kąpiele gazowe w przypadkach wad serca, bez względu na ich rodzaj, wpływają w trzech kierunkach na narząd krążenia, tj. zwalniają, względnie przyspieszają ruchy serca — wzmagają, względnie osłabiają siłę mięśnia sercowego i zwiększają, względnie obniżają, napięcie ścian naczyń, a to zależnie od swej ciepłoty; kąpiele o ciepłocie 31—32·5°C działają w pierwszym względzie, o ciepłocie zaś 36 i 37°C w drugim.

Jeżeli wyniki te porównamy z wynikami, otrzymanymi na osobnikach zdrowych przy stosowaniu kąpieli o tej samej ciepłocie, to zauważymy z jednej strony podobieństwo, a prawie rzec można identyczność, z drugiej jednak pewne różnice. Jakościowo są objawy tak jedne, jak drugie, równorzędne, ilościowo jednak nieco różne. Jak widzimy, tak w poprzednich doświadczeniach, jak i w tych ostatnich kąpiele o ciepłocie poniżej i powyżej 34°C działają równomiernie na narząd krążenia; pierwsze u osobników zdrowych i sercowo chorych zwalniają skurcze i rozkurcze serca, wzmagają jego energię mięśniową, zwiększają napięcie tętnicze, podnoszą ciśnienie krwi; drugie przyspieszają skurcze i rozkurcze, osłabiają energię mięśnia sercowego, zmniejszają napięcie tętnicze, obniżają ciśnienie krwi. Jeżeli jednak przypatrzymy się dokładniej otrzymanym wynikom, to zauważymy, że istnieją pewne różnice i to, jak powiedziałem, ilościowe, szczególniej pod wpływem kąpieli o ciepłocie poniżej 34°C. Widzimy tu, że zmiany powyższe, choć jakościowo równe, są jednak wogóle daleko znaczniejsze w przypadkach tych, gdzie mamy do czynienia z narządem krążenia chorobowo zmienionym, aniżeli z narządem prawidłowym: tak ruchy serca ulegają znaczniejszemu zwolnieniu, jak i ciśnienie krwi znaczniejszemu podwyższeniu i to zarówno wśród, jak i po kąpieli; nadto podczas gdy u osobników zdrowych po zaprzestaniu kąpieli czynność serca i ciśnienie krwi wraca powoli do normy, u osobników chorych działanie to następowe kąpieli jest daleko znaczniejsze, aniżeli działanie wśród samego zabiegu, bo i zwolnienie ruchów serca przez cały czas obserwacyi po kąpieli, tj. przez godzinę, zazwyczaj jeszcze się wzmaga i ciśnienie krwi więcej podnosi. Takich wybitnych różnic w wynikach otrzymanych po kąpielach ciepłych, tj. o ciepłocie 36 i 37°C nie widzimy, co pochodzi raz ztąd, że, jak zresztą przy każdej sposobności stwierdzić możemy, ustrój daleko silniej oddziaływa na niższe stopnie ciepła, aniżeli na wyższe; powtóre, że stopnie te są względnie bardzo umiarkowane, a tem samem wywołują wogóle zadrażnienie niezbyt znaczne.

Z powyższego wynika zatem, że chorobowo zmieniony narząd krążenia jest wrażliwszy na bodźce termiczne, aniżeli narząd zdrowy, bo nasilenie podniety to samo, t. j. kąpiel o ciepłocie 31—32·5°C, a skutki jej wpływu występują o wiele wybitniej i trwają znacznie dłużej; podczas gdy bowiem u osobników zdrowych *maximum* zwolnienia tętna w czasie kąpieli o ciepłocie 31—32·5°C wynosi przeciętnie 10—12 na minutę, to u osobników z wadami sercowemi wynosi ono 20—32, po kąpieli zaś *maximum* zwolnienia tętna w pierwszym przypadku wynosi 8—12, w przypadku drugim waha się ono między 20 a 40; podobnie rzecz się przedstawia z zachowaniem się ciśnienia krwi. Ciśnienie krwi u osobników zdrowych w czasie kąpieli podnosi się przeciętnie o 20 Mm,, podczas gdy u osobników chorych o 30—40 Mm., po kąpieli zaś w pierwszym przypadku o 10—20 Mm., natomiast w drugim o 30—50 Mm.

Widzimy zatem, że kąpiele wogóle wywierają wpływ i to bardzo znaczny na narząd krążenia tak prawidłowy, jak i chorobowo zmieniony, a to zależnie od ciepłoty użytej wody. Słusznie byśmy więc postąpili, zaliczając zabiegi te do środków leczniczych i to o doniosłem znaczeniu; szłoby tylko o to, by z wyników otrzymanych z powyższych szeregów doświadczeń wysnuć pewne wnioski i wskazania lecznicze.

Bodziec termiczny o ciepłocie poniżej 34°C działa, jak widzieliśmy, z jednej strony na samo serce, z drugiej na naczynia krwionośne: na serce — zwalniając jego ruchy,

ale wzmagając energię, na ściany naczyń tętniczych — zwiększając ich napięcie.

W przypadkach zatem takich, w których nam właśnie idzie o działanie w obu powyższych kierunkach, więc o działanie bezpośrednie na sam mięsień sercowy, tj. o zwolnienie jego ruchów, ale o równoczesne wzmożenie jego siły i powtóre o utrzymanie większego napięcia tętniczego, w przypadkach tych znajdą zastosowanie wspomniane kąpiele, t. j. o ciepłocie poniżej 34° C, bo przez to uczynimy zadość powyższym wymogom. Zwalniając bowiem ruchy serca i zwiększając jego energię mięśniową, wywołamy, względnie przyczynimy się do wytworzenia się przerostu kompenzacyjnego mięśnia sercowego, a przy istniejącym już przeroście przywrócimy mu w razie potrzeby jego sprawność i ułatwimy pokonywanie zachodzących przeszkód; z drugiej strony przy wzmożonej pracy mięśnia sercowego, zwiększając napięcie ścian naczyń, a tem samem podnosząc ciśnienie krwi, przyczyniamy się pośrednio również do wzrostu siły serca; wiadomo bowiem, że wpływ ciśnienia tętniczego sięga aż do lewej komory, a tu, działając jako bodziec mechaniczny na ściany serca, potęguje j· go siłę (Heidenchain, C. Ludwig).

Znajdą zatem kąpiele te (poniżej 34° C) wskazania w schorzeniach narządu krążenia w przypadkach, gdzie zachodzi niedomoga mięśnia sercowego i to niedomoga tak przy zmianach w narządzie zastawkowym, jak i przy zmianach degeneracyjnych mięśnia sercowego, np. wskutek miażdżycy tętnic wieńcowych, lub niedomoga przy niestosunku między sercem a krążeniem obwodowem, np. w nadmiernej ogólnej otyłości; słowem, znajdą kąpiele te wskazania we wszystkich tych przypadkach, w których podajemy naparstnicę, względnie analogiczne co do działania z naparstnicą środki, z tym jednak dodatkiem, iż stosować je będziemy w przypadkach, w których zmiany następowe, skutkiem tej niedomogi powstałe, niezbyt daleko są posunięte, a więc w pierwszym rzędzie przy utrzymanem jeszcze wyrównaniu (kompenzacyi), powtóre i przy braku wyrównania, lecz gdzie stan ogólny chorego, a zwłaszcza stan jego mięśnia sercowego pozwala względnie korzystnie rokować.

Przeciwwskazane zaś będzie stosowanie wymienionych zabiegów w schorzeniach narządu krążenia, połączonych z wysokiem ciśnieniem krwi i wygórowanem napięciem ścian naczyń, n. p. w daleko posuniętej ogólnej miażdżycy tętnic; przeciwwskazane również będzie w przypadkach marskości nerek. Tu raczej wskazaneby były, jak to wynika z naszych doświadczeń, kąpiele o ciepłocie wyższej, tj. ponad 34° C.

Prócz bezpośredniego działania kąpieli o ciepłocie poniżej 34° C na narząd krążenia, nie bez znaczenia jest również zachowanie się pod wpływem tych podniet — czynności oddechania, oraz wahania się ilości moczu. Oddechy, jak widzieliśmy, stają się wolniejsze, ale za to głębsze. Następstwem zaś pogłębienia oddechów jest, jak wiadomo, z jednej strony szybszy przypływ krwi żylnej do komory prawej, ztąd do płuc, z drugiej — szybszy odpływ z płuc do komory lewej. Ilość moczu po tych zabiegach, jak nasze spostrzeżenia wykazały, stale się zwiększa, co wobec objawów i następstw zaburzonego wyrównania (kompensacyi) jest rzeczą bardzo ważną i doniosłą.

Szłoby jeszcze o to, o jakiej właściwie ciepłocie w granicy niższej, tj. poniżej 34° C należałoby stósować kąpiele, jako środek leczniczy, przy wzmiankowanych wadach serca.

Powiedzieliśmy, że działanie podniety termicznej wogóle tem jest dosadniejsze, im jest ona o niższej ciepłocie, bo w istocie, im zimniejszych użyliśmy kąpieli, tem znaczniejsze było zwolnienie skurczów serca i tem wyższe ciśnienie krwi; wynikałoby więc może z tego, że przy stosowaniu kąpieli jako środka leczniczego, należałoby używać ciepłoty względnie jak najniższej, bo wtedy działanie byłoby energiczniejsze, a skutek leczniczy może korzystniejszy.

Siła drażnienia jakiejkolwiek podniety, a więc i podniety termicznej, zależy przedewszystkiem od stanu ustroju, który ulega jej wpływowi. Gdy ustrój znajduje się już w stanie nieprawidłowego podrażnienia, wtedy stosunkowo mniej silna podnieta wywołać musi ten sam skutek, jaki stwierdzamy po silniejszej podniecie w stanie prawidłowym.

Ustrój chory znajduje się właśnie w tym stanie nieprawidłowego podrażnienia, dlatego też i podniety, działając na jego zmienione narządy, wywołują objawy różniące się co do nasilenia, od tych, jakie spotykamy pod wpływem tych samych podniet w ustroju zdrowym, czyli spowodowują daleko silniejsze zadrażnienie.

Zwolnienie np. ruchów serca w kąpieli zimnej będzie tem znaczniejsze, im większe było poprzód nieprawidłowe przyspieszenie, wywołane stanem gorączkowym; to samo odnosi się i do ruchów oddechowych. Kąpiel 34° C zachowuje się odnośnie do ciepłoty ustroju zdrowego prawie obojętnie, podczas gdy ta sama kąpiel działa na ustrój chory gorączkujący jako kąpiel zimna, tj. obniża jego ciepłotę i t. p. Zachodzi zatem znaczna ilościowa różnica w zachowaniu się ustroju chorego a zdrowego wobec podniet zewnętrznych. Te same podniety, tj. o tem samem nasileniu, które w narządzie zdrowym wywołują zmiany nieznaczne, a czasem przechodzą prawie bez śladu, sprowadzają w narządzie chorym zmiany dosadne, spotęgowane.

To, cośmy ogólnie powiedzieli, odnosi się również i do narządu krążenia, chorobowo zmienionego; widzieliśmy bowiem, że te same kąpiele, tj. o tej samej ciepłocie, wywołują w przypadkach wad sercowych daleko gwałtowniejsze i znaczniejsze zmiany i dłużej trwające, tak w zachowaniu się czynności serca, jak i ciśnienia krwi, aniżeli w przypadkach z narządem krążenia prawidłowym.

Serce do wykonywania swej pracy, tj. do wypychania w obieg zawartości, jak i do przezwyciężania oporów w obwodzie, potrzebuje pewnego zasobu sił; przy zwiększaniu się oporów, np. przez wzmożone napięcie tętnicze, jak również przy znaczniejszem wypełnianiu się komór serca przez zwolnienie jego ruchów i dokładniejsze rozkurcze, potrzebuje serce odpowiednio więcej siły, raz — by powstałym przeszkodom módz podołać, powtóre — by nadwyżkę krwi módz w ogólny bieg wprowadzić.

Serce chore wogóle, tj. bez względu na rodzaj zmian chorobowych, odczuje, jak widzieliśmy, wszelkie bodźce daleko silniej, aniżeli zdrowe; powtóre, serce chore, gdzie są nadto zmiany organiczne, jak zwyrodnienie mięśnia sercowego, lub niedomykalność zastawek, posiada już samo przez się mniejszy zasób sił, aniżeli zdrowe; przy zadrażnieniu zatem zbyt nizką ciepłotą mogłoby grozić niebezpieczeństwo, że mięsień sercowy, wobec zmniejszonej już swej siły żywotnej, a jednocześnie wobec występujących nagle i ze wzmożonem nasileniem zmian w krążeniu, nie byłby w sta-

nie odpowiedzieć zbyt trudnemu zadaniu, co naturalnie nie mogłoby się obejść bez szkody dla całego ustroju.

Dlatego też, by nie narażać chorego serca na zbytnie wysiłki, powinniśmy w przypadkach tych unikać wszelkich skrajnych podniet termicznych, a ograniczać się do stopni zbliżonych do granicy obojętnej, tj. ograniczać się do ciepłoty 30—33° C, jako w takich razach najodpowiedniejszej, bo, jak spostrzeżenia nasze wykazały, zupełnie dostatecznej do wywarcia nawet bardzo wybitnego wpływu na narząd krążenia, jak i wogóle na cały ustrój.

Ponieważ doświadczenia nasze wykazały, iż wpływ kąpieli zwykłych i gazowych na prawidłowy narząd krążenia, polega przeważnie na działaniu wspólnego obu tym zabiegom czynnika, tj. bodźca termicznego, to, przenosząc powyższe spostrzeżenia na przypadki patologiczne, przyjąć również można, że i kąpiele zwykłe, obok kąpieli gazowych, byle o odpowiedniej ciepłocie, mogą jako środek leczniczy w przypadkach chorobowych analogicznych znaleźć usprawiedliwione zastosowanie.

Obok swoistego działania wymienionych kąpieli, jednych i drugich, na narząd krążenia, musimy uwzględnić i działanie ich ogólne. Wywierają one bowiem, co zresztą jest rzeczą dostatecznie znaną, dodatni wpływ na cały ustrój, czyli stawiają chorego w daleko korzystniejsze warunki.

Poczuwam się do miłego obowiązku podziękować na tem miejscu Prof. Dr. A. Głuzińskiemu za poddanie mi myśli do powyższej pracy, jak również za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

IV. Wyciągi.

A. Schanz. **Leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa zapomocą opatrunków gipsowych.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 46, 1900). Zastanawiając się nad przyczyną niepowodzeń leczenia zboczeń kręgosłupa metodą Sayrea, dochodzi autor do wniosku, że błąd tkwi w samej zasadzie tego sposobu a mianowicie w fałszywem ocenianiu wartości przyrządów podtrzymujących. Nie ulega wątpliwości, że gips, odpowiednio użyty, jest najlepszym materyałem na przyrządy podtrzymujące. Przyrządy te jednakowoż same bardzo rzadko zdołają skrzywienie poprawić, tem mniej wyleczyć, a mogą działać szkodliwie, wywołując zaniki z nieczynności i, co za tem idzie, pogorszenie stanu miejscowego. Samozawieszanie podług Sayrea i zastosowanie stanika gipsowego, jako przyrządu poprawiającego, nie zdoła również powstrzymać tego biegu rzeczy. Leczenie skoliozy powinno uwzględniać dwa wskazania: przedewszystkiem usuwanie czynnika skrzywiającego, więc zwalczanie skrzywienia wytwarzającego się, a następnie poprawę skrzywienia już wytworzonego. Wynika z tego, że zastosowaniem wyłącznie jednego sposobu, n. p. opatrunków gipsowych, w żadnym razie nie można rozwiązać wszelkich zagadnień leczenia zboczenia kręgosłupa. Pierwszemu wskazaniu prostujący opatrunek gipsowy nie czyni zadość. Prócz tego działa on często szkodliwie, czego dowodem są właśnie ujemne wyniki sposobu Sayrea. Ztąd wskazówka dla praktyki, że należy czas stosowania opatrunków gipsowych możliwie ograniczyć. Dalej, należy uwzględnić wskazanie pierwsze, zapobiegać więc zarazem nawrotom. Leczenie według wyłuszczonego programu rozpoczyna się uruchomianiem kręgosłupa. Z chwilą, gdy to zostało osiągniętem, zakłada się opatrunek gipsowy, przyczem uskutecznia się prostowanie zapomocą wolnego zawieszenia i wyciągania za kończyny dolne w odpowiednim przyrządzie. (Autor przyrządu nie opisuje. Na podstawie wykładu, wygłoszonego przez S. na tegorocznym Zjeździe chirurg. niem., przypuszcza ref., że przyrządem zastosowanym są odpowiednio zmodyfikowane ramy Beelyego). Pociągania boczne stosuje autor tylko wyjątkowo. Opatrunek, sięgający od krętarzy do szyi, na dwa palce poniżej wyrostka sutkowego, zakłada się na czas 12-tu tygodni. Czas ten wystarcza, aby otrzymany wynik na tyle utrwalić, iż następowe stosowanie odpowiednich zabiegów zdoła wynik ten na stałe zachować. Zabiegami tymi są: przyrządy podtrzymujące, gipsowe łóżko prostujące, mięsienie, gimnastyka i t. p. Miarą ostatecznego wyniku, jaki w danym przypadku może być osiągniętym, jest ten stopień wyprostowania, który zdołało się w opatrunku gipsowym otrzymać i utrzymać. *Urbanik.*

Dammer (Jena). **Przypadek tężyczki wskutek zatrucia.** *(Münch. med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Kobieta 35 letnia, cierpiąca na tasiemca (*taenia mediocanellata*), otrzymuje kapsułki według następującego przepisu: *Rp. Extr. filic. mar. 8,00 Hydrargyri chlorat. 0,80 Divid. in part. aequal. XVI. D. in caps. S. Co 10 minut 2 kapsułki.* Istotnie po $1^1/_2$ godz. odszedł tasiemiec wraz z głową, — atoli natychmiast pojawiło się ogólne osłabienie, po którem nastąpiły znamienne dla tężyczki drgawki (objawy Trousseau i Chwosteka wyraźne). Zuwagi, że narządy wewnętrzne chorej zmian nie okazywały, że następnie kurcze pojawiły się dopiero po odejściu tasiemca, a inne czynniki etyologiczne można było z łatwością wykluczyć, — przyjmuje autor, jako przyczynę tężyczki, zatrucie jednym z podanych leków. Co się tyczy kalomelu, nigdy nie spostrzegano podobnego działania, nawet po zażyciu wysokich dawek, — liczne natomiast przypadki zatrucia podaje piśmiennictwo po stosowaniu paprotki samczej (*extr. filic. mar.*). Pod ten dział chce autor podporządkować opisany przez siebie przypadek. *Dr. Henryk Pisek.*

Avellis (Frankfurt n. M.) **Typowa postać rwy krtaniowej.** *(Münch. med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Tą nazwą obejmuje autor jedno — rzadziej obustronną — bolesność szyi i krtani, powiększającą się podczas połykania, mówienia lub pochylania głowy na boki. Cierpienie to występuje u osobników zdrowych, w średnim wieku będących, nie histerycznych i trwa tygodniami, nasilając się więcej lub mniej. Zewnętrzne i wewnętrzne badanie krtani daje wynik zupełnie ujemny, wykazać natomiast można znamienne punkty bolesne w okolicy przejścia nerwu krtaniowego wyższego (*nerv. laryng. sup.*), błony gnykowo-tarczykowej (*membrana hyothyr.*) i w splocie nerwu krtaniowego (*plica nervi lar.*). Rozpoznanie nie zawsze bywa łatwe, albowiem to cierpienie można brać za gościec szyi lub histeryę — w pierwszym przypadku zachodzi brak znamiennych punktów bolesnych (bolesność istnieje na całym przebiegu mięśni), w drugim wykazać się dadzą także inne objawy histeryi (znieczulenie, przeczulica i t. p.). Leczenie polega na podawaniu środków przeciwgośćcowych i suchych ciepłych okładów. *Dr. Henryk Pisek.*

Hoeflmayr (Monachium). **Podmiotowe przypadłości neurasteników.** *(Münch. med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Najbardziej przerażają neurasteników objawy ze strony serca, a w szczególności odczucia w okolicy sercowej, połączone z utrudnionem oddychaniem i uczuciem ciężkości na piersiach, — wszystko razem wziętę wyradza często u neurastenika myśl, że jest istotnie sercowo chory. Zdarza się więc, że lekarz, wezwany do chorego, który nagle dostał napadu „kurczów sercowych“, lub „osłabienia serca“, zastaje chorego okrytego zimnym potem, z tętnem wprawdzie przyspieszonem, ale silnem i z zupełnie utrzymaną przytomnością. Brzuch wzdęty, a uciskając go, można wywołać u chorego uczucie duszności; — zwykle w tym względzie otrzymuje się od chorego odpowiedź, że stolce bywają skąpe, lub że ich nawet przez kilka dni nie było. W takich przypadkach zastosowanie lewatywy powoduje obfite wypróżnienie, poczem obraz chorobowy nagle się zmienia i wszystko wraca do stanu prawidłowego. Drugim, często u takich chorych spotykanym objawem, jest uczucie ucisku w głowie, łączące się nierzadko z zaburzeniami w unerwieniu przewodu pokarmowego; systematycznie przedsięwzięte mięsienie żołądka i jelit usuwa ten objaw. *Dr. Henryk Pisek.*

O. Müller. **Zastosowanie wody utlenionej w leczeniu ran.** (*Deutsche med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Badania bakteryologiczne autora wykazały, że woda utleniona zajmuje pod względem swej wartości, jako środek przeciwgnilny, miejsce pośrednie między octanem glinowym, a $1^0/_{00}$ sublimatem. Według M., posiada lek ten wybitną zdolność oczyszczania ran. Własność ta pozostaje w związku z tem, że woda utleniona ulega przy zetknięciu z tkankami ustroju katalizie, t. zn. rozkładowi na wodę i tlen. Następuje więc przytem wytwarzanie się gazu, czego wyrazem zewnętrznym jest pojawienie się piany. Rany więc, które zawartością komórek, ciałek ropnych, drobnoustrojów i t. p. wywołują katalizę, zostają zapomocą wytwarzającej się piany mechanicznie oczyszczone. Przyłączające się do wspomnianych własności działanie odwaniające, pozwala zdaniem M. rokować środkowi temu szerokie zastosowanie. *Urbanik.*

Prof. Dehio (Dorpat). **O łącznotkankowem stwardnieniu mięśnia sercowego.** (*Myofibrosis cordis*). (*Deutsch. med. Wochenschrift* Nr. 47, 1900). Wbrew zarzutom Hochhausa utrzymuje D. na podstawie nowych badań w całej rozciągłości twierdzenie swoje o istnieniu w pewnych przypadkach chorobowych rozlanego przerostu międzymięśniowej tkanki łącznej serca. Łącznie z dawniejszemi swemi badaniami (por. „Przegląd“ Nr. 51, 1900) zebrał D. dotąd 36 takich przypadków. Szkoła niemiecka znała dotąd jedną tylko postać włóknistego zwyrodnienia m. sercowego, mianowicie zwyrodnienie ogniskowe, rozsiane (*myocarditis fibrosa disseminata*), będące następstwem albo stwardnienia tętnic, albo rozmaitych wpływów zakaźnych i toksycznych (gościec, dur, ospa, płonica, błonica, zatrucie ołowne i wyskokowe). Otóż już od r. 1895 utrzymuje D., że oprócz tych zwyrodnień ogniskowych istnieje zwyrodnienie rozlane, nazwane przez autora *myofibrosis*. W schorzeniu tem pojawia się tkanka łączna międzymięśniowa, zazwyczaj zaledwo dostrzegalna, w znaczniejszej ilości nietylko około pęczków mięsnych, ale także nawet pomiędzy pojedynczemi beleczkami mięsnemi. Zmiana ta pojawia się często u starców, idąc w parze z zanikiem komórek mięsnych (*myofibrosis senilis*); w podobny sposób, ale w znacznie wyższym stopniu, zdarza się jednak zmiana ta i u osobników młodszych, a to mianowicie przedewszystkiem w tych częściach serca, które uległy przerostowi i rozszerzeniu. Zmiana dotyczy wprawdzie zazwyczaj całego serca, jednakże w nierównym stopniu; najwybitniej występuje w ścianie przedsionków serca, a więc w tych częściach serca, które przy wadach sercowych głównie są przeciążone i rozciągnięte. Wnosi z tego D., że pomiędzy rozciągnięciem ściany sercowej a powstaniem rozlanej zmiany łącznotkankowej istnieje związek przyczynowy. W razie przeszkody w krążeniu powstaje naprzód przerost odpowiedniego odcinka serca, potem po dłuższym czasie trwania przerostu zjawia się pomnożenie tkanki łącznej podścieliskowej, wywołane tąsamą przyczyną, co przerost. Równolegle bowiem ze zwiększającą się pracą przerastającego mięśnia rosną i fizyologiczne zadania podtrzymującego go zrębu łącznotkankowego, otrzymującego wówczas jednocześnie z mięśniem obfitszy materyał odżywczy, co razem wzięte stwarza i dla tkanki łącznej warunki przerostu. Znaczniejszy jej rozwój następuje jednak dopiero z chwilą powstawania niedomogi i nadmiernego rozciągnięcia mięśnia, t. j. z chwilą, gdy przestaje on przerastać, a poczyna zanikać. W ten zatem sposób przyczyną *myofibrosis* staje się długotrwałe przeciążenie i nadmierne rozciągnięcie mięśnia sercowego. Oprócz wspomnianej już *myofibrosis senilis* znalazł D. rozlane pomnożenie tkanki łącznej serca w różnych przypadkach przerostu i rozszerzenia serca, i tak: w 10 przypadkach wad zastawkowych (przedewszystkiem w przedsionkach), w 4 przypadkach przerostu serca z ogniskowo rozsianemi bliznami mięśnia sercowego; w jednym natomiast przypadku nagłej śmierci znalazł D. przerost bez rozszerzenia i liczne blizny serca obok zakrzepu lewej tętnicy wieńcowej, ale nie stwierdził rozlanych zmian łącznotkankowych; w pięciu przypadkach przerostu serca prawego wskutek przeszkód w krążeniu małem istniała mierna *myofibrosis* w ścianie komórki, znaczna w ścianie przedsionka prawego i t. d. Przeglądając piśmiennictwo francuskie, przekonał się D., że opisana przez niego zmiana znana jest od dość dawna szkole francuskiej, rozróżniającej obok „sclérose en foyers“, także „sclérose diffuse rayonnante“, (równoznaczną z *myofibrosis* w sercach przerosłych), „coeur sénile“ (= *myofibris senilis*), wreszcie „coeur cardiaque“, w którem przyczyną przerostu podścieliskowej tkanki łącznej jest długotrwałe przekrwienie bierne mięśnia sercowego. (Huchard). W przekonaniu, że nadmierne długotrwałe rozciągnięcie mięśni powinno wszędzie wywoływać zmiany jednakie, badał D. w tym kierunku dla porównania mięśnie prążkowane, mianowicie mięśnie brzucha w 2 przypadkach zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia jelit, w jednym przypadku posokowatego popołogowego zapalenia otrzewnej, wreszcie w przypadku olbrzymiego torbiela jajnikowego i w przypadku znacznej puchliny brzusznej. Zgodnie ze swojemi przewidywaniami nie znalazł D. w pierwszych 3 przypadkach w mięśniach brzusznych żadnych zmian, natomiast w 2 ostatnich wybitną i znaczną rozlaną zmianę przerostową w podścielisku łącznotkankowem. W spostrzeżeniach tych widzi D. potwierdzenie swych zapatrywań na etyologię rozlanego zwyrodnienia łącznotkankowego serca. *Ciechanowski.*

Prof. Celli. **Przyczynek do epidemiologii zimnicy w myśl nowych poglądów etyologicznych.** (*Centrlbl. f. Bacter.*, 1900, Tom 28, Nr. 17). Dzięki Towarzystwu zwalczania zimnicy mógł C. swoje badania epidemiologiczne oprócz Kampanii rzymskiej rozszerzyć także na Lombardyę. Badania te wyświetliły kilka zajmujących szczegółów. Stwierdził mianowicie Celli, że pasorzyty ciężkich postaci trzeciaczki znajdują się równie obficie w środkowych, jak w północnych Włoszech, co więcej, że nie kończą się one w granicach porzecza Po, lecz sięgają wzdłuż jego dopływów nawet do wysoko leżących dolin alpejskich (Piatedà, 400—700 m. n. p. m.). Stwierdził tam je C. u chorych, którzy nigdy nie opuszczali rodzinnego swego miejsca. Pomimo równomiernego rozszerzenia się pasorzyta w obu badanych częściach kraju, należą śmiertelne przypadki ciężkiej trzeciaczki w Lombardyi do rzadkości, co tłómaczy się bardzo rozpowszechnionem zażywaniem chininy przez tamtejszą ludność. Zażywanie to złagodziło przebieg zimnicy, ale nie zmniejszyło wcale jej częstości, co dowodzi ponownie, że przesadą jest oczekiwać zupełnego wytępienia zimnicy zapomocą samego tylko masowego stosowania chininy. Zresztą w Lombardyi nawet bez chininy przebiega zimnica często łagodniej; tłómaczy to Celli pewnego rodzaju przyzwyczajeniem się ustroju do zimnicy, nabytem w całym szeregu pokoleń, a może nawet nabytą odpornością.

Jak dawniej, tak i teraz stwierdził C. możliwość dwu- i trzykrotnego zakażenia się zimnicą w ciągu jednego lata. Te ponowne zakażenia należy odróżniać od prawdziwych nawrotów, wywoływanych przez utajone w ustroju pasorzyty. Odróżnienie nawrotów prawdziwych od rzekomych w lekkich postaciach trzeciaczki nie jest możliwe. W czwartaczce rzeczywiście nawracającej można we krwi wykazać gamety (półksiężyce), nie można ich zaś wykazać w nawrotach rzekomych, t. j. powtórnych zakażeniach. Podobnie zupełnie można odróżnić nawroty prawdziwe od rzekomych w ciężkiej trzeciaczce. Klinicznie różnią się one jeszcze tem, że w prawdziwych nawrotach chorzy sił nie tracą i często nie kładą się wcale, natomiast w zakażeniach powtórnych nie są w stanie nigdy utrzymać się na nogach, tracąc zupełnie siły. Nawroty można osłabić lub im zapobiegać przez energiczne leczenie chininą z żelazem i arsenem, jednakże nie u wszystkich chorych to się udaje. Wynika ztąd, że nie uda się zimnicy zupełnie wytępić zapomocą jednego swoistego środka dotąd, dopóki nie znajdziemy leku, odkażającego krew zupełnie, t. j. niszczącego także te postacie pasorzyta, które utajając się w ustroju, są przyczyną nawrotów, a opierają się nawet działaniu chininy i tych, które są ogniwem utrzymywania się gatunku w ustroju komarów.

Związek tych ostatnich, mianowicie gatunku *Anopheles* (*claviger, pictus, pseudopictus* i *bifurcatus*) z zimnicą stwierdził C. ponownie, znajdując je wszędzie tam, gdzie choroba ta się pojawia; jednakże zdania tego nie można odwrócić: zimnica nie wszędzie tam istnieje, gdzie żyje *Anopheles*, lecz tylko tam, gdzie obok tego gatunku komarów żyją ludzie, w których krwi znajdują się gamety pasorzyta zimniczego i gdzie ciepłota powietrza jest dość wysoką, aby z gametów rozwijać się mogły dalsze formy pasorzyta, żyjące w żołądku *Anopheles'a*. *Anopheles* z różnymi przedmiotami może się dostać nieraz w okolice bardzo od zimniczych ognisk odległe, jednakże nie wywoła mimo to zimnicy, jeżeli okolice te są zbyt zimne i jeżeli niema ludzi, z których krwi mógłby poczerpnąć zarazek. Gatunek *Culex*, jak to ponownie stwierdził C., — nie jest przenośnikiem zimnicy; żyje on n. p. w mieście Mantui, gdzie zimnicy niema, chociaż na przedmieściach grasują ciężkie epidemie, związane przyczynowo z tem, że tylko na przedmieściach żyje tam *Anopheles.*

Związek zimnicy z gospodarstwem rolnem polega bądź na tem, że pewnym rodzajom gospodarstwa (nawadnianie, pola ryżowe) towarzyszy zjawienie się komarów i pasorzyta zimnicy, bądź na tem, że pewne, skądinąd nieszkodliwe prace rolnicze przypadają w porze roku niezdrowej, zimniczej. Uprawa lnu i konopi szkodliwą jest tylko przez stojące wody, używane do moczenia tych roślin, a rojące się od komarów.

Jaka ciepłota powietrza konieczną jest do wybuchu nagminnego zimnicy, napewno C. jeszcze oznaczyć nie zdołał; przypuszcza, że potrzeba do tego conajmniej 25° C. — W końcu zapowiada C., że wkrótce ogłosi wyniki, jakie otrzymał zapomocą zaleconych przez siebie środków zapobiegawczych. *Ciechanowski.*

d'Arrigo. **O obecności i „fazach“ prątka Kocha w t. zw. zołzowych gruczołach limfatycznych.** (*Ctblt. f. Bact.* 1900, Tom 28, Nr. 16). Badając zapomocą własnego sposobu barwienia „zołzowe“ gruczoły limfatyczne, usunięte operacyjnie u 18 osób (liczących 4—28 lat), u których wywiady nie wykazywały obciążenia dziedzicznego, ani w ustroju nie było nigdzie objawów gruźlicy, doszedł d'A. do następujących wniosków. Wszystkie t. zw. zołzowe zmiany gruczołów limfatycznych są mniej lub więcej złagodzoną gruźlicą. Pomiędzy 4—12 r. ż. występuje ta (zołzowata) postać gruźlicy głównie w gruczołach na szyi, rzadko w pachowych i pachwinowych. Pomiędzy r. 12—30 najczęściej ulegają zmianom tym gruczoły pachowe u kobiet, pachwinowe u mężczyzn, rzadziej inne. Golem okiem stwierdza się w gruczołach zmiany rozmaite, począwszy od prostego przekrwienia i obrzęku, a skończywszy na ogniskowem lub całkowitem zserowaceniu, drobnowid wykazuje jednak zawsze obecność prątków Kocha w rozmaitych okresach rozwoju. Obficiej znajdują się prątki

w gruczołach tylko przekrwionych lub obrzękłych, niż w gruczołach zserowaciałych. Przeważnie leżą prątki w okołonaczyniowych przestworach limfatycznych i to zwłaszcza w częściach obwodowych gruczołów; mniej prątków spotyka się w środku świeżych gruzełków i w ogniskach serowatych. Prątki leżą często w leukocytach. Z rozmaitych „faz“ prątka wymienia d'A.: długie, smukłe prątki, układające się w nitki; prątki z rozgałęzieniami; prątki zgrubiałe, zawierające silnie zabarwione ziarenka; krótkie, grube postacie; bardzo cienkie, zawierające barwik czarny lub zielonożółty; większe i mniejsze ziarenka. Zmiany histologiczne zajętych gruczołów polegają na przekrwieniu, niekiedy z wybroczynami, nacieku limfoidalnym i pojawieniu się ognisk martwicy. Tworów olbrzymich spotyka się mało; w ich miejscu najczęściej gromady komórek przybłonkowatych. Rozmaite postacie prątka Kocha można niekiedy spotkać w jednej gromadzie gruczołów limfatycznych, zależnie od okresu sprawy chorobowej w tym lub owym gruczole; w jednym gruczole znajdują się zazwyczaj głównie pewne tylko postacie prątka, i tak n. p. w starych ogniskach serowatych głównie postacie długie, postacie łańcuszkowe i t. p. — Wreszcie zauważając, że gruczoły limfatyczne posiadają znaczenie filtrów, zatrzymujących bakterye, niszczących lub osłabiających je i w ten sposób chroniących ustrój, że jednakże przy zbyt silnem zakażeniu czynności tej wykonać nie mogą, owszem same ulegają schorzeniu i stają się rozsadnikiem zakażenia w ustroju, zaleca d'A. gruczoły limfatyczne „zołzowe“ usuwać jaknajwcześniej zapomocą zabiegów chirurgicznych.

Ciechanowski.

Marfan: **O żołądkowo-jelitowych zaburzeniach następowych w wieku dziecięcym.** *(Archiv für Kinderheilkunde,* T. XXIX, Z. V i VI). Jakkolwiek pracę tę należy uważać za tymczasowe doniesienie i za zapowiedź obszerniejszego jej opracowania, to jednak myśl tu rzucona zasługuje na dokładniejsze rozpatrzenie. Patologia doświadczalna poucza, że w przebiegu chorób zakaźnych, których punktem wyjścia nie jest przewód pokarmowy, zauważono zmiany w żołądku, jelitach i w wątrobie, powstające bądź pod bezpośrednim wpływem odpowiednich drobnoustrojów, bądź też toksyn, przez nie produkowanych. Charrin wykazał, że obrażenia błony śluzowej jelit łatwiej powstają przez wstrzyknięcie toksyn do naczyń krwionośnych, aniżeli przez podawanie na wewnątrz. Wnosić więc z tego można, że błona śluzowa przewodu pokarmowego i wątroba są drogami, któremi się drobnoustroje, względnie ich toksyny, wydzielają. Nie jest to jednak jedyna przyczyna powstawania następowych zaburzeń żołądkowo-jelitowych; gorączka i ogólny zapad sił zmniejszają ilość wydzielanego soku żołądkowego, czynią go obojętnym, zmniejszają wydzielanie żółci i soku trzustkowego, a tem samem sprzyjają zakażeniu samoistnemu (endogen). Przechodząc do pojedynczych gromad chorobowych, czyni uwagę Marfan, że prawie połowie przypadków odry u osesków towarzyszy rozwolnienie czy to w samym początku choroby, czy też w dalszym przebiegu, czy też w okresie łuszczenia. Ma ono przebieg łagodny, albo przybiera postać czerwonki. Grypa u osesków nadzwyczaj rzadko przebiega bez zaburzeń ze strony żołądka i jelit, a powstają one bezwątpienia pod wpływem działania prątków grypowych lub ich toksyn na błonę śluzową żołądka i jelit. W toksycznych postaciach błonicy bardzo często pojawia się brak łaknienia, wymioty i rozwolnienie, a badania na zwierzętach przez wszczepienie prątków Löfflera lub ich toksyn wykazały również powstawanie zapalenia błony śluzowej przewodu pokarmowego. W przebiegu zakażeń gronkowcami lub łańcuszkowcami rozwolnienie pojawia się tak często, iż zazwyczaj trudno rozstrzygnąć, czy rozwolnienie jest pierwotnem, czy następowem. Zdaje się, że objawy żołądkowo-jelitowe u osesków, dotkniętych kiłą lub gruźlicą, powstają pod wpływem toksyn odpowiednich drobnoustrojów. Nieżyt nosa, zapalenie nieżytowe jamy ust i pleśniawki (soor), ostre zapalenie gardła i zapalenie migdałka trzeciego powodują zazwyczaj w trzecim lub czwartym dniu choroby rozwolnienie o przebiegu zwykle łagodnym. Często występują równocześnie: zapalenie ropne ucha środkowego i schorzenie żołądka i jelit, a nierozstrzygnięty jest spór, czy zapalenie ucha jest pierwotne, czy następowe. Że zaś między obydwoma schorzeniami zachodzi związek bezpośredni, dowodem tego jest wykazanie tego samego drobnoustroju *(bac. pyocyaneus)* w obydwóch miejscach. Choroby narządu oddechowego, jak: zapalenie krtani, oskrzeli, zapalenie płuc ogniskowe i dławcowe powodują zaburzenia w trawieniu, wywołane dostaniem się łańcuszkowca, gronkowca i pneumokoka do przewodu pokarmowego. Voa i Uffreduzzi wstrzykując pneumokoki podskórnie królikowi, spowodowali rozwolnienie z objawami ogólnej posocznicy, a sekcya wykazała displokoki w ścianie jelita. Jakkolwiek przypuszczać można, że drobnostroje dostają się przez połykanie do żołądka i przez prawidłowy sok żołądkowy ulegają zniszczeniu, to jednak u oseska na ten środek ochrony ustroju liczyć w zupełności nie można, gdyż sok żołądkowy jest słabo kwaśny, mało jest kwasu solnego, a skuteczność działania soku trzustkowego jest słabsza, aniżeli u dorosłych. Przytem warstwa mięsna żołądka i jelit słabiej rozwinięta, kał jest półpłynny, a to wszystko przyczynia się do pomnożenia drobnoustrojów i lepszego wessania toksyn. Ustrój oseska ma więc mniej środków obrony przed drobnoustrojami i ich toksynami. Co do strony klinicznej, to zaburzenia żołądkowo-jelitowe następowe mogą występować pod najrozmaitszemi postaciami.

Jan Landau.

Koplik (Nowy-York): **Kur** (Rubeola). *(Archiv für Kinderheilkunde,* T. XXIX, Z. V i VI). Zastanawiając się nad rozpoznaniem różniczkowem kuru od odry i płonicy i zwracając uwagę na trudności rozpoznawcze, zaznacza Koplik, że kur stanowi chorobę *sui generis*, dającą się obecnie dokładnie odróżnić od odry i płonicy. Jakkolwiek kur pojawia się w miejscach, w których panuje odra, to jednak niema z nią nic wspólnego, nie chroni osobników, które go przebyły, przed odrą, a na odwrót pojawia się u osobników, które przebyły odrę, przytem jeden napad nie chroni osobnika przed dalszymi napadami. Wiek i płeć nie mają wpływu na chorobę. Wysypka jest zupełnie podobna do odrowej i bywa niekiedy poprzedzona silnem zaczerwienieniem twarzy. Błony śluzowe są wolne od wszelkiej wysypki. Najważniejszy jest wynik badania błony śluzowej policzków; tu nie znajduje się bowiem charakterystycznych dla odry t. zw. „plam Koplika“ (plamy różowe z niebieskawo-białym punkcikiem w środku), a błona śluzowa zachowuje swą barwę blado-różową. Z pojawieniem się wysypki na twarzy ciepłota ciała się podnosi i w przeciągu kilku godzin opada *per crisim.* Na uwagę zasługuje jeszcze obrzmienie gruczołów chłonnych poza mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym i zaczerwienienie gardła. W końcu czyni uwagę K., że stosunek kuru do odry jest ten sam, jak ospicy do ospy.

Jan Landau.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21 listopada 1900.

Obecnych członków 39

Przewodniczący kol. prof Wachholz.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Przyjęto jednogłośnie listę członków Komitetu przedwyborczego, zaproponowaną przez Komitet Tow. lek.

III. Kol. prof. Kader demonstruje: a) preparat otrzymany z podudzia, odjętego z powodu zgorzeli (gangraena praesenilis pedis) u chorego 34-letniego. Wypreparowanemi zostały tętnice: kolanowa, goleniowa przednia i tylna, oraz strzałkowa; ściany ich przedstawiają obraz stwardnienia tętnic węzłowatego, zamykającego w kilku miejscach światło naczynia w zupełności. Odcinki naczyń między poszczególnemi miejscami zwężonemi wypełnione skrzepami krwi (jedna z tętnic okazuje tylko 3 zwężenia miażdżycowe, a reszta naczynia na całej przestrzeni zaczopowana). Mamy tu do czynienia ze sprawą miażdżycową w wieku młodym. Pacyent od roku miewał bóle napadowe w prawej nodze i zjawiska chromania z przerwami (Claudication intermittente Charcot). Wkrótce pojawiły się silne bóle w palcu dużym tejże nogi, który równocześnie zaczął czernieć, a sprawa ta posuwała się coraz dalej. W dniu przyjęcia większa część stopy była zgorzelą zajęta. Mimo stosowania ciepła, spokoju, jodku potasowego wewnętrznie, obumarcie posuwało się zwolna naprzód, bóle się coraz bardziej wzmagały i nie dozwalały choremu nawet w nocy zasnąć. Tętnica kolanowa przestała tętnić. Dnia 19 b. m. wykonał prelegent odjęcie kończyny sposobem Grittiego. Zaczopowana t. podkolanowa i reszta naczyń w kolanie nie krwawiły. Skrzep z t. podkolanowej wydobyto przy pomocy zgłębnika. Wobec tych warunków odjęto powtórnie 5 ctm. wyżej, poczem wystąpiło krwawienie, jakkolwiek słabe.

Zgorzele tego rodzaju należą u nas do rzadkości; — w krajach północnych częściej bywają napotykane; o ile się zdaje nie mają nic wspólnego z kiłą, lecz są wynikiem samoistnej sprawy miażdżycowej w młodym wieku, występują pod postacią stwardnienia tętnic węzłowatego, rzadziej rozlanego. Często musimy odejmować obie nogi. Staraniem naszem powinno być odjęcie jak najniżej; z drugiej strony winniśmy dbać o stworzenie kikuta dobrze odżywionego. W tym względzie kierujemy się tem, czy tętnice w miejscu odjęcia członka, względ-

dnie przynajmniej jedna z nich, krwawią należycie. W naszym przypadku wydobyto z tętnicy kolanowej skrzep i w ten sposób uzyskano przynajmniej częściowy dopływ krwi Czy pomimo tego nie nastąpi zgorzel kikuta, trudno obecnie przesądzać. Niestety, nie mamy dotąd środka zwalczającego tego rodzaju miażdżycę. Bóle, zaczopowanie tęt grzbietowej stopy, chromanie z przerwami, uczucie mrowienia w dotkniętej stopie przestrzegają nas zwykle o grożącej katastrofie. Stosunkowo najwięcej jeszcze korzyści przynieść mogą kąpiele słone, przy równoczesnem podawaniu jodku potasowego (1,0 dziennie w ciągu miesięcy). W kile i cukrzycy należy stosować leczenie przedewszystkiem przyczynowe. Winiwarter tłómaczył powstawanie tego cierpienia przez zapalenie śródtętnicze z zaczopowaniem (endarteritis obliterans). Dopiero Zöge v. Manteuffel i jego uczniowie Wein i Schindler, a później Bunge, asystent Eiselsberga, wykazali, że mamy tutaj do czynienia z wyżej wymienionem stwardnieniem tętnic węzłowatem, czasami zaś z jego kombinacyą, z miażdżycą rozlaną i z następowem tworzeniem się skrzepów i ich organizacyą.

b) Drugim przez kol. prof. Kadera przedstawionym przypadkiem była operacyjnie uleczona rwa wszystkich trzech gałęzi n. trójdzielnego, a mianowicie przez wycięcie (ekstyrpacyę) zwoju Gassera. Kobieta 30-letnia od lat 11 dotknięta tem cierpieniem, była kilkakrotnie z tego powodu operowaną. *(Neurotomia n. supra-infraorb talis et mandibularis)*. Po nieznacznych i krótkotrwałych ulgach wracała choroba z coraz większem natężeniem. W ostatnich miesiącach pacyentka z powodu bólów nie opuszczała łóżka i spędzała noce bezsennie. Prelegent operował sposobem Krause-Hartley z tą różnicą, że użył prostokątnego skórnokostnego płatu. Tętnica szczękowa wewn. nie została poprzednio podwiązaną. Przy odchyleniu płata tętnica oponowa średnia *(art. mening. media)* została w dwóch miejscach przerwaną, wskutek czego powstał dosyć znaczny krwotok. Zatamowano go wprowadzeniem gazy do otworu ościstego (foramen spinosum). Zwój był nieprawidłowo w całości objęty oponą twardą. Po typowej neurotomii II i III gałęzi ujęto zwój w kleszczyki i wyrwano w sposób zwykły z otoczenia. Silny krwotok z zatoki jamistej stłumiono również tamponadą, ranę czaszki częściowo zaszyto Po 7 dniach wyjęto tampony bez krwotoku. Obecnie rana zgojona w całości, pacyentka bólów nie doświadcza, czuje się zupełnie zdrową i jest nad wyraz szczęśliwa; jedynie skarży się od czasu do czasu na »obce« uczucie w głowie. Rogówka prawa znieczulona, ponieważ jednak powieki zamykają się w zupełności, więc przy odpowiedniem zachowaniu się pacyentki, nie grozi jej na razie żadne niebezpieczeństwo. (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Żydłowicz zapytuje prelegenta, w jakim wieku był chory z stwardnieniem tętnic węzłowatem, czy nadużywał napojów wyskokowych, dlaczego podawano choremu jod przed wykonaniem zabiegu? czy podejrzywano tło kiłowe w tym przypadku? a jeśli tak, dlaczego nie podano rtęci pod postacią wcierań, zanim przystąpiono do operacyi?

Prelegent odpowiada, że w jego przypadku wywiady tła kiłowego nie wykazały, że podawano jod dlatego, że on często działa w przypadkach bez tła kiłowego.

W odpowiedzi preleg. kol. Żydłowicz zaznacza, że w zmianach kiłowych naczyń i układu nerwowego, według jego zdania, a i zdania ogółu syfilidologów, jod ma mały wpływ dodatni na ustępowanie tych zmian, a czasem niema żadnego, nawet przez czas dłuższy podawany. Dlatego to radzą autorowie obok jodu podawać rtęć, której wpływ dominujący na ustępowanie zmian kiłowych jest od dawna znany. Kol. Żydłowicz nie może twierdzić stanowczo, jakoby w tym przypadku rtęć musiała pomódz choremu, zwłaszcza, że zmiany w tętnicach były tu daleko posunięte i naczynia tętnicze zaczopowane skrzepami krwi, o czem się podczas wykonywania zabiegu przekonano; radzi jednak w podobnych przypadkach, gdzie idzie o utratę kończyny, bardzo dla chorego bądźcobądź dotkliwą, przeprowadzić poprzednio energiczne leczenie rtęcią, a może się, zdaniem jego, nawet nie tak rzadko przydarzyć, że choremu tem leczeniem zachowawczem uratuje się kończynę. Że takie przypadki wydarzyć się mogą, podaje kol. Ż. opis przypadku zgorzeli palców u obu nóg, który miał sposobność spostrzegać z nim także obecny tu kolega Górski. Chorego z powodu zmian na skórze (e pediculosi) przesłali lekarze do tutejszej kliniki chorób wenerycznych poczem po wyleczeniu choroby skórnej miano mu odjąć kończyny dolne poniżej kolan. Od chorego, którego i sfera umysłowa była przyćmioną, nie można się było niczego dowiedzieć co do przebytej kiły. Pomimo tego, podejrzywając zmiany kiłowe w naczyniach z następową zgorzelą, podaliśmy choremu rtęć pod postacią wcierań. Skutek tego leczenia był taki, że w krótkim czasie zgorzel się ograniczyła, palce się oddzieliły, a w miejscu oddzielenia się zaczęła się wytwarzać zdrowa ziarnina tak, że po skończonem leczeniu rtęcią (chory zrobił razem 40 wcierań po 4 grm. dziennie) sprawa zakończyła się zupełnem zabliźnieniem. Kol. Ż. miał sposobność jeszcze po roku przypadek ten spostrzegać i mógł stwierdzić, że do nawrotu choroby nie przyszło.

Na dowód, że rtęć, a nie jod, jest lekiem rozstrzygającym w tych przypadkach, gdzie podejrzywamy tło kiłowe sprawy chorobowej, chociaż chory do przebytej kiły się nie przyznaje, przytacza kol. Ż. jeszcze jeden przypadek, spostrzegany przez niego w tutejszej klinice chorób wewnętrznych, gdy był jeszcze słuchaczem medycyny. Chorego, przedstawiającego objawy porażenia połowiczego, u którego zmian w sercu nie wykazano, który o przebyciu kiły nic sobie nie przypominał, leczono przez 4 miesiące roztworem jodku potasowego (8: 200 3 łyżki dziennie), chcąc w ten sposób przyjąć lub wykluczyć tło kiłowe zmian poraźnych. Pomimo tego nawet poprawy objawów chorobowych nie uzyskano. Podano wtedy rtęć pod postacią wcierań 4 gramowych, a skutek tego leczenia był taki, że po zrobieniu 40 wcierań, mowa, przedtem niezrozumiała, bełkocząca, stała się prawie prawidłową, władza w kończynach powróciła, również i czucie, pozostał tylko mały niedowład, co nie jest już winą rtęci, ale spóźnionego leczenia rtęcią, z powodu czego nastąpiły w układzie nerwowym trwałe zmiany następowe (Streszczenie własne).

IV. Kol. Dr. Chlumsky: Korzystając z łaskawego zezwolenia Pana Przewodniczącego, pozwalam sobie zademonstrować przypadek, który tak co do choroby samej, jako też co do dalszego jej przebiegu należy conajmniej do wielkich rzadkości.

Przed 7 tygodniami przywieziono do kliniki chirurgicznej chorą z objawami ciężkimi niedrożności jelit *(ileus)*. Od 3 tygodni trwają bóle w brzuchu, od 5 dni zaparcie stolca, wymioty, ciepłota podniesiona, tętno wyżej 100; wejrzenie hipokratyczne, ogromny upadek sił. Brzuch miernie wzdęty, w dolnej jego części guz wielkości głowy dziecka, kształtu owalnego, przesuwalny, twardy. Nie pozostawał on w żadnym związku z macicą, przy badaniu przez odbytnicę i przez pochwę z łatwością jednak wyczuwać się dawał. W jamie brzusznej płyn wolny. Rozpoznaliśmy wewnętrzne uwięźnięcie jelita, ewentualnie jego skręcenie. Przystąpiono natychmiast do laparotomii. W jamie brzusznej ciecz krwawo-ropna, w dość znacznej ilości; zmętnienie otrzewnej ściennej i jelitowej; tu i ówdzie strzępiaste naloty. Guz, który dawał się poprzednio wyczuć przez powłoki brzuszne, odpowiadał okręconej koło swej osi okrężnicy wstępującej i dolnej części jelita biodrowego. Skręcenie w kierunku przeciwnym skazówce zegarowej.

Odkręciłem pętlę i znalazłem przytem, że dolny koniec jelita cienkiego wraz z jelitem ślepem i wyrostkiem robaczkowym był wgłobiony do okrężnicy wstępującej na przestrzeni około 20 ctm. Część skręcona była sino zabarwiona, mocno obrzękła, pokryta złogami wypociny, w kilku miejscach zgorzelinowo zmieniona, przedewszystkiem na szyjce skręconej pętli. Zreponowanie wgłobienia okazało się niemożliwem; pętla naderwała się przy tym rękoczynie, z miejsca naddarcia wylało się kilka kropel ropy. Zapad, jaki podczas operacyi wystąpił, nakazywał kończyć możliwie najszybciej operacyę.

Wydobyłem całą część jelita wgłobionego na przednią ścianę brzucha, założyłem enteroanastomozę pomiędzy poprzecznicą i dolnym końcem jelita biodrowego, zeszytą część odprowadziłem do jamy brzusznej, część wgłobioną jelita pozostawiłem na wierzchu rany brzusznej, umocowawszy ją do brzegów rany kilku szwami. O wycięciu nie mogłem myśleć, trwałoby conajmniej 10—20 minut; przy tak silnym zapadzie byłoby to rzeczą nader ryzykowną. Jamę brzuszną o ile możności osuszyłem, — wytamponowałem sposobem Mikulicza, trzema szwami zacieśniłem ranę w powłokach brzusznych.

Po operacyi ciężki zapad trwał przez dni 3, zwolna chora przychodziła do sił. W 6—10 dni po operacyi wyjęto tampony. Ropnie, na wydobytej pętli i koło niej powstałe, otworzono. Powoli i pętla zaczęła wracać do siebie, — miejsca zmartwiałe (4—5) oddzieliły się bez wywołania przebicia, pozostawiona na wierzchu część pętli ściągała się zwolna, ale ustawicznie. Przed 10 dniami pętlę, przedstawiającą guz wielkości pięści, granulujący, odprowadziłem do jamy brzusznej. Pacyentka obecnie przedstawia się jak następuje: Na przedniej

ścianie brzucha znajduje się rana granulująca, wielkości 5-koronówki, który zapomocą kilku szwów będziemy się starać zamknąć w przyszłości. Pacyentka ma się bardzo dobrze.

Interesującą w tym przypadku jest kombinacya skręcenia jelita ślepego (*volvulus coeci*) z jego wgłobieniem. Skręcenie jelita ślepego samo przez się już należy do rzadkości. Manteuffel zebrał z całego piśmiennictwa 20 tylko takich przypadków Kombinacyi tych dwóch zboczeń chorobowych, t. j. skręcenia i wgłobienia w dostępnem mi piśmiennictwie nie mogłem odnaleźć. Również nadzwyczaj interesującem jest dobrowolne zmniejszanie się pozostawionego na wierzchu guza utworzonego przez wgłobione pętle.

Naprowadzałoby to na myśl, że w podobnych wypadkach możemy bez obawy, a z korzyścią dla chorego tego rodzaju zabieg wykonać i obejść się bez resekcyi jelita. (Streszczenie własne).

Kol. Prof. Kader zaznacza, że przypadek kol. Chlumsky'ego należy do wielkich rzadkości i jest bodaj unikatem. Przytem daje on nam praktyczną wskazówkę na przyszłość, zachowanie się bowiem wgłobionej, już zmartwiałej części jelita i jej »restitutio ad integrum« są ważnymi ze względu na pytanie, jak mamy przy resekcyach żołądka postępować w razie martwicy poprzecznicy, powstałej wskutek podwiązania naczyń w więzadle żołądkowo-poprzecznicowem. Stan odżywienia jej bywa często po tym zabiegu tak silnie upośledzony, że przychodzi do zgorzeli Otóż może możnaby tej smutnej ewentualności uniknąć przez inwaginacyę zagrożonych części okrężnicy poprzecznej. Zmiany w krążeniu po podwiązaniu mogą być pozornie bardzo nieznaczne, a mimo to może zgorzel nastąpić. Niedawno resekował prelegent nowotworowo zmieniony odźwiernik, gdzie po resekcyi w więzadle żołądkowo-okrężnicowem wystąpiła niewielka sinica poprzecznicy na przestrzeni conajwyżej 4—5 ctm. Mimo to rozwinęła się zgorzel prawie całej okrężnicy poprzecznej, którą wprawdzie zaraz na drugi dzień rozpoznano, jednak nie udało się (pomimo laparotomii i wycięcia zmartwiałej części jelita) pacyentki ocalić. Czy więc w tych przypadkach nie byłaby może inwaginacya części podejrzanych najlepszym zabiegiem zapobiegawczo leczniczym?

Już przed kilku laty inwaginował prelegent w podobnym przypadku 8—12 ctm. okrężnicy poprzecznej; uważał to jednak wówczas za »malum necessarium,« przedsięwzięte jedynie dla nieprzedłużenia operacyi resekcyą podejrzanych części. Zabieg się udał, wynik był dobry.

Wobec całego przebiegu sprawy w przypadku Dra Chlumsky'ego prelegent bierze na wzgląd taką inwaginacyę, gdzie przy resekcyi odźwiernika żywotność poprzecznicy jest kwestyonowaną Inwaginacya wtedy jest o tyle trudniejszą, że część inwaginowana nie posiada krezki. (Streszczenie własne).

V. Kol. Doc Bossowski przedstawia: a) Znany już przypadek »megacolon congenitum«, w którym z powodu małych sił dziecka odstąpił od radykalnego zabiegu, polegającego na wycięciu zmienionego jelita, a ograniczył się na założeniu przetoki między odcinkiem jelita cienkiego (w odległości kilkudziesięciu ctm. od przejścia jego w jelita grube) a odbytnicą, (Ileorectostomia) w nadziei, że w ten sposób jelito grube wypocznie i odzyska z czasem swą czynnościową zdolność. — Dziecko wygląda już lepiej, bębnica się utrzymuje, ale jest mniejszą. Obwód brzucha wynosi obecnie 48 ctm., podczas gdy przed operacyą wynosił 54 ctm. Łaknienie ma dobre.

b) Drugi przypadek dotyczył dziewczynki $4^1/_2$ lat liczącej, u której usunął złośliwy guz jajnika, ważący 2.700 grm. Badanie drobnowidowe guza wykazało, że jest to „Sarcoma globocellulare". — Ciekawym objawem u tego dziecka były krwawienia, występujące okresowo i mające charakter krwawień miesiączkowych.

W dyskusyi zabiera głos kol. Doc Kryński, uważając postąpienie w przypadku pierwszym za nieszczęśliwe, gdyż wykluczenie znacznej części jelita cienkiego i całego jelita grubego nie może pozostać obojętnem na odżywienie i siły dziecka. Sam byłby wybrał każde inne postępowanie, tylko nie to, jakiego użył kol. Bossowski.

Kol. prof. Kader sądzi, że w przypadku tego rodzaju, jak ten, kol Doc Bossowskiego, możnaby zastósować zabieg taki, jak „gastroplicatio" tj. „coliplicatio". polegający na wfałdowaniu ku wewnątrz ścian „megacolon". Sam stosował go raz w przypadku, gdzie cała poprzecznica z powodu zwężenia uległa znacznemu rozszerzeniu i zgrubieniu. Było to zwężenie pozapalne, usadowione w ramieniu odprowadzającem jelita esowatego; istniało ono od kilku lat, rozszerzenie powyżej jelita dorównywało grubością obwodowi uda dorosłego mężczyzny. Mimo usunięcia zwężenia, jako takiego, rozszerzenie poprzecznicy i zastoiny wskutek tego nie ustąpiły. Dopiero dokonała tego „coliplicatio", wszystkie chorobliwe objawy, a zwłaszcza uporczywe zaparcie stolca, zniknęły bezpowrotnie. Co się tyczy obaw kol. Doc. Bossowskiego, że „coliplicatio" nie doprowadzi do pożądanego wyniku, to radzi kol. prof. Kader, że wartoby jednak zastósować ją, tembardziej, że nie mamy w rzeczywistości żadnych przeciwwskazań przeciw temu zabiegowi.

Anastomozę pomiędzy „colon pelvicum". a ostatnią pętla jelita biodrowego robił kol. Prof. K. dwa razy: raz z powodu sprawy gruźliczej w jelicie ślepem i większej części poprzecznicy, drugi raz z powodu nowotworu w „flexura lienalis". W obydwu przypadkach rozcięto pętlę jelita biodrowego, część przylegającą do jelita ślepego zaszyto ślepo, koniec zaś doprowadzający wszyto w „colon pelvicum". (Częściowe wyłączenie jelita). W przypadku gruźlicy wynik był doskonały; natomiast w przypadku drugim nie był tak dobry, a to z powodu, że w poprzecznicy wystąpiła zastoina w części wyłączonej t. j. pomiędzy wzrastającym nowotworem a na ślepo zamkniętą częścią jelita biodrowego. Zastoina ta dawała się usunąć mięsieniem wzdętego jelita.

Przed kilku tygodniami operował kol. prof. Kader podobny przypadek i zastósował takie same częściowe wyłączenie chorego jelita. Chodziło tu o nowotwór w poprzecznicy. Koniec jelita biodrowego wszyto poniżej przeszkody, jelito zaś doprowadzające do jelita ślepego zamknięto ślepo. Wynik był początkowo doskonały, wkrótce jednak i tu wystąpiły zjawiska zastoiny miejscowej, ustępującej pod wpływem mięsienia.

Kol. Kader radzi więc przy nowotworach jelit, nie dających się radykalnie usunąć, a wymagających enteroanastomozy, zwykłą entoroanastomozę, nie zaś częściowe wyłączenie jelita, a tem mniej całkowite zajętych części, ze względu niebezpieczeństwa zastoiny.

Kol. Doc. Bossowski zaznacza w odpowiedzi, że w przedstawionym przypadku nie widział wielu dróg do wyboru. — Wycięcie jelita uważał za zabieg, przechodzący siły dziecka; — pozostał mu więc jedynie wybrany przez niego sposób, który nie jest tak nieszczęśliwy, gdyż z jelita cienkiego wykluczył zaledwie kilkadziesiąt ctm., a wykluczenie jelita grubego, jak to wykazały doświadczenia, nie przedstawia nic groźnego dla chorego. Kol. Kryński zaznaczył, że byłby użył innego sposobu, ale sposobu tego nie określił, więc nie można ocenić, czy sposób byłby rzeczywiście lepszy.

VI. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Ciąg dalszy).

Ziembicki (Lwów). *O wyniku operacyjnego leczenia obustronnej stopy szpotawej.* Mowca przedstawia modele gipsowe chorego, 34 lat liczącego, z obustronną wysoko posuniętą stopą szpotawą wrodzoną. Modele gipsowo zdjęte przed operacyą i po wygojeniu. Chory chodzi zupełnie prosto i na całej stopie, podczas gdy przedtem nie mógł inaczej chodzić, jak opierając się na brzegu zewnętrznym i zewnętrzno-górnej ścianie stopy. Operacya polegała na klinowem wycięciu (Farabeuf-Kocher) szyjki kości skokowej i wyrostka kości piętowej, wyłuszczeniu kości łódkowatej, operacyi Phelpsa i przecięciu ścięgien m. goleniowego przedniego, tylnego i więzu trójkątnego. Mowca jest zdania, że w przypadkach tego rodzaju jedna operacya, polegająca na usunięciu kości skokowej, klinowej tarsektomii i t. d. jest niewystarczająca; — należy łączyć różne zabiegi wedle potrzeby i to nie na jednem, ale na kilku posiedzeniach, tak długo, aż się uzyska prawidłowe ustawienie stopy. Po operacyach nie zeszywa zupełnie rany, lecz tamponuje, a to celem uniknięcia możliwego ropienia, które wpływa w wysokim stopniu niekorzystnie na wyniki leczenia.

Keen (Philadelphia): *Przypadek, w którym podwiązał aortę brzuszną.* U osobnika 52-letniego podwiązał mowca w powodu tętniaka, usadowionego tuż pod przeponą, aortę brzuszną zapomocą

czterech silnych nitek jedwabnych. Czy podwiązka ta założona była powyżej, czy poniżej, pnia trzewnego, na pewno określić nie może; to tylko pewne, że założona była powyżej odejścia tętnic nerkowych. Pomimo tego musiało się wytworzyć krążenie w tętnicy udowej i nerkowych, gdyż nerki były, jak to sekcya wykazała, zupełnie prawidłowe. Chory uchodził za wyleczonego, wstawał i dopiero 40-tego dnia po operacyi zmarł nagle, wśród objawów wewnętrznego krwotoku. Sekcya wykazała, że podwiązka przecięła ścianę tętnicy i że przyczyną śmierci był następowy krwotok. Z 13-tu ogłoszonych przypadków tętniaka aorty, 10 operowanych żyło po 2 dni, jeden 10 dni, jeden 39 dni; przypadek mowcy 40 dni po operacyi.

Bloch (Paryż): *Tarsoptosis i Tarsalgia.* Bloch dzieli choroby stopy, cechujące się bólami, występującymi przy chodzeniu, na dwa działy: *Tarsoptosis i Tarsalgia.* Pierwsze rozpoznaje się po bolesności kości sześciennej, po przypłaszczeniu całego śródstopia i po bólach, występujących po krótkiem chodzeniu. — W cierpieniach działu drugiego brak jest bólu kości sześciennej, a główną ich cechą są zaburzenia odżywcze i bóle, występujące natychmiast, skoro tylko chory opuści stopę do chodzenia i podniesie piętę do góry. — W cierpieniach tych dobre świadczy usługi podeszwa, uniemożliwiająca zginanie przedniej części stopy ku jej części tylnej, a posiadająca okrągłe wycięcie w miejscu, odpowiadającem usadowieniu bólu w stopie.

Vulpius (Heidelberg): *Przeszczepianie ścięgien i jego znaczenie w leczeniu porażeń.* Przeszczepianie ścięgien jest operacyą technicznie łatwą, przedstawiającą bardzo małe niebezpieczeństwo, a dającą zadawalniające wyniki w rozmaitych cierpieniach mięśni. Najważniejsze wskazania do niej są: 1) Urazowe ubytki mięśni i ścięgien; 2) Porażenia mięśni pochodzenia rdzeniowego, szczególnie u dzieci; 3) Porażenia mięśni u dzieci pochodzenia mózgowego; 4) Porażenia połowicze po udarach mózgowych; 5) Choroba Littlego. — Przy porażeniach częściowych przeszczepianie mięśni jest bezwzględnie wskazanem, przy zupełnych zaś porażeniach trzeba wybierać między „Arthrodesis", a skróceniem ścięgien. Porażenia zupełne są jego zdaniem rzadkie i często zdarza się, że brak jest zupełny czynnych ruchów, a mimo to porażenie nie jest zupełnem. Wynik jest dobry wtedy, jeżeli się przy końcu operacyi uzyska prawidłowe pośrednie ustawienie chorego stawu. Mowca wykonał 160 tego rodzaju operacyi i doszedł do przekonania, że 1) poprawa w ustawieniu kończyny jest trwała i 2) że z poprawą tą idzie w parze powrót mniej lub więcej prawidłowych ruchów czynnych.

Wyniki pooperacyjne poprawiają się często nadspodziewanie pod wpływem leczenia następowego. Im bardziej porażenia są ograniczone, im bliższe sąsiedztwo mięśni zdrowych, im lepiej są utrzymane mięśnie zdrowe, tem świetniejszy wynik. W końcu zależy także wynik od okolicy porażenia; i tak, najlepsze warunki do tej operacyi przedstawia przedudzie, mniej dobre udo, a najtrudniejsze ręka. — Nawroty maleją ze wzrostem doświadczenia. K. w swych operacyach nie poświęcał nigdy mięśnia w zupełności, przyszywał obwodowy odcinek ścięgna mięśnia zdrowego do sąsiedniego mięśnia porażonego.

Ważnym fizyologicznie czynnikiem jest tu zdolność przystosowania się przeszczepionych mięśni do swej nowej czynności.

Moestin (Paryż): *Łagodne postacie zapalenia mięśnia lędźwiowego (psoitis).* Mowca podnosi, że rokowanie w tej chorobie nie jest tak bezwzględnie złe, jak przypuszczano, — a na dowód tego przytacza dwa przypadki, w których po wczesnem i szerokiem nacięciu uzyskał wyleczenie. — Przypadki te nazywa przypadkami łagodnymi, w przeciwieństwie do przypadków ciężkich, w których zapal. m. lędźwiowego jest tylko jednym z objawów ogólnej ropnicy i w których najwcześniejsze otwarcie ropnia nic nie pomaga.

W końcu opisuje przypadek, dotyczący kobiety, która dziesiątego dnia po porodzie zachorowała na zapalenie m. lędźwiowego i wyzdrowiała bez chirurgicznego zabiegu, gdyż zapalenie nie przeszło w ropienie, lecz ustąpiło po zastosowaniu wyciążków na kończynę. Te postacie schorzenia dołączają się zdaniem jego do zapalenia sąsiednich gruczołów chłonnych, — mogą jednakowoż występować także pierwotnie.

Nanu (Bukareszt): *Przypadek, w którym zeszył serce.* W przypadku jego rozchodziło się o ranę kłótą w trzecim przestworze międzyżebrowym, przeszywającą opłucnę. Chory zmarł 6-tego dnia. W opłucnej znaleziono 2 litry cuchnącego płynu. Szew serca był zupełnie dokładny. Przypadek ten pouczył mowcę, że tak w worku osierdziowym, jak na sercu samem można przedsiębrać różne zabiegi bez szkodliwych następstw. Nitkowate poprzednio tętno przybrało w jego przypadku cechy tętna prawidłowego, skoro tylko szew serca i osierdzia były ukończone. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Nie może ulegać wątpliwości, że obowiązkiem społeczeństwa jest, aby dla swych umysłowo chorych członków miały odpowiednie zakłady i przytuliska, których celem są: 1) leczenie tych, którzy lekarskiej pomocy potrzebują i mogą być wyleczonymi; 2) ochrona chorych przed sobą samymi i otoczeniem i 3) ochrona społeczeństwa przed obłąkanymi. Liczba i wielkość tych zakładów winna w ścisłej pozostawać zależności od liczby obłąkanych danego kraju lub państwa. Najwyżej pod względem opieki nad obłąkanymi stoi Anglia, gdzie niemal wszyscy umysłowo chorzy znajdują pomieszczenie w zakładach publicznych. Rozpatrzmy się teraz, jak się przedstawia ta sprawa u nas i w poszczególnych krajach monarchii. I tak istniało[1]) w monarchii austryackiej w roku 1897 30 zakładów publicznych, a 8 prywatnych, z 12,214 łóżkami, które w ciągu roku zajmowało 20,852 chorych. Stosownie do tych liczb wypadał w tymże roku jeden zakład na 607,895 mieszkańców (wedle spisu ludności z roku 1890), jedno łóżko na 1943 mieszkańców, a jeden chory na 1137 mieszkańców, przyczem nie wchodzą tu w rachubę kretyni. Z ogólnej liczby obłąkanych (w przybliżeniu 38,000) znalazło pomieszczenie w zakładach 43·5%, w przytuliskach 10%, a pozostawało bez opieki lekarskiej 46·5%. Odsetkowy ten stosunek przedstawiał się bezwzględnie najniekorzystniej na Bukowinie, gdzie 76·3%, potem zaś w Galicyi, gdzie 72·8% obłąkanych nie znajdowało pomieszczenia w zakładzie. W dalszym ciągu niepomyślnym trzeba nazwać ten stosunek w Dalmacyi (70·3%), Krainie (59%) i w Czechach (51·4%, mimo 6 zakładów, z których 5 krajowych z 4093 łóżkami). Pozornie najniekorzystniej przedstawia się ten stosunek dla Istryi (86·9), ale równoważy się on z najpomyślniejszym stosunkiem Tryestu, który będąc siedliskiem dwóch zakładów miejskiego i krajowego, wykazuje tylko 18·5% wolnych obłąkanych. Przyjrzyjmy się teraz liczbie obłąkanych. I tak najwięcej ich liczebnie posiadają Czechy, razem bowiem z kretynami było ich w r. 1897 około 13,600; po Czechach następuje już Galicya z przeszło 8,000 obłąkanych i kretynów, a potem Austrya dolna z niespełna 8,000. Teoretycznie zwykło się liczyć 3 umysłowo chorych na 1000 mieszkańców; otóż w Czechach wypada jeden obłąkany, względnie i kretyn, na 427, w Galicyi 1:700, w Austryi dolnej zaś 1:350; w całej zaś monarchii przeszło 3:1000 mieszkańców.

Jakkolwiek wedle tego wykazu stosunkowo nie obfituje Galicya w obłąkanych tak, jak inne kraje koronne, mimo to jednak, a nawet tem bardziej, smutnie przedstawia się w niej stosunek chorych, umieszczonych w zakładzie (23·3%) lub przytuliskach (3·9%) do pozostających bez opieki lekarskiej (72·8%).

Wydział krajowy zna już oddawna ten smutny stan i dąży do zaradzenia złemu, lecz dziwnym zaiste jest zbieg okoliczności, że w tem dążeniu pomija wytrawne rady i wskazówki ludzi zawodowych, jacy np. wchodzili w skład umyślnie w tym celu zwołanej w r. 1891 ankiety, a postępuje wedle rad, które z doświadczeniem fachowem niekoniecznie dadzą się pogodzić. I tak chociaż rzeczona ankieta po przemówieniach śp. prof. Blumenstoka i radcy Gaustera sprzeciwiła się ze słusznych powodów koncentracyi wszystkich obłąkanych pod dachem jednego zakładu, to jednak Wydział krajowy dąży ustawicznie do centralizacyi wszystkich obłąkanych pod dachem zakładu kulparkowskiego. Ale zapytajmy

[1]) Liczby wedle „Oester. Statistik 55 Bd. Wien 1900."

się, dlaczego projekt centralizacyjny należy uważać za błędny? Otóż gdyby Galicya była mniej rozległą, niż jest w istocie, gdyby ona była krainą ludzi wyłącznie zamożnych, to projekt taki mógłby być dla ludności conajwięcej niewygodnym. Tymczasem ten górny tysiąc ludzi zamożnych unika zakładów krajowych i szle swych chorych do prywatnych zakładów wiedeńskich lub zagranicznych. Dalszy tysiąc umieszcza swych chorych w dwóch prywatnych zakładach naszego kraju, a reszta, z konieczności niewybredna, umieszcza swych chorych w zakładach, utrzymywanych kosztem kraju. Przypuśćmy tedy, że istnieje tylko jedyny zakład w Kulparkowie, cóż ma począć ubogi urzędnik lub co gorsza, wyrobnik z zachodniej Galicyi, gdy w rodzinie jego wydarzy się choroba umysłowa? Czy może być dlań obojętnym koszt przewozu chorego, n. p. z Krakowa do Kulparkowa i niezbędnych w tym czasie opiekuna lub opiekunów? czy może być dlań obojętną utrata zarobku przez czas jego wyjazdu, a wreszcie i ta okoliczność, że nie może on mieć nadziei częstszego lub zgoła odwiedzania chorego? Tak więc wzgląd humanitarny sprzeciwia się już projektowi centralizacyjnemu. Drugi wzgląd jest administracyjny i lekarski. Już ś. p. Gauster podniósł na pierwszem posiedzeniu ankiety w r. 1891, kiedy zastanawiano się nad sprawą rozszerzenia Kulparkowa „że przy wyższej liczbie chorych nad 300 trudno jest jednemu dyrektorowi zakładem kierować,“ a ja tu dodałbym, że trudno, a nawet niemożliwem jest dlań otoczyć taką liczbę chorych niezbędnym nadzorem; że zaś taki nadzór lekarski w zakładach dla obłąkanych jest potrzebny, zbytecznem byłoby udowadniać. Co się tyczy rozmiarów, to wiadomo, że najodpowiedniejsze są zakłady średnie, o tem wie nietylko specyalna wiedza, ale także i architekci. I tak, A. Funk, [1]) nadradzca budownictwa i tajny radca rządowy w Hanowerze powiada: „die mittleren Irren-Anstalten für 150 bis 400 Kranke bilden die überwiegend grosse Mehrzahl, weil die kleinen Anstalten (für 50 bis 150 Kranke) verhältnissmässig theuerer und daher nur für kleinere Ländergebiete geeignet sind, während es in grossen Ländern oder Provinzen zweckmässig gehalten wird anstatt sehr grosser concentrirter Anstalten, (über 400 Kranke) solche in den Provinzen thunlichst zu vertheilen, damit die Wege zu denselben nicht zu weit sind und endlich weil es für die Aerzte schwer ist, eine noch grössere Zahl von Kranken als 300 bis 400 nach der Individualität genügend sorgsam und mit Erfolg zu behandeln.“ Tak architekt, a nie lekarz, Funk; a teraz rozpatrzmy się, jak w tym względzie postąpiono już nie w cesarstwie niemieckiem, odznaczającem się wzorowymi zakładami dla obłąkanych, lecz w krajach koronnych naszej monarchii. I tak w Austryi dolnej o tyle od Galicyi mniejszej a zamożniejszej, istnieje oprócz rządowej kliniki i stacyi obserwacyjnej przy szpitalu powszechnym w Wiedniu, 5 zakładów krajowych, t. j. w Wiedniu (na 700 łóżek), w Kierling-Gugging (na 600 łóżek), w Ybbs (na 450 ł.), w Klosterneuburgu (na 510 ł.), w Langenlois (na 184 ł.); w Styryi oprócz kliniki rządowej w Gracu, krajowy zakład w Feldhof z filiami w Kainbach, Lankowitz i Hartberg (razem na 681 ł.) i w Schwarzberg (na 186 ł.); w Tyrolu, oprócz kliniki rządowej w Insbruku dwa krajowe zakłady i jedna krajowa stacya obserwacyjna, a to w Hall (na 300 ł.) Pergine (na 240 ł.) i w Bozen (st. obserw.); w Czechach 5 krajowych zakładów, a to w Pradze (na 1370 ł.), Dobżan (na 1450 ł.) Kosmanos (na 858 ł.) Berkowicach (na 415) i Vobożan (na 283 ł.), wreszcie na Morawach dwa krajowe zakłady, t. j. w Bernie (na 445 łóżek) i w Allhütten (na 450 ł.) Wobec tego rozmieszczenia zakładów w krajach koronnych mniejszych, niż Galicya, a posiadających zamożniejszą ludność i o wiele gęstszą sieć kolejową, projekt centralizacyi obłąkanych w Galicyi na gruncie Kulparkowa wydaje się może oryginalnym, ale ze względów już podniesionych wysoce niewłaściwym i błędnym. I jeszcze jeden wzgląd przemawia przeciw temu projektowi. I tak już ankieta w r. 1891 rozważała sposoby zaradzenia brakowi obznajomienia młodych naszych lekarzy z praktyczną psychiatryą. Wprawdzie wykształcenia psychiatrycznego winien nabyć lekarz jeszcze w czasie swych studyów w uniwersyteckiej klinice tak, jak nabywa wiadomości z praktycznej chirurgii, medycyny wewnętrznej itd.; ale wiadomo, że to uniwersyteckie wykształcenie medyka w naukach, opartych na doświadczeniu, nie wystarcza dla przyszłego jego zawodu i że dlatego wskazanem jest, aby on przed rozpoczęciem samodzielnej praktyki w stosownych oddziałach szpitalnych lub klinicznych swe doświadczenie praktyczne uzupełnił. Jeżeli tedy będzie w kraju istniał tylko jeden zakład i to znacznie oddalony od jednego Wydziału lekarskiego najstarszej naszej szkoły głównej, to znaczny zastęp młodych lekarzy nie znajdzie możności uzupełnienia po doktoracie swego doświadczenia w zakresie psychiatryi. Temu złemu, wynikającemu z centralizacyi zakładów dla obłąkanych, nie zapobiegnie utworzenie uniwersyteckiej kliniki psychiatrycznej, przeznaczonej w pierwszym rzędzie dla uczniów.

Z tego, co do tej chwili nadmieniłem, wynika już dobitnie, jak nieodzownie potrzebny jest drugi zakład dla zachodniej Galicyi, a już conajmniej utrzymanie dotychczasowego pawilonu dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza. Doniosłości dzisiejszego pawilonu dla obłąkanych w Krakowie dowodzi także i sama frekwencya chorych, rocznie w nim leczonych. Na 115 łóżkach tego pawilonu w ciągu roku 1897 spoczywało 446 chorych, mimo że czas leczenia chorych umysłowych jest przeciętnie znacznie dłuższy od czasu leczenia innych chorób. Podczas gdy w zakładach w Pradze, Wiedniu, Feldhof, Allhütten itd. stosunek łóżek do liczby chorych, leczonych w ciągu r. 1897, był taki, że jedno łóżko było w ciągu tego roku zajęte przeważnie przez dwóch chorych po sobie, czyli że chorzy zmieniali się w ciągu roku tylko raz, dalej gdy w zakładach jak: w Gugging, Ybbs, Berkowicach, Valdune itd liczba łóżek równała się niemal rocznej liczbie chorych; wreszcie podczas gdy stosunek ten w Kulparkowie wynosił w roku 1897 jedno łóżko na dwóch chorych, to w pawilonie krakowskim spoczywało w ciągu roku na jednem łóżku czterech (!) chorych, czyli że cztery razy w roku musieli się zmienić chorzy. Powiadam, musieli się zmienić, bo z powodu nawału chorych, musiano jako tako podleczonych lub chwilowo uspokojonych chorych wydalać, by znaleźć miejsce dla nowych więcej niebezpiecznych lub więcej leczenia w danej chwili potrzebujących. Ta okoliczność, toć chyba także ważny dowód nieodzownej potrzeby zakładu w zachodniej części kraju, a w szczególności w Krakowie, który nadto w wykazie statystycznym za rok 1897 figuruje ze znacznie wyższą liczbą obłąkanych (51), niż stolica kraju, t. j. Lwów (40). Że zaś Kraków w tem smutnem współzawodnictwie ze Lwowem odnosi boleśne zwycięstwo, tłómaczyć trzeba wyższym stopniem oświaty jego mieszkańców, albowiem jak doświadczenie uczy, tam gdzie wyższa oświata, niestety i więcej obłąkanych. (C. d. n.)

[1]) Handbuch der Architektur von Prof. Durm, Ende i t. d. Darmstadt 1891 5 Halbband 2 Heft str. 29.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Kolega Dr. Kazimierz Flis złożył na „fundusz zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach“ przy zawiązać się mającem Towarzystwie samopomocy kwotę 36 koron, którą tytułem honoraryum, wskutek wniesionego pozwu zapłacił pacyent kol. Flisa, pan S. O., przed wyrokiem w drodze ugody w dniu 6-tym grudnia b. r. w tutejszym Sądzie powiatowym cywilnym.

Kwota ta, stósownie do życzenia kol. Flisa, złożoną zostanie na książeczkę pow. Kasy oszczędności Nr. 31840 i dołączoną do ofiarowanych poprzednio przez innego kolegę 200 koron.

Dr. Langie,
sekretarz Komisyi organizacyjnej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 13 grudnia 1900.

* W ostatnim zeszycie »Nowin Lekarskich« czytamy następujące oświadczenie »od Redakcyi«:

»Stosując się do życzeń wielu kolegów, a mając zarazem na uwadze cenne uwagi kol. Dunina, umieszczone w »Krytyce Lekarskiej«, a tyczące się reformy prasy lekar. polskiej, „Nowiny Lekarskie« w roku przyszłym uwzględniać będą przeważnie dział referatowy. Prenumerata pozostaje ta sama, jak dotychczas. »Nowiny Lekarskie« wychodzić będą na początku każdego miesiąca.«

* Z łaskawie nam nadesłanego projektu Statutu mającej się zawiązać Kasy zapomogowo-pensyjnej przy Izbie lekarskiej wsch. gal. wyjmujemy parę paragrafów, najwyraźniej przedstawiających zamiary Izby: § 2) Celem Kasy jest: a) dostarczenie członkom Izby lek. wsch. gal. zapomóg zwrotnych i bezzwrotnych; b) wspieranie materyalnie podupadłych lekarzy, lub lekarzy inwalidów, t. j. niezdolnych do pracy czasowo lub trwale, ewentualnie ich wdów i sierót. § 3) Członkiem instytucyi jest z obowiązku każdy lekarz, przynależny do Izby lek. wsch. gal. § 5) Członkowie są obowiązani: a) zapłacić wpisowe 10 kor. b) płacić do Kasy zapomogowo-pensyjnej miesięczną wkładkę, która dla przystępujących przed 30 r. życia wynosi 2 kor. miesięcznie; przed 40 r. życia 3 kor. miesięcznie; dla przystępujących po 50 r. życia do 60 r. życia 5 kor. mies. Po 60 r. życia członkowie są uwolnieni od obowiązku przystąpienia do Kasy; mogą atoli na prośbę być przyjęci przez Izbę, która im oznaczy wysokość opłaty § 6) Członek utraca swoje prawa a) przez przeniesienie się do innej Izby lekar., lub ustawowe z niej wystąpienie; b) wskutek śmierci; c) wskutek zaniechania zawodu, chyba że zobowiąże się do dalszego płacenia wkładek, na co Izba zgodzić się musi.

* We Lwowie zawiązał się Komitet dla budowy miejskiej lecznicy ludowej dla chorych gruźliczych. Przewodniczącym Komitetu wybrano prezydenta miasta Dra Małachowskiego; jego zastępcą protomedyka Dra J. Merunowicza, sekretarzem Dra W. Legieżyńskiego.

* Stopień Doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Oton Loewy i Maksym. Tschapka.

* N. 140 »Odczytów klinicznych« zawiera rozprawę prof. Ant. Gluzińskiego »O leczeniu wrzodu żołądka.«

* III-ci Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się 25 do 29 maja 1901 r. Na prezesów honorowych wybrani zostali profesorowie: W. Čelakovský, B. Eiselt, A. Frič, I. Hraský, K. Kořistka, I. Schöbl, F. Studnička, I. Solin, K. Zenger, Kolaček, prezes Akad. Umiejęt. Hlávka i F. Křižik. Przewodniczącym Komitetu gospodarczego wybrany został prof. Hlava, jego zastępcami prof. Dr. Strouhal i prof. Veyr, generalnym sekretarzem doc. Dr. Veselý. (»Časopis lék. č.« No 49).

* Trzeci zeszyt »Słowiańskiej Bibliografii lekarskiej,« ułożony przez Dra Jana Semerada, opuścił prasę i stanowi najsumienniej zestawiony wykaz dorobku piśmienniczo-naukowego lekarzy słowiańskich. Podnosimy z uznaniem to pożyteczne wydawnictwo redakcyi „Časopisu lékařů českých.“

* Najwyższa Rada zdrowia obradowała w Wiedniu dn. 1 grud. Między innemi roztrząsano dwie sprawy ogólniejszego znaczenia, mianowicie; 1) określenie, jakie mają być wymagane warunki, upoważniające do tytułu i prawa praktyki specyalnej i 2) wyjaśnienie pojęcia „praktyka lekarska“ w znaczeniu ustawy Izb lekarskich.

* W Berlinie ustawiono w auli uniwersyteckiej popiersie marmurowe prof. Langenbecka.

* Angielski Kongres dla walki z gruźlicą zbierze się d. 22 lipca 1901 r. pod przewodnictwem ks. Walii.

* „Medical Record“ donosi, że wojsko Stanów Zjednoczonych północnej Ameryki odczuwa wielki brak lekarzy.

* Trzeci wszechamerykański Zjazd lekarski odbędzie się w Hawanie d. 26—29 grudnia r. b. Wszelkich wiadomości udziela sekretarz Dr. Thomas V. Coronado (Habana, Prado, 105).

* Prezesem Izby lekarskiej wiedeńskiej wybrany został prof. I. Heim, jego zastępcą Svetlin.

* Po odjechaniu z teatru wojny w południowej Afryce europejskich ambulansów, Boerowie odczuwają wielki brak lekarzy. Niemiecki ogólno lekarski związek zwraca na to uwagę lekarzy i oświadcza, że chcącym się podjąć obowiązków polowych lekarzy pierwszej pomocy, związek dostarczy funduszów na podróż i wyekwipowanie się. W ogłoszeniu tem nie powiedziano, czy dotyczy ono tylko lekarzy niemieckich, lub też i innych narodowości.

Mianowania i odznaczenia. Dr. H. Fehling, mian. został prof. kliniki ginekol. w Strasburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. A. Podriez, prof. chirurgii w Charkowie. Dr. Spinola, dyrektor berlińskiej *Charité*, zmarł w Berlinie. Dr. Embleton b. prof. medycyny w Durham University College, zmarł w Newcastle. Dr. Noyes, prof. okulistyki, zmarł w New-Yorku. Dr. Bronisław Wagner, okulista warszawskiego szpitala dzieci, zmarł w 34 r. życia Dr. Grzegorz Wirpsza, wiceprezes Towarz. lekar. samarskiego, lekarz szpitalny, zmarł w Samarze.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 12: Dr. Wrzoska A.: O kierunkach we współczesnej medycynie. Muttermilcha A.: Kilka słów w sprawie analiz moczu. Kramsztyka M.: „A napisz pan testament.“ Dr. Wizla A.: Stosunek psychologii do psychiatryi (c. d.). Dr. Srebrnego Z.: Polemiczny artykuł: W sprawie reformy naszej prasy lekarskiej. W *Postępie Okulistycznym* (listopad): Noiszewskiego K.: Hidroelektryzacya oka. Dr. Talko I.: Meningocele intraorbitalis posterior (c. d.). Dr. Bednarskiego A.: Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (dok.). W *Medycynie* Nr. 49: Palmirskiego Wł. i Karłowskiego Z.: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1899. Dr. Helmana D.: Kilka uwag o roli lasecznika zielonej ropy w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy zielonej wogóle (dok.). Wertheima A.: Przypadek rany postrzałowej żołądka, powikłanej zranieniem wątroby i nerki. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 49: Dr. Kijewskiego: O znieczuleniu rdzeniowem zapomocą kokainy. Kopytowskiego W.: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaścu. W *Nowinach Lekarskich* (Zesz. 22): Sołowija i Krzyszkowskiego J.: Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki i zaśniadzie groniastym. oraz nowy przypadek złośliwego zaśniadu groniastego (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Krajewska Teodora: Osteomalacie in Bosnien (Odbitka z „Wien. Mediz. Wochensch.“ Nr. 38).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 19 grudnia, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym wybory członków zarządu Towarzystwa na r. 1901.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Od Administracyi.

»Przegląd lekarski« wychodzić będzie w ciągu roku 1901 według tego samego programu, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie pieniędzy i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Rok XXXIX. Kraków, 22 Grudnia 1900. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni Dra Roux w instytucie Pasteura w Paryżu.

Przyczynek do sprawy powstawania gruzełka.

Podał

Dr. B. Dembiński.

Sprawa powstawania gruzełka oddawna dzieli histologów na dwa obozy.

Podczas gdy Koch, Cornil, Miecznikow, Borrel twierdzą, iż tworzy się on z komórek ruchomych, czyli białych ciałek krwi, inni, jako to: Wagner, Baumgarten Ziegler, Strauss, Broden dowodzą, iż powstaje on z komórek stałych pewnego narządu [1]).

Pierwsze z tych zapatrywań najpoważniej reprezentuje praca Borrela [2]). Według niego prątki, wprowadzone do obiegu krwi, zostają natychmiast pochłonięte przez ciałka wielojądrowe. Przez dwadzieścia cztery godziny postać rzeczy się nie zmienia. Po upływie doby leukocytoza jest mniej ogólną, a na trzeci dzień leukocyty zaczynają podlegać zwyrodnieniu: jądro ich staje się mętne, lub rozpada się na grudki chromatynowe; około piątego dnia ciałka wielojądrowe znikają zupełnie. Od końca drugiego dnia tj. od chwili, gdy komórki wielojądrowe zaczynają podlegać zwyrodnieniu, zjawiają się leukocyty jednojądrowe: są to komórki duże, o jądrze jedynem, lecz wielkiem, o protoplazmie obfitej. Przez spajanie się tych komórek powstają komórki olbrzymie. Na trzeci dzień gruzełek już jest zupełnie utworzony: za środek służy mu zwykle naczynie włoskowate, bardzo rozszerzone. W środku samego naczynia znajdują się komórki wielojądrowe zwyrodniałe, a naokoło jedna lub kilka komórek olbrzymich, zawierających zawsze prątki gruźlicze. Nazewnątrz naczynia gromadzi się znaczna ilość limfocytów, tj. małych komórek jednojądrowych o dużem jądrze i o skąpej protoplazmie.

Tak więc podług Borrela gruzełek powstaje zawsze z leukocytów jednojądrowych.

Drugie zapatrywanie podaje najdokładniej praca Brodena [3]). Podług tego autora, u zwierząt, którym zaszczepiono prątki gruźlicze do otrzewnej, tworzy się wysięk, który początkowo zawiera wyłącznie białe ciałka wielojądrowe, obdarzone ruchem pełzakowatym. Od drugiego dnia nie spotyka się prątków leżących wolno; znajdują się one przeważnie wewnątrz leukocytów, a po części w komórkach stałych danego narządu. Wreszcie, w kilka dni później leukocyty, zawierające prątki, znikają zupełnie i te ostatnie znajdują się tylko w komórkach stałych.

Broden więc dochodzi do wniosku, iż leukocyty tylko na początku odgrywają rolę, później zaś rolę ich obejmują stałe komórki, które dzieląc się wytwarzają gruzełek.

Podawszy streszczenie dwóch najpoważniejszych, a sprzecznych ze sobą prac, dotyczących powstawania gruzełka, przechodzimy do opisu własnych naszych badań, zmierzających do wyświetlenia tej spornej sprawy.

Technika. By dokładnie rozróżnić komórki śródbłonkowe od innego rodzaju komórek, napuszczaliśmy sieć *(epiploon)*, rozpostartą na szkiełku, jednoprocentowym rozczynem azotanu srebrowego, następnie przepłókiwaliśmy preparat wodą i zostawiając na nim cienką warstwę wody, wystawialiśmy na światło słoneczne, by otrzymać redukcyę. Po ukończeniu tej sprawy utrwalaliśmy preparat płynem Flemminga: (kwas chromowy 1% — 15 cz. kwas osmowy 3% 4 cz. kwas octowy 1 cz.), w którym go zostawialiśmy przez 24 godziny i barwiliśmy 10% rozczynem mięszaniny następującej:

Magenta	$10_{,0}$
Alkohol	$300_{,0}$
Kwas karbolowy	$6_{,0}$

Po półgodzinnem działaniu płókaliśmy preparat wodą i barwiliśmy powtórnie pikro-indygo-karminem, który to barwnik przygotowuje się w ten sposób, iż do 100 c. sz. nasyconego rozczynu wodnego indygokarminu dodaje się 65 c. sz. nasyconego rozczynu kwasu pikrynowego.

Sposób powyższy pozwala dokładnie rozróżnić rozmaitego rodzaju komórki, ale prątki pozostają niezabarwione. By je zabarwić, utrwalaliśmy preparat w zakwaszonym rozczynie sublimatu, poczem barwiliśmy fuksyną i błękitem metylenu utlenionym, który zabarwia daleko silniej niż błękit zwyczajny. Barwnik ten przygotowuje się (podług Borrela) w ten sposób: Soda gryząca osadza z azotanu srebrowego tlenek srebra. Ten ostatni, przepłókany starannie wodą i dodany do błękitu metylu, utlenia go i przekształca chlorek błękitu na tlenek błękitu.

Po zbadaniu sprawy tworzenia się gruzełka na preparatach utrwalonych i zabarwionych, przystąpiliśmy do badania tkanki żywej, umieściwszy ją w termostacie w ciepłocie 37°C. Musimy odrazu zauważyć, że sposób ten jest daleko

---

[1]) Droba dowodzi w najnowszych swych badaniach (*Akademia Umiejęt. w Krakowie* Lipiec, 1900) związku powstawania pewnych przynajmniej części gruzełka (tworów olbrzymich) z komórkami stałych naczyń krwionośnych. Dowiedziawszy się o badaniach Droby już po ukończeniu i oddaniu do druku tej pracy, nie mogę ich już szczegółowo uwzględnić.

[2]) Borrel. Tuberculose pulmonaire expérimentale. *Annales de l'Institut Pasteur*. 1893 str. 593.

Borrel. Tuberculose expérimentale du rein *Annales de l'Institut Pasteur*. 1894 str. 65.

[3]) Broden. Recherches sur l'histogénèse du tubercule. *Archives de méd. exp. et d'anat. path.* 1899 n. 1.

gorszy od pierwszego, gdyż bez utrwalenia i zabarwienia obrazy nie są jasne i nie pozwalają na odróżnienie jednych komórek od drugich. Z trudnością nawet spostrzegać można ruchy pełzakowate leukocytów, które zresztą łatwo można pomięszać z ruchami Browna.

O p i s s i e c i p r a w i d ł o w e j. Przed opisem zmian, które zachodzą w sieci po wstrzyknięciu prątków gruźliczych, powiedzmy naprzód słów kilka o jej budowie prawidłowej.

Przy badaniu drobnowidowem preparatu, napuszczonego azotanem srebrowym i zabarwionego pikro-indygo-karminem, najpierw wpadają w oczy włókna tkanki łącznej, zabarwionej na blado-niebiesko. Biegnąc i przecinając się w rozmaitych kierunkach, włókna te tworzą siatkę o okach mniejszych lub większych.

Na tem podłożu z tkanki łącznej spoczywa warstwa komórek płaskich, których zarysy, napuszczone azotanem srebrowym, tworzą wieloboki o bokach nieregularnych i krętych. Komórki te zawierają jądra o bardzo delikatnej siatce chromatynowej, barwiącej się na różowo pikro-indygo-karminem; są one dosyć duże, kształtu owalnego, prawie wszystkie jednakowych rozmiarów. Niektóre komórki posiadają jedno tylko jądro, inne dwa, trzy lub więcej.

W pobliżu naczyń znajduje się inny rodzaj komórek: małych, okrągłych, których jądro jest okrągłe lub owalne i zabarwia się ciemno-czerwono pikro-indygo-karminem. Protoplazma tych komórek, otaczająca cienką warstwą jądro, barwi się blado-niebiesko, w niektórych zaś nie można dostrzedz zupełnie protoplazmy. Komórki te są limfocytami.

Obok limfocytów spostrzegamy komórki wrzecionowate o jądrach owalnych, zabarwionych ciemno-czerwono. Protoplazma nie otacza jednostajnie jąder tych komórek, lecz na ich biegunach tworzy dwa przedłużenia w kształcie wrzeciona. Są to komórki tkanki łącznej.

Tak więc sieć prawidłowa składa się z włókien tkanki łącznej, na której spoczywa warstwa komórek śródbłonkowych, a prócz tego w pobliżu naczyń znajdują się limfocyty i komórki tkanki łącznej.

S i e ć z m i e n i o n a g r u ź l i c z o. W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się prątkami martwymi i wysuszonymi, gdyż w tym stanie łatwiej można ważyć cząstki hodowli, a przez to staje się możliwem wstrzykiwanie wszystkim królikom ściśle jednakowej dawki. Postępowania tego tembardziej użyć można, że doświadczenia wykazały nam, iż zmiany, zachodzące w otrzewnej królika, są takiesame bez względu na to, czy się wstrzykuje hodowlę martwą czy też żywą. Wstrzykiwaliśmy więc każdemu królikowi dwadzieścia miligramów hodowli wysuszonej i martwej, rozmąconej w 5 c. sz. wody wyjałowionej.

Z m i a n y s i e c i p o d w u d z i e s t u c z t e r e c h g o d z i n a c h. Na preparacie sieci, zabarwionym błękitem metylenu utlenionym i fuksyną, spostrzegamy w dobę po wstrzyknięciu naprzód wszystkie komórki spotykane w sieci prawidłowej, lecz prócz tego występują jeszcze nowe swoiste składniki; a mianowicie komórki wielojądrowe, o jądrach małych, ciemno-niebieskich, ułożonych często w kształcie korony, o protoplazmie obfitej, blado-niebieskiej. Komórki te znajdują się wewnątrz lub obok naczyń. Wiele z tych komórek, czyli leukocytów wielojądrowych, zawiera prątki, ale spotyka się również prątki, leżące wolno, poza komórkami.

Z m i a n y s i e c i p o 48 g o d z i n a c h. Po 48 godzinach leukocyty wielojądrowe są już nieliczne i nie zawierają prątków. Większość tych komórek wyemigrowała do gruczołów, albo też została pochłonięta przez nowe składniki, zjawiające się w naczyniach i koło nich, które są znamienne dla tego okresu zmian gruźliczych sieci. Są to komórki okrągłe lub owalne, mniejsze i mniej regularne, niż komórki śródbłonkowe. Jądro ich zabarwia się błękitem metylenu na barwę niebieską, lecz jaśniejszą od jądra limfocytów, a pikro-indygo-karminem ciemno-czerwono. Kształt jego bywa okrągły lub owalny i wtedy zajmuje ono środek komórki, lecz najczęściej ma kształt ziarnka soczewicy lub fasoli i leży na obwodzie komórki. Protoplazma jest obfita i barwi się blado-niebiesko. Wiele z tych komórek zawiera prątki.

Komórki te, należące do kategoryi leukocytów jednojądrowych, zjawiają się w 48 godzin po wstrzyknięciu prątków. Spostrzega się je naprzód wewnątrz i koło naczyń. Od trzeciego dnia leukocyty zbierają się w gromadki i wytwarzają gruzełki.

W jednym z naszych preparatów zauważyliśmy dwa gruzełki, ponad którymi przebiega warstwa komórek śródbłonkowych. Zjawisko to daje się spostrzedz wtedy tylko, gdy się uda uchwycić początek tworzenia się gruzełka. Później, gdy gruzełek się powiększa i szczególniej gdy zaczyna ulegać zwyrodnieniu, warstwa komórek śródbłonkowych rozpada się i niszczeje.

P r z y r o d a k o m ó r e k j e d n o j ą d r o w y c h. Należy teraz zastanowić się nad przyrodą komórek jednojądrowych, które występują po 48 godzinach od wstrzyknięcia prątków.

Wielu autorów, a mianowicie: B a u m g a r t e n, Z i e g l e r, B r o d e n i inni uważają te komórki za komórki stałe danego narządu.

B r o d e n twierdzi, że o przyrodzie tych komórek można mieć dwa zdania: są to albo leukocyty jednojądrowe, albo komórki śródbłonkowe. Zdaniem B r o d e n a nie ma żadnego powodu, by uważać te komórki za leukocyty jednojądrowe: „Różnią się one pod wszystkimi względami i nie można znaleźć postaci pośrednich pomiędzy białemi ciałkami a tą specyalną formą. Badane przy ciepłocie ciała nigdy nie przedstawiają one ani śladu ruchów pełzakowatych [1]).

Dowody B r o d e n a uważamy za niedostateczne, a to dla następujących przyczyn: B r o d e n, jak wielu innych autorów, niesłusznie uważa za leukocyty tylko dwa rodzaje białych ciałek: białe ciałka o wielu jądrach (leukocyty wielojądrowe) i białe ciałka małe o jądrze mocno się barwiącem i o skąpej protoplazmie (limfocyty). Istnieje bowiem wiele jeszcze rodzajów komórek, które uważać trzeba za leukocyty.

Podług E h r l i c h a cztery są rodzaje leukocytów: 1) limfocyty: małe komórki objętości czerwonych ciałek, o jądrze dużem, okrągłem, barwiącem się błękitem metylenu ciemno niebiesko, o skąpej protoplazmie; 2) komórki wielkie, które posiadają wielkie jądro blado niebieskie i obfitą protoplazmą; 3) komórki, podobne do poprzednich, lecz z jądrem w kształcie nerki, lub ziarnka fasoli; 4) komórki o wielu jądrach, połączonych cienkiemi włókienkami i o obfitej protoplazmie.

Komórki, z których powstaje gruzełek, są to właśnie

[1]) B r o d e n l. c.

komórki o protoplazmie obfitej, o jądrze barwiącem się blado-niebiesko błękitem metylenu i posiadającem kształt owalny lub też nerkowaty i wskutek tego należy je uważać za leukocyty, należące do drugiej lub trzeciej gromady Ehrlicha.

Co do zarzutu, iż te komórki, badane przy ciepłocie ciała, nie wykazują ani śladu ruchów pełzakowatych, to należy zauważyć, że ruchy te trudno stwierdzić nawet u leukocytów wielojądrowych, a więc temsamem nie mogą one służyć za podstawę sądu o przyrodzie komórek.

Broden, który uznaje tylko dwa rodzaje leukocytów, a mianowicie: wielojądrowe i limfocyty, jest zmuszonym uważać komórki, tworzące gruzełek, za komórki śródbłonkowe lub łącznotkankowe „Komórki śródbłonkowe, do których przyłączają się wkrótce komórki głębiej położone (łącznotkankowe), pochłaniają szybko prątki gruźlicze. Komórki te pęcznieją i dzieląc się, tworzą twór, zwany gruzełkiem [1]).

Ten pogląd Brodena wypływa z błędów technicznych. Autor wyprowadza przeważnie swoje wnioski z badania sieci żywej, bez utrwalenia i barwienia, wiadomo jednak, że komórki żyjące są niewyraźne i trudno je odróżnić od siebie, co do ich przyrody. Dalej, do barwienia używa autor tylko jednego barwnika, hematoksyliny lub safraniny i przez to nie otrzymuje wyraźnego zabarwienia protoplazmy. Wskutek tych błędów Broden pomięszał leukocyty jednojądrowe z komórkami śródbłonkowemi i z komórkami tkanki łącznej.

Opisaliśmy już szczegółowo znamienne cechy komórek śródbłonkowych i łącznotkankowych. By je dokładnie rozróżnić, barwiliśmy błękitem metylenu utlenionym i magenta-pikroindygo-karminem. Przytaczamy raz jeszcze te cechy: Komórki śródbłonkowe są to komórki płaskie, których zarysy napuszczają się azotanem srebrowym, protoplazma nie barwi się zupełnie, jądro jest duże, regularnie owalne i barwi się niebiesko błękitem metylenu i różowo pikro-indygo-karminem. Komórki tkanki łącznej są wrzecionowate z jądrem również wrzecionowatem, barwiącem się ciemno-czerwono pikro-indygo-karminem; protoplazma jest widoczną tylko na dwóch biegunach komórek; komórki te spotykają się zwykle w pobliżu naczyń. Limfocyty zaś są to komórki małe o jądrze jedynem, wypełniającem całą komórkę, barwiącem się ciemno-niebiesko błękitem metylenu i ciemno-czerwono pikro-indygo-karminem. Protoplazma przedstawia zaledwie wązki rąbek, otaczający jądro, lub nawet napozór brakuje zupełnie.

Te trzy rodzaje komórek: śródbłonkowe, łącznotkankowe i limfocyty nie pochłaniają prątków gruźliczych i nie przyczyniają się do utworzenia gruzełka. Komórki śródbłonkowe, które podług Brodena pierwsze pochłaniają prątki i dzieląc się tworzą gruzełek, właśnie zachowują się w tej sprawie biernie i nie odgrywają żadnej roli w powstawaniu gruzełka. Co do komórek tkanki łącznej, to nigdy nie zauważyliśmy, by one pochłaniały prątki; zresztą komórki te z jądrem wrzecionowatem zupełnie nie są podobne do wielkich komórek jednojądrowych, tworzących gruzełek i nigdy nie spostrzegaliśmy postaci przejściowych pomiędzy temi komórkami a komórkami tkanki łącznej.

Dwa tylko rodzaje komórek przyjmują udział w powstawaniu gruzełka. Są to mianowicie leukocyty wielojądrowe, które najpierw pochłaniają prątki, ustępując następnie miejsca wielkim komórkom o obfitej protoplazmie, o jądrze jedynem, dużem, kształtu owalnego lub nerkowatego. Komórki te zabarwiają się blado-niebiesko błękitem metylenu, ciemno-czerwono pikro-indygo-karminem. Te właśnie komórki, które uważamy za leukocyty jednojądrowe, począwszy od drugiego dnia pochłaniają prątki a następnie wytwarzają gruzełek.

[1]) Broden l. c.

Ażeby sprawdzić nasze wnioski, wykonaliśmy jeszcze jedno doświadczenie, a mianowicie wkładaliśmy do jamy otrzewnej królika kawałek waty, poprzednio wyjałowionej i umaczanej w zawiesinie hodowli gruźliczej martwej. Po siedmiu dniach wyjęliśmy watę i wycisnęliśmy kroplę wysięku na szkiełko. Wysuszywszy preparat i odpowiednio zabarwiwszy, spostrzegliśmy oprócz wielu leukocytów i prątków dwa gruzełki: jeden większy, utworzony z wielu leukocytów jednojądrowych, z których wiele zawierało prątki. Leukocyty te otaczają kręgiem gromadę prątków. W środku gruzełka spostrzegamy komórkę olbrzymią ze znamiennym sierpem, utworzonym z jąder i wielu prątkami wewnątrz komórki.

Drugi gruzełek składa się z gromady prątków, otoczonej przez leukocyty jednojądrowe, które również zawierają prątki.

Mamy więc gruzełki, utworzone w kawałku waty; oczywiście, że nie mogły one być utworzone przez komórki stałe, lecz przez komórki wędrowne, t. j. przez leukocyty jednojądrowe.

Zmiany gruźlicze sieci po 12-tu dniach. Na preparacie po 12-tu dniach, zabarwionym pikro-indygo-karminem, spostrzegamy gruzełek, utworzony z wielu leukocytów jednojądrowych o jądrze ciemno-czerwonem i protoplazmie blado niebieskiej; gruzełek w środku jest zwyrodniały i zawiera masę zabarwioną, w której daje się spostrzedz jeszcze kilka jąder bardziej ciemnych. Na obwodzie gruzełka znajdujemy leukocyty wielojądrowe.

Zmiany sieci po 48 dniach. W krezce gruźliczej z tego okresu spostrzegamy gruzełki, składające się z leukocytów jednojądrowych, w których środku znajdujemy ziarenka, barwiące się fuksyną na czerwono. Są to prawdopodobnie prątki, zaczynające ulegać zwyrodnieniu.

Streszczając nasze badania, dochodzimy do następujących wniosków:

Prątki gruźlicze, wstrzyknięte do otrzewnej królika, są pochłaniane naprzód przez leukocyty wielojądrowe. Od końca zaś drugiego dnia przybywają leukocyty jednojądrowe, które pochłaniając prątki, łączą się w gromady i wytwarzają gruzełek.

II. Pomysł protezy po częściowej resekcyi żuchwy

podał

Dr. Teodor Bohosiewicz

dentysta we Lwowie.

Założenie opatrunku po wypiłowaniu części żuchwy pozostało do dnia dzisiejszego zadaniem niezmiernie trudnem, pomimo licznych w tej mierze prób i pomysłów.

Opatrunek taki ma bowiem nietylko ustalać odłamki w odpowiedniem ułożeniu, ale i pozostawiać dość miejsca do opatrywania rany w częściach miękich, a ponadto ma stanowić stałe uzupełnienie ubytku żuchwy, niedozwalające, żeby kurcząca się blizna przesuwała odłamki. To ostatnie zadanie jest bardzo doniosłe, gdyż konsolidująca się blizna dąży do zbliżenia pozostałych ramion żuchwy do siebie, wynikiem czego powstaje tak znaczne zesunięcie, że żucie prawidłowe staje się niemożebne i twarz ulega niemałemu zniekształtnieniu, tem większemu, im osobnik jest młodszy. Parreidt opisuje mężczyznę, liczącego lat 68, któremu w 16 roku życia wypiłowano prawie całą żuchwę. Obraz, jaki człowiek ten po upływie 52 lat przedstawiał, jest wprost przerażający. Po lewej stronie był utrzymany tylko ząb mądrości, który w czasie operacyi nie był jeszcze wyrośnięty. Dolna część twarzy, w stosunku do górnej, bardzo zanikła; ale i szczęka górna, wskutek braku oparcia o żuchwę i działania mięśni, uległa z czasem znacznemu zniekształtnieniu; podniebienie twarde tak wązkie, że pomiędzy lewym a prawym zębem trzonowym zaledwie mały palec da się wprowadzić; boczne siekacze ustawione nie obok środkowych, ale poza nimi.

Temu zniekształtnieniu można było skutecznie zapobiedz, gdyby chory, podówczas 16 lat liczący, otrzymał odpowiednią protezę, któraby części miękie rozpychała, a jednocześnie z zębami szczęki górnej dobrze artykulowała.

W takich przypadkach mamy więc zadanie wdzięczne, aczkolwiek bardzo trudne. To też oddawna chirurdzy starali się wymyśleć takie sposoby operowania i opatrywania, któreby powyżej wyłuszczonemu zadaniu sprostały. Radzono więc sobie w ten sposób, że nie resekowano całej grubości szczęki, ale zostawiano cienką blaszkę kości wraz z okostną, a czasem tylko samą okostnę, z której z czasem miała się wrzekomo wytworzyć nowa kość. To postępowanie nie dawało jednak pewnych i dobrych wyników, gdyż część pozostała wskutek złego odżywienia zazwyczaj obumierała, a co gorsza nieraz pierwotne cierpienie powracało wskutek pozostawienia na utrzymanej blaszce kostnej lub okostnej cząstek nowotworu, względnie ognisk zapalnych.

Klaudyusz Martin z Lugdunu zasłużył się wielce, wskazując właściwą drogę przez stosowanie, bezpośrednio po operacyi, protezy kauczukowej. Wykonywał on swój pierwotny przyrząd w ten sposób, że brał odcisk ze szczęki przed operacyą. Zawikłany system rur, umieszczonych wewnątrz protezy, służył do jej antyseptycznego traktowania Pomijając, że przyrząd tak bardzo złożony musiał niejednokrotnie być wyjmowany z ust, ponieważ mechanicznie drażnił i utrudniał gojenie się rany, ma on tę ogromną niedogodność, że chirurg zależny jest od protezy, ponieważ ta musi być sporządzoną przed operacyą, podług z góry przez chirurga zakreślonego planu. Chirurg wskazuje dentyście, w jakich granicach odbędzie się resekcya. Jednakże nieraz w czasie operacyi chirurg zmuszony jest porzucić swój pierwotny plan i czasem mniej, czasem więcej, wypiłować. Wobec tego staje się proteza naturalnie niezdatną do użycia, albo też chirurg musiałby operować tak, jak muproteza nakazuje. Ponadto proteza ta utrudnia antyseptyczne traktowanie rany, a umocowanie jej jest bardzo trudne i zabiera chirurgowi wiele czasu.

Protezę Martinowską zmodyfikował Löhr. Jego proteza jest wykonana z celuloidu, składa się z dwóch części, złączonych zapomocą zawiasów. Przyrząd ten, nie dając żadnych zalet przed Martinowską protezą, podziela z tą ostatnią wszystkie jej wady.

Bönnecken z Pragi, biorąc za wzór protezę Sauera (którą się stosuje po całkowitej resekcyi), zrobił przyrząd z drutu, który za pomocą śrub i pętli drucianych miał być umocowany do pozostałych części żuchwy. Hahl i Körner stosowali powyższy przyrząd w kilku przypadkach i przyszli do przekonania, że jest on nie wiele wart z powodu trudności umocowania go za pomocą śrub.

Tenże Hahl stosował podobny przyrząd z drutu, który atoli za pomocą pętli drucianych do pozostałych części żuchwy przytwierdzał. W ostatnich czasach wpadł on na pomysł używania przyrządu metalowego, zakończonego obustronnie ostremi widełkami, które się wbija w pozostałe części żuchwy.

Partsch z Wrocławia zastosował szynę Hansemana. Jestto zwykła, elastyczna szyna stalowa, którą przymocowywa się za pomocą srebrnych szwów do pozostałych części żuchwy. Jako największą zaletę tego przyrządu podaje on łatwe zastosowanie i pojedynczą konstrukcyę, pozwalającą każdemu chirurgowi, w miarę okazującej się potrzeby, samemu go sporządzić.

Ostatniemi czasy, ogłosił Stopanij w „Monatschrift für Zahnheilkunde“, opatrunek podobny do szyny Partscha. Jest on niejako szablonem przedniej i dolnej części żuchwy, a ma tę zaletę, że utrzymuje nietylko części kostne, ale i miękie w prawidłowej pozycyi. Szablony takie różnych rozmiarów może mieć chirurg w podręcznym zapasie, by w danym przypadku odpowiednią szynę mógł zastosować.

Jednak wszystkie te opatrunki mają tę niedogodność, że muszą być przytwierdzane zapomocą śrub, albo szwów kostnych, przez co wikłają znacznie operacyę i opóźniają gojenie, a przedewszystkiem utrudniają anty- a względnie aseptyczne traktowanie rany.

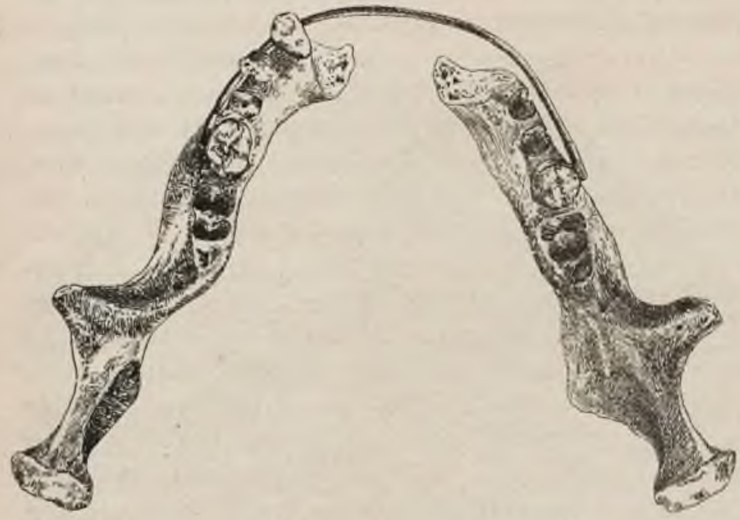
Ażeby wszystkim powyżej opisanym niedogodnościom zapobiedz, proponuję zastosowanie następującego opatrunku:

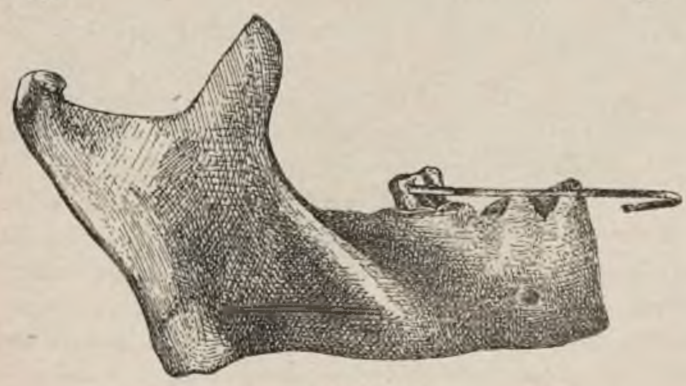
Chory przed zamierzoną operacyą przychodzi do dentysty, który sporządza dla dwóch zębów trzonowych, najbardziej od siebie oddalonych, złote korony. Na zewnętrznej stronie każdej z tych koron umieszcza się rurkę ślepo zakończoną i tyle przestroną w średnicy, by mogła przyjąć drut odpowiedniej grubości, który, sporządzony z „nowego srebra“ i odpowiednio w łuk wygięty, posiadać musi potrzebną elastyczność, by odcinki kostne w należytej odległości utrzymywał. Z powyższego wynika, że przyrząd ten da się zastósować tylko tam, gdzie po obu stronach mamy przynajmniej po jednym zębie; jednakże i tam, gdzie są jakie takie korzenie, można bez trudności proponowany przezemnie przyrząd utwierdzić.

Zalety tego nader prostego przyrządu, który najlepiej ilustruje niniejsza rycina, są następujące:

1. Operacyę można wykonać w bardzo rozległych granicach; 2. Przyrząd nie drażni powierzchni przepiłowanych, ponieważ punkta jego oparcia są poza linią przepiłowania; 3. Da się dokładnie aseptycznie utrzymać; 4. Utrzymuje w należytej pozycyi odcinki żuchwy, jakoteż i części miękie, oraz nie stanowi zawady w tamponowaniu rany; 5.

Może być każdej chwili zdjęty i wedle potrzeby, a bez drażnienia rany i trudu, przerobiony; 6. Koronki, do których drut jest przytwierdzony, mogą po wygojeniu się rany służyć jako punkty przytwierdzenia dla ostatecznej protezy.





Przytoczone powyżej okoliczności ośmielają mnie do poddania pod rozwagę kolegów, czy opisany przezemnie przyrząd nie dałby się w odpowiednich przypadkach użyć.

W końcu pozwalam sobie zaznaczyć, że opisany przyrząd demonstrowałem w lipcu b. r. w klinice Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera, gdzie został uznany za zupełnie odpowiedni i gdzie postanowiono użyć go przy najbliższej sposobności.

W czasie korekty niniejszego artykułu pojawiła się w „Berl. klin. Wochs.“ Nr. 49 rozprawka Warnekrosa, w której zaleca przyrząd o podobnej konstrukcyi dla opatrywania złamań żuchwy.

III. **Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.**

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczenlu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał
Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Dzieje meningokoka wewnątrzkomórkowego. Zarazek opisany wykryty został przez Weichselbauma[15]) w r. 1887 i nazwany dwoinką wewnątrzkomórkową zapalenia opon *(diplococcus intracellularis meningitidis)*. Przypadki badane uważał Weichselbaum za zapalenie opon odosobnione, sporadyczne. Ten wzgląd i prawie równoczesne doniesienia Fraenkla[16]), Foà i Uffreduzziego[17]) a częściowo samego Weichselbauma, stwierdzające jako podstawę nagminnego zapalenia dwoinkę lancetowatą Fraenkla były przyczyną, że odkrycie Weichselbauma minęło bez wrażenia, mimo odosobnionych doniesień potwierdzających. Foà i Uffreduzzi twierdzili nawet, że dwoinka lancetowata, nazwana przez nich meningokokiem, a jak się okazuje z późniejszych doniesień Foà[18]), wcale nie identyczna z pneumokokiem, jest jedyną przyczyną bakteryologiczną zapalenia nagminnego.

Dopiero Jaeger[13]) w r. 1895, na podstawie przypadków z epidemii w Stutgardzie, badanych pośmiertnie, wypowiada stanowczo zdanie, że choroba wywołaną bywa dwoinką wewnątrzkomórkową. Heubner[19]) wywołuje u kozy przez wstrzyknięcie hodowli czystej drogą nakłócia lędźwiowego typowe zapalenie opon, przez zastosowanie nakłócia lędźwiowego otrzymuje wyniki bakteryologiczne za życia, zmienia wreszcie nazwę, zastósowaną pierwotnie przez Weichselbauma, na nazwę meningokoka wewnątrzkomórkowego, którego zatem należy odróżnić od meningokoka Foà i Uffreduzziego. Od tego czasu dwoinka wewnątrzkomórkowa coraz więcej zdobywa sobie uznania.

W piśmiennictwie polskiem znajdujemy tylko jedną wzmiankę o niej, mianowicie Jerzykowskiego[20]) z Poznańskiego. Badane były tylko drobnowidowo, w jednym przypadku śluz z nosa, w drugim płyn mózgowordzeniowy po śmierci. Oba przypadki nazywa Jerzykowski zapaleniem ropnem, które odróżnia od postaci nagminnej.

L. Korczyński[1]) w swej monografii krótko się ze sprawą załatwia: „Badania bakteryologiczne wypociny z opon dały jako wynik kolonie dwuziarnowca Fraenklowskiego“. Ponieważ nie ma żadnej wzmianki o obrazie drobnowidowym preparatu rodzimego, który sam może być rozstrzygającym, ani o cechach tych kolonij, lub otrzymanych z nich hodowli, czytelnik nie może sobie wyrobić pojęcia, czy chodziło rzeczywiście o pneumokoki, czy przeciwnie o meningokoki, lub jakieś zanieczyszczenie przypadkowe.

I w innych doniesieniach znajdujemy wzmianki o pneumokoku, lub tło nie jest oznaczone (Arnstein[21], Hewelke[3]).

Różne typy zarazka. W miarę postępu badań można było zauważyć, że meningokoki wewnętrzkomórkowe, otrzymane z różnych przypadków i przez różnych autorów, nie zawsze zachowywały się jednakowo. Spostrzeżenia, w tym kierunku zwrócone, — jeżeli się pominie doniesienia niedostatecznie pewne, lub oparte na spostrzeżeniach odosobnionych, jak Kistera (przytocz. przez Pfaundlera[8]), Hünermanna[22]) i Żupnika[15]), — doprowadziły do odróżniania głównie dwóch typów.

Typ Weichselbaumowski zgadzałby się co do swych cech w zupełności z opisem, podanym powyżej, na podstawie moich przypadków.

Typ Jaeger-Heubnerowski różniłby się od poprzedniego następującemi znamionami. Barwienie według Grama dodatnie. Rośnie na mleku, żelatynie, bulionie i ziemniaku, czego tamten nie czyni. Żelatyny jednak w przeciwieństwie do gronkowców nie rozpuszcza. W hodowlach na agarze

tworzą się, zwłaszcza po kilkakrotnem przeszczepieniu, grube soczyste pokłady szaro-żółtawo, lub gliniasto-żółtawo zabarwione. Przeszczepialność hodowli jest prawie nieograniczoną, chorobotwórczość nieco większą; zarazek zaszczepiony do jam surowiczych wywołuje śmierć zwierząt skutkiem ogólnego zakażenia (Jaeger[13]).

Określenie stosunku obu typów do siebie, t. j. tego, czy stanowią one osobne rodzaje, czy tylko odmiany, mogące nawzajem w siebie przechodzić, oczekuje na dalsze badania. Okoliczność, że prawie zawsze w jednej epidemii napotykamy jeden typ, jak to miało miejsce w moich przypadkach, wobec cech rozróżniających bardzo wybitnych, zdaje się świadczyć za pierwszem przypuszczeniem. Wobec tego możliwem jest, że obrazy chorobowe, wywoływane przez różne typy różnią się między sobą przebiegiem i że typowi Weichselbaumowskiemu, mniej chorobotwórczemu, odpowiada lżejszy przebieg choroby, coby się u mnie potwierdzało. Jednak jedynie liczna, a dokładna statystyka może tu być rozstrzygającą.

Znachodzenie się zarazka poza oponami i przenoszenie się choroby. Poza oponami i płynem mózgowo-rdzeniowym znajdowano meningokoka, a właściwie, o ile nie stwierdzono identyczności dalszemi badaniami, dwoinkę wewnątrzkomórkową, w obecności odpowiednich spraw zapalnych w wydzielinie nosa, gardła i ucha, w plwocinie, w kale biegunkowym, w wysiękach osierdziowych, opłucnowych, stawowych, w nerkach i moczu.

Spostrzeżenia te rzucają pewne światło na sposób przenoszenia się zarazka z osobnika na osobnika z wydzielinami błon śluzowych. Dostawszy się do błon śluzowych osobnika zdrowego, zarazek wywoływałby sprawy nieżytowe i w pewnych warunkach mógłby wniknąć do opon. Z jamy nosowo-gardłowej przez blaszkę sitową kości węchowej, z ucha środkowego przez nakrywkę bębenka mógłby się przenieść bezpośredniem szerzeniem się sprawy, z przewodu pokarmowego drogą krążenia.

Wynikałoby jednak z tego, że choroba właściwie nie jest pierwotną, a uchodzi za taką jedynie dlatego, że pierwotne umiejscowienie, wobec zajęcia opon, bardzo mało na siebie zwraca uwagi. Zajęcie opon nie musi być stałem następstwem takiego swoistego zajęcia błon śluzowych, jest raczej powikłaniem. Toteż w czasie epidemii i poza nią znachodzono bez zajęcia opon w najrozmaitszych wydzielinach i wypocinach ustroju dwoinkę wewnątrzkomórkową. Sam widziałem ją w tych warunkach w plwocinie.

Istnieją spostrzeżenia, jak Kohlmanna[24]), świadczące niewątpliwie o zaraźliwości choroby i możliwości przenoszenia się bezpośredniego z osobnika na osobnika. Większość jednak klinicystów, jak się to także uwydatniło w dyskusyi w Towarzystwie lekarskiem krak. w r. 1894, w przemówieniach Kwaśnickiego i Rosenblatta, jest zdania, że choroba przenosi się raczej drogami pośredniemi, podobnie jak dur brzuszny.

Może do wytłómaczenia pewnych szczegółów epidemiologicznych wystarczy pojmowanie choroby, jako powikłania i uzasadnione małą chorobotwórczością zarazka przypuszczenie, że wiele osobników jest wogóle na zakażenie nie wrażliwych.

Jedność choroby. Jedność choroby musi być uważana, co najmniej, za wątpliwą. Już to, że istnieją dwa typy meningokoka wewnątrzkomórkowego, o ile z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, nie przechodzące nawzajem w siebie i wywołujące osobne epidemie, tworzy w tej jedności ogromny wyłom. Sprawa przedstawi się jeszcze gorzej, gdy uwzględnimy, że istnieją poważne doniesienia, opisujące epidemie na tle dwoinki lancetowatej.

Netter (przytoczony przez Hünermanna[23]) idzie dalej. Opisuje on epidemie, w których równie często zdarzały się przypadki na tle pneumokoka, meningokoka i jakiegoś paciorkowca, zbliżonego do pneumokoka, a obok tego mniej liczne na tle paciorkowca ropotwórczego i gronkowca złocistego. Z takich spostrzeżeń wyprowadzićby można wniosek, jak to czyni Hueppe, a za nim Żupnik[15]), że przyczyna nagminnego szerzenia się nie leży w zarazku, lecz w pewnych zewnętrznych okolicznościach, działających na większą ilość ludzi i usposabiających ich do zakażenia opon przez rozmaite zarazki. Wniosek ten byłby słuszny, gdyby nie to, że przeważna część badaczy stwierdza przy jednej epidemii przecież tylko jeden rodzaj zarazka. Liczby Nettera musimy tłómaczyć połączeniem dwóch, lub może więcej różnych epidemij i wliczeniem do nich przypadków odosobnionych.

Stanowisko Heubnera[25]), który ze względów klinicznych uważa chorobę za jednolitą i wymaga dla niej jednolitego tła bakteryologicznego, nie czuje się jednak już obecnie uprawnionym do uważania za takowe meningokoka, jest może najmniej zrozumiałe. Znaczenie meningokoka dla pewnych epidemij nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, podobnie jednak, np. według Foà i Uffreduzziego, znaczenie pneumokoka dla innych. Nie pozostaje więc nic innego, jak uznać możliwość różnych epidemij.

II. Zapalenie zwykłe.

Wspólną nazwą zapalenia zwykłego *(meningitis simplex)* obejmujemy w odróżnieniu od zapalenia nagminnego i gruźliczego cały szereg postaci, powstających na tle najrozmaitszych drobnoustrojów ropotwórczych. Uwzględnianie tych poszczególnych postaci, każdej z osobna, nie miałoby celu, gdyż nie różnią się one znacznie między sobą, o ile wiemy, ani przebiegiem, ani ostatecznem zejściem, prawie bez wyjątku niekorzystnem. Bądź jak bądź, mamy tu cały szereg odrębnych chorób. Jeżeli je wymienimy w porządku częstości, z jaką występują, to należałoby mówić o „meningitis pneumococcica“ (należy tutaj, o ile nie występuje epidemicznie), „streptococcica, staphylococcica, ex bacillo coli, typhi, influenzae“ i t. d. Wreszcie, uwzględnićby należało nie tak rzadkie zakażenia mięszane.

Zarazki dostają się tu do opon ranami głowy i czaszki, z jam sąsiadujących z jamą czaszkową, wreszcie drogą przerzutową w rozmaitych chorobach zakaźnych, podobnie z przewodu pokarmowego, jak w jednym z moich przypadków w przebiegu czerwonki.

Przypadek 8. W. M. lat 6, z Półwsia zwierzynieckiego, przyjęta dn. 2 XI. 1900. W domu chorowała 4 dni. Początkowo skarżyła się tylko na ból głowy, gorączki miało nie być. Czwartego dnia wystąpiły wymioty, gwałtowny ból głowy, wieczorem wysoka gorączka. Badaniem stwierdzono prawie zupełną bezprzytomność, źrenice wązkie, na światło oddziałujące, mierną sztywność karku, przymusowe zwrócenie oczu i głowy ku stronie lewej, objawy niedowładu połowiczego lewostronnego, przy sztywności wszystkich kończyn, wymioty, pojawiające się od czasu do czasu. Chora umiera 4 XI.

Nakłócie lędźwiowe 3 XI. wykazało płyn zapalny, wybitnie mętny. Zapomocą centryfugowania otrzymano osad, który barwiony fuksyną wykazywał liczne ciałka białe, wielojądrzaste i olbrzymią ilość dwoinek lancetowatych, prawie wyłącznie pozaciałkowych (p. fotogram 3). Płyn przy centry-



Fotogram 3.
Osad z płynu mózgowordzeniowego w przyp. 8. Barwienie fuchsyną. Powiększenie 1000:1.

fugowaniu zachował się w stosunku do płynu przy zapaleniu meningokokowem o tyle znamiennie, a należy to odnieść głównie do pozaciałkowego usadowienia drobnoustrojów, że centryfugowanie, kilka minut trwające, nie zdołało go wyjaśnić. Dalsze centryfugowanie dało już osad z samych dwoinek złożony, a mimo to płyn pozostał mętny i zawierał, jak wykazywał mikroskop, znaczną ilość dwoinek. Płyn poza obecnością ciałek ropnych przedstawiał się jak czysta hodowla dwoinki lancetowatej.

Rozpoznałem zapalenie opon pneumokokowe samoistne. Badanie pośmiertne (kol. Gliński) wykazało jednak, obok ropnego zapalenia opon, świeże zajęcie czerwonkowe jelita grubego, rozrzucone ogniska zgorzelinowe w wątrobie, rozrzucone wielokrotne ogniska zapalne wielkości orzechów w płucach i rozpoczynające się krwotoczne zapalenie nerek. Co do drogi, którą kroczył jad, zanim się dostał do krążenia większego, nie mogło być żadnej wątpliwości. Zmiany w jelitach, które należy uważać za pierwotne umiejscowienie, wątrobie i płucach, niedwuznacznie o niej świadczyły. Zmiany w płucach miały też, ze względu na rozmieszczenie, cechy zapalenia przerzutowego, hematogenetycznego. Ograniczyłem się do mikroskopowego zbadania miazgi, zeskrobanej z jelita i ognisk płucnych. W obu stwierdzić można było obecność dwoinek lancetowatych.

Wobec tego, że w paru przypadkach czerwonki, badanych przezemnie w ostatnich czasach, znachodziłem w stolcu pewien rodzaj dwoinki lancetowatej, o ile można wnosić z zachowania się na pożywkach i zwierzętach, od pneumokoka różnej i nazwanej dlatego tymczasowo enterokokiem i wobec zmian czerwonkowych w jelicie, musiałem przypuszczać, że i w oponach mamy do czynienia z tym zarazkiem. Dalsze badania potwierdziły to przypuszczenie. Szczegółowy opis enterokoka odkładam jednak do osobnego doniesienia, tyczącego się etyologii czerwonki.

Przypadek 9. A. G., lat 8 z Oświęcima, przyjęta 2 stycz. 1900. Na 10 dni przed przyjęciem miała ropotok z ucha prawego i skarżyła się na ból w uchu. Przypadłości te ustąpiły same. Właściwa choroba trwała 4 dni. Nagle wystąpiły gwałtowne bóle i zawroty głowy, wymioty, gorączka, od dwóch dni głuchota. Przytomność utrzymana.

Badanie wykazywało stałą wysoką gorączkę około 40·0°, skurcz mięśni karkowych, ogromną przeczulicę ogólną, pewne upośledzenie przytomności, głuchotę. Badanie ucha (kol. Nowotny) wykazuje brak błony bębenkowej po stronie prawej i objawy przewlekłego zapalenia ucha środkowego bez świeżych objawów. Od 5 stycznia pojawiają się mimowolne kurczenia się poszczególnych mięśni, szczególniej mięśni palców, potem coraz gwałtowniejsze wymioty i zupełna nieprzytomność. Chora umiera 10 stycznia.

Nakłócie lędźwiowe 2 stycznia wykazało płyn zapalny. Mikroskopowo i bakteryologicznie (80 kolonij) wykazano paciorkowca ropotwórczego. Rósł on w drobnych osadach na agarach, surowicy wołowej i bulionie, nieco lepiej przy dodaniu surowicy ludzkiej; nie rósł na ziemniaku, mleka nie ścinał, w żelatynie tworzył wzdłuż kanału wkłócia szereg drobniutkich białych kropek. Szczepiony królikowi do żyły z powierzchni agarowej sprowadził śmierć po $4^1/_2$ dniach, skutkiem posocznicy; we krwi mikroskopowo i bakteryologicznie streptokoki.

Badanie pośmiertne chorej stwierdziło *otitis chronica*, *meningitis purulenta*, *pleuritis serofibrinosa sinistra*, *bronchopneumonia lobi inferior. sin.*, *gastroenterocatarrhus chronicus*.

Anatomicznie nie można było stwierdzić związku między zapaleniem ucha środkowego, a zapaleniem opon. Opona twarda w zakresie kości skalistych na obu powierzchniach przedstawiała się zupełnie prawidłowo; kość sama, nakrywka bębenka, po oderwaniu opony twardej była zupełnie niezmieniona. Pytanie zatem pozostaje nierozstrzygnięte, czy paciorkowiec wtargnął do opon z ucha, czy też drogą krwi, n. p. z jelit. Stwierdzono bowiem objawy przewlekłego zapalenia jelit mieszkowego, a to według Eschericha[27]) najczęściej polega na na zakażeniu paciorkowcowem. Zapalenie płuc i opłucnej rozwinęło się zapewne wśród ostatnich dni choroby, gdy stan chorej nie pozwalał na dokładniejsze badanie narządu oddechowego.

Przypadek 10 właściwie tutaj nie należy. Przytaczam go na dowód, że zarazki mogą wtargnąć do opon, a nie wywołać zmian zapalnych.

Chodzi o przypadek ciężkiego duru z przypadami mózgowymi, nawet lekką sztywnością karku, u chłopca 7-letniego. Nakłócie lędźwiowe nie wykazało w płynie cech zapalnych. Mimo to przy szczepieniu z dna naczyńka po zcentryfugowaniu płynu otrzymano trzy osady prątka durowego. Ze krwi wyhodowano także prątek durowy (4 osady z 6 kropli krwi na kilku agarach). Wobec tego, że płyn mózgowordzeniowy zawierał tylko przymieszkę krwi, dającą się stwierdzić jedynie mikroskopowo po zcentryfugowaniu, muszę twierdzić, że sam płyn był prątkami zakażony i być może temu zakażeniu należałoby przypisać część objawów mózgowych.

Odczyn Widala z surowicą krwi był dodatni w rozcieńczeniu 32:1; płyn mózgowordzeniowy oddziaływania nie dawał. Widocznie swoiste istoty aglutynujące z osocza krwi

do płynu mózgowordzeniowego nie przechodzą, lub przechodzą w ilości względnie nieznacznej.

Prątki wyhodowane okazywały wszelkie cechy prątka durowego, między innemi także aglutynacyę pod wpływem surowicy durowej. (Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Matzenauer. **W sprawie tożsamości pęcherzycy noworodków** ***(Pemphigus neonatorum)*** **z liszajcem zakaźnym** ***(Impetigo contagiosa).*** *(Wien. klinische Wochs.* Nr. 48, 1900). Zestawiwszy liczne zapatrywania o pęcherzycy noworodków i o liszajcu zakaźnym, na podstawie spostrzegania klinicznego, jako też na podstawie badań bakteryologicznych i histologicznych przychodzi autor do przekonania, że oba wspomniane cierpienia są jedną i tą samą chorobą. Badania histologiczne w obu cierpieniach dają te same wyniki, w obu znajdują się te same koki, których szczepione hodowle wywołują te same objawy, t. j. drugiego dnia po szczepieniu pęcherzyki, wypełnione cieczą ropiastą lub surowiczą. Dotychczasowy podział na dwie różne choroby upatruje w tem, że pęcherzyca noworodków, przeniesiona z dziecka na osobę dorosłą, występuje w postaci liszajca zakaźnego, jak tego dowodzą przypadki, spostrzegano w klinikach i szpitalach dziecięcych; na odwrót zaś liszajec zakaźny, przeniesiony z matki na dziecko, występuje w postaci pęcherzycy noworodków. Że w pęcherzycy nie powstaje strup, jak w liszajcu, tłómaczy M. odmienną u osesków odpornością przyskórka i delikatnością skóry, która też dlatego inaczej oddziaływa na ten sam bodziec, niż u dorosłych; jeżeli jednak choroby tej dostanie dziecię starsze, liczące kilka miesięcy, a nawet i kilka tygodni, to także pojawiają się strupy. *P.*

Wichert. **Uporczywe wymioty wskutek ucisku przez krążek.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 48, 1900). U pacyentki, cierpiącej od 2 miesięcy na uporczywe wymioty i wskutek tego znacznie wyniszczonej, znalazł autor w pochwie silnie zniekształcony krążek Mayera, uciskający szyjkę macicy, który sprowadził następowy nieżyt pochwy z obfitą wydzieliną cuchnącą. Po wydobyciu krążka wymioty ustąpiły i odżywienie w krótkim czasie znacznie się poprawiło. Wymioty te, podobnie jak i wymioty w ciąży, uważa W. za odruchowe, wywołane trwałem mechanicznem drażnieniem macicy. *P.*

Prof. Heller (Kiel). **O samobójstwie na podstawie 300 sekcyj.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 48). Wśród 300 sekcyj samobójców nie znalazł H. żadnych zmian chorobowych w 8%, spotkał natomiast zmiany mierne, niemogące wprost wpływać na poczytalność w 21·3%, zmiany ciężkie, niewpływające na poczytalność w 9·6%, zmiany mierne, mogące zdaniem jego zmniejszyć poczytalność w 18%, zmiany zaś ciężkie, upośledzające poczytalność w 43%. Według H. mogą upośledzać poczytalność: niewątpliwie stwierdzone zaburzenia umysłowe, ostre choroby zakaźne, alkoholizm, o ile wywołuje znaczne zmiany mózgu i jego opon, wszelkie inne większe zmiany mózgu i opon, a wreszcie u kobiet: miesiączkowanie, ciąża i połóg; te też zmiany zalicza H. do swej ostatniej gromady (zmiany, upośledzające poczytalność u 43% samobójców). Na podstawie tej utrzymuje H., że bezmała w połowie samobójstw istnieje przymus psychiczny, chorobowy. Z tego powodu badania, podejmowane w kierunku t. zw. (moralnych) przyczyn samobójstw nie mają celu, bo te przyczyny (straty finansowe, obrażona ambicya, zdradzona miłość i t. p.) są tylko czynnikami wywołującymi, właściwą zaś przyczyną jest nieprawidłowe oddziaływanie psychiczne na względnie drobne podniety. Oddziaływanie to nadmierne jest zaś skutkiem przejściowych lub stałych zmian fizyologicznych (miesiączka, ciąża), lub patologicznych. Zmiany te wykazać można tylko zapomocą sekcyi, prowadzonej raczej w kierunku patologicznym, niż sądowolekarskim. Z tego powodu domaga się H., aby sekcye dokonywane były w każdym przypadku samobójstwa. *Z.*

Erne. **W sprawie odkażania zapomocą cegiełek karboformalowych.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 48). Doświadczenia swoje wykonał E. (w sposób zwykle używany) z prątkami duru, wąglika, cholery i gronkowcem, w których hodowlach umaczane szmatki rozmieszczał w różnych częściach odkażanej przestrzeni. Wyniki były pomyślne. 2·5 grm. paraformaldehydu na metr przestrzeni (czyli jedna cegiełka na 20 metrów) wystarczało do zupełnego zabicia zarazków. *C.*

Prof. M. Zeissl. **Rzeżączka wobec małżeństwa.** *(Wiener medicin. Presse,* Nr. 46). Na wstępie podnosi autor okoliczność, że gdy już oddawna sumienni lekarze wzbraniają zawierania małżeństw osobom chorym na kiłę, nie czynią tego w równej mierze wobec osób chorych na rzeżączkę. Następstwa tej choroby są dla małżeństwa również zgubne i ciężkie. Znaną bowiem jest rzeczą, że gonokoki Neissera nietylko usadawiają się w narządach płciowo-rodnych i ich sąsiedztwie, ale atakują także i inne dalsze okolice ustroju, jak np. stawy, serce, nerwy, powodują często niepłodność mężczyzn i kobiet, lub wreszcie są przyczyną kalectwa potomstwa. Zanim zatem choremu na rzeżączkę mężczyźnie udzieli lekarz zezwolenia na związek małżeński, lub wogóle na spółkowanie, powinien go dokładnie zbadać klinicznie, jakoteż pod względem bakteryologicznym. Badanie to, według autora, powinno się odbyć w następujący sposób: w nitkach, znajdujących się w moczu, szuka się gonokoków, używając metody barwienia Grama. Jeżeli w nitkach tych znajdują się chociaż w skąpej ilości diplokoki, nadzwyczaj podobne do gonokoków, wątpliwą tę sprawę powinno rozstrzygnąć zakładanie hodowli. Nitki śluzowo-szkliste, opalizujące, o skąpej ilości komórek nabłonkowych, przemawiałyby za niezaraźliwością wydzieliny. Dla wszelkiej pewności posłużyć się należy endoskopem, a jeśli i ten jeszcze nie wyjaśni należycie sprawy, wstrzykuje się do cewki moczowej rozczynu 0·04 azotanu srebrowego w 200·0 wody, lub każemy wypić większą ilość piwa. Skoro powstająca wskutek tego wydzielina sama wkrótce znika, a badanie jej drobnowidowe i na pożywkach daje wynik ujemny, można napewno orzec, że niebezpieczeństwo zakażenia rzeżączką minęło. U kobiet zaś powinno się odbywać takież badanie wydzielin nietylko z cewki moczowej, ale także z szyjki macicy, z krypt okołocewkowych, z ujść gruczołów Bartholiniego i odbytnicy. *Dr. Malsburg.*

Prof. Middendorp (Groningue): **O doktrynie i leczniczej metodzie prof. Roberta Kocha.** W Sekcyi lekarskiej międzynarodowego kongresu paryskiego, miał dnia 8 sierpnia prof. Middendorp odczyt, w którym uderzył na swoistość prątka gruźliczego Kocha. Wnioski jego są następujące: I. W gruźlicy ludzkiej nie znajdujemy stale prątka Kocha w samych gruzełkach, ani w ziarnkach szarych i żółtych gruźlicy prosówkowej, ani w skupieniach i naciekach gruźliczych, ani w zamkniętych gruźliczych ogniskach rozpadłych jakiegokolwiek narządu, ani w narządach zserowaciałych itd. II. Tylko w jamach płucnych, bezpośrednio łączących się z oskrzelami, prątek Kocha znajduje się stale w bardzo wielkiej ilości i ztąd dostaje się do plwociny gruźliczej. III. W niektórych przypadkach samozakażenia i w przypadkach zakażenia przez wdychiwanie (jedno i drugie powstaje z otwartej jamy), znaleźć można czasem prątki gruźlicze w rozmaitej liczbie nietylko w samych gruzełkach, lecz i we krwi, wypocinie, wydzielinie, a nawet tu i ówdzie w rozmaitych narządach, nieulegających gruźlicy i nieokazujących żadnego oddziaływania na te prątki. IV. Prątki Kocha nie są czynnikiem, wywołującym gruźlicę, lecz są poprostu prątkami rozkładu. V. Enuncyacya Kocha z r. 1897 o obecności i liczbie prątków w pospolitych przypadkach gruźlicy ludzkiej, niemniej jego zdanie o nagłej inwazyi prątków w ostrej gruźlicy prosówkowej i w gruźlicy doświadczalnej, nie zgadzają się z wynikami sekcyjnymi i doświadczalnymi. VI. Hodowle t. zw. czyste prątków gruźliczych Kocha, nie są czyste i nie posiadają żadnego swoistego znaczenia chorobotwórczego, będąc zanieczyszczone rozpadającą się substancyą gruźliczą, która sama przez się wystarcza do wywołania gruźlicy. VII. Pochodzenie prątkowe gruźlicy nie zostało przez prof. Kocha udowodnione i jego doktryna o przyczynie tej choroby jest mylna. VIII. Lecznicza metoda Kocha, oparta na własnościach prątków gruźliczych i na wrzekomym ich stosunku przyczynowym z gruźlicą, nie spoczywa na podstawie umiejętnej; jest ona nietylko niepożyteczną, ale wręcz niebezpieczną; tuberkulina TR z r. 1897 jest jeszcze w wyższym stopniu szkodliwa, niż ta pierwsza z r. 1890. *A. K.*

J. Dollinger: **Wycięcie zwoju Gassera bez podwiązania tętnicy oponowej średniej.** *(Centralblatt f. Chirurgie,* Nr. 44, 1900). Przypadki Czernyego, Königa, Keena i innych, w których krwotok z tętnicy oponowej średniej przy wycinaniu zwoju Gassera sposobem Hartley-Krausego, był bezpośrednią przyczyną całego szeregu poważnych następstw, skłoniły D. do podjęcia badań nad stosunkami anatomicznymi tej okolicy i obmyślenia sposobu, któryby umożliwiał resekcyę zwoju bez podwiązywania tętnicy. Badania te, przeprowadzone na 50-ciu przepiłowanych czaszkach, pouczyły autora o tem, że w 50% przypadków miejsce wejścia tętnicy oponowej średniej leży o tyle poza miejscem wyjścia trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, iż gałąź ta, a wraz z nią zwój, wyciętym być może bez podwiązywania tętnicy nawet wtedy, jeżeli się dąży ku niemu wprost od zewnątrz. Natomiast w 35% przyp. podobny dostęp jest możliwym przy posuwaniu się nieco od przodu i zewnątrz. Zwój więc może być w 94%, t. j. prawie w wszystkich przypadkach usuniętym bez poprzedniego podwiązywania tętnicy. Dla przecięcia drugiej gałęzi nerwu nie stanowi tętnica nigdy przeszkody, gdyż gałąź ta

leży jeszcze więcej ku przodowi. Opierając się na powyższych szczegółach anatomicznych, podaje D. następujący sposób operacyjny: tworzy się płat skroniowy według wskazówek Krausego; po opuszczeniu płata ku dołowi, posuwa się palcem między podstawą czaszki a oponą twardą ku tętnicy oponowej śred., poczem zwraca się ku przodowi do 3-ciej i 2-giej gałęzi nerwu i oddziela zapomocą tępej podważki oponę od ich powierzchni. Kierując następnie koniec podważki od przodu i zewnątrz, bez trudności dostaje się przed tętnicą do zwoju. Następuje usunięcie opony z powierzchni zwoju, oddzielenie zwoju od podstawy czaszki, przecięcie 3-ciej i 2-giej gałęzi tuż przed ich wyjściem z jamy czaszkowej i wycięcie samego zwoju. Postępowanie podobne, bez podwiązywania tętnicy, skraca znacznie czas trwania operacyi i chroni przed następstwami, mogącemi ztąd wyniknąć. Sposobu swego użył autor w 5-ciu przyp.; we wszystkich nastąpiło wyleczenie. Ogółem wykonał D. 9 razy resekcyę zwoju Gassera. W 2 przypadkach operacyi nie dokończył z powodu gwałtownego krwotoku, w jednym z części miękich czaszki i śródkościa, w drugim — z wypustek Santoriniego. Krwotok z tętnicy oponowej śred. spostrzegał w przypadku, gdzie przy opuszczaniu płata kostnego tętnica została naddartą w kilku miejscach. Krwotok ten dał się z łatwością zatamować. Przednia gałąź tętnicy leży w większej niż połowa liczbie przypadków na przedniej dolnej krawędzi kości ciemieniowej w zamkniętym kostnym przewodzie, a tylko w mniejszości przypadków w otwartym rowku. Jednakowoż wyjątkowo tylko stają się te stosunki anatomiczne powodem gwałtowniejszego krwotoku, jak wogóle najważniejszem źródłem krwotoku przy tym zabiegu są naczynia żylne. Do zapobiegawczego podwiązywania w każdym przypadku tętnicy szyjnej zewnętrznej niema, zdaniem D., racyonalnych powodów, gdyż w razie wystąpienia krwotoku z tętnicy oponowej można natychmiast czasowo ucisnąć tętnicę szyjną wspólną odpowiedniej strony, a następnie odsłonić i podwiązać tętnicę szyjną zewnętrzną. *Urbanik.*

Henry Böhm: **Tak zwana karta geograficzna na języku.** *(Landkartenzunge)* **w wieku dziecięcym** *(Sammlung klinischer Vorträge, Neue folge-Volkmann* Nr. 249, IX II. S. IX 1899). Santlus był pierwszym, który w „Journal für Kinderheilkunde" (r. 1854, Tom XXIII) porównał pewny stan patologiczny języka do karty geograficznej. Gubler, opisując tę samą chorobę, mieni ją „etat lichénoïde de la langue", a jako jej przyczynę uważa grzybki. Parrot zalicza ją do objawów kiły dziedzicznej. Caspary i Unna wykluczają stanowczo kiłę i istnienie grzybków, a jako czynnik, usposabiający do tej choroby języka, uważają w przeważnej liczbie przypadków niedokrewność. Unna przytem sądzi, że choroby tej nabywa się przez drażnienie nerwów naczynio-ruchowych, wskutek zwiększonego przesięku, spowodowanego skurczem tętniczym i następowego napęcznienia nabłonka. Guinon (Rev. mens. des malad. d'enfance z r. 1887) odróżnia 3 postacie tej choroby: 1) „Glossite exfoliatrice marginée" (według Lemouniera); 2) „Desquamation à decoupures nettes" (według Gautiera), zwana także „langue en carte géographique"; 3) „Desquamation du troisième type".

Henry Böhm, zestawiwszy 100 przypadków tej choroby, uważa tylko pierwszą postać, opisaną przez Guinona, t. zw. postać Lemounierowską, t. j. „Glossite exfoliatrice marginée", jako odpowiadającą opisywanej przez większość autorów „lingua geographica". Główną cechą, odróżniającą tę chorobę od innych przytaczanych postaci chorób języka, a objętych dwoma następnemi postaciami Guinowskiemi, jest obecność ostrego dwukonturowego pasa granicznego między plamą a prawidłową powierzchnią języka. Dalszą charakterystyką tej choroby jest, że sprawa chorobowa nigdy nie przechodzi na dolną powierzchnię języka, mimo iż ten dwukonturowy brzeg, nadający cechę karty geograficznej, zawsze wędruje równo z plamą odsłoniętą.

„Lingua geographica" jest częstą chorobą wieku dziecięcego, szczególnie w pierwszych dwóch latach, której podstawa anatomiczno-patologiczna jest nieznana. W największej liczbie przypadków pojawia się zaraz po porodzie, rzadziej w pierwszym roku życia, rzadko w późniejszych latach. Prawie $^{2}/_{3}$ przypadków, spostrzeganych przez autora, zdradza równocześnie objawy zołzów, względnie gruźlicy, częścią z obciążeniem dziedzicznem, częścią zaś bez niego. To też autor uwzględniając ten duży odsetek objawów zołzowych u dzieci z wyżej opisaną chorobą języka, jakoteż występowanie jej rodzinami, dalej przewlekły przebieg i powolne ustępowanie w wieku późniejszym, analogicznie do długotrwających i łatwo powracających chorób nieżytowych, usiłuje wykazać, że „lingua geographica" jest objawem drugiego okresu zołzów wedle podziału Montiego.

Dr. Bolesław Komorowski.

M. Neumann. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego i związku sprawy zapalnej z urazem.** *(Archiv. Langenbecka T. 62. Z. II).* Pierwsza połowa pracy zajmuje się głównie postępowaniem operacyjnem wobec ropnych, otorbionych zapaleń wyrostka robaczkowego. Mianowicie w klinice Bramanna zawsze tak postępują, że najpierw otwierają ropień, a nie troszczą się narazie o wyrostek, — ranę tamponują, a dopiero, gdy ta jest na wygojeniu, przystępują do operacyi doszczętnej, wyszukują wyrostek robaczkowy, odcinają go, wycinają bliznę po pierwszej operacyi i zakładają szew warstwowy na powłoki brzuszne. Takiem postępowaniem nie naraża się chorego podczas pierwszej operacyi na rozprzestrzenienie się sprawy zapalnej na otrzewnę, jakieby nastąpić mogło w razie przerwania się zrostów, a potem przez wycięcie blizny i zeszycie warstwowe powłok zapobiega się powstaniu przepukliny. W 2-giej części omawia autor związek między urazem a zachodzącym po nim bezpośrednio i po raz pierwszy napadem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Na podstawie 10-ciu odpowiednich spostrzeżeń dochodzi on do wniosku, że związek taki istnieje, — że jednakowoż w przeważnej części przypadków w wyrostku istnieje preformowany „kamień kałowy". Skutkiem urazu kamień taki przerywa błonę śluzową i otwiera bramę dla zakażenia. Leczenie, jak w każdym ciężkim przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego.

Herman.

Dr. B. Küster. **O rękawiczkach do operacyj.** *(Archiv. Langenbecka T. 62. Z. II).* W pracy tej, pochodzącej z kliniki Bergmanna, potępia autor stanowczo używanie rękawiczek podczas operacyi. Rękawiczki niciane okazały się prawdziwą siecią, wyłapującą bakterye ze skóry rąk operatora i z rany, — a gumowe zanadto przeszkadzają podczas operacyi. Ostatecznie wnosi on: wprowadzenie rękawiczek do operacyi, to wcale nie postęp aseptyki, — lecz owszem, jedno źródło zakażenia więcej. Uczmy się zatem lepiej i sumienniej myć ręce, a metody z czasem jeszcze lepiej się wykształcą. *Herman.*

K. Majewski. **Badania doświadczalne z zakresu chirurgii wojennej.** *(Wiener med. Presse.* Nr. 47, 1900). W pracy tej zastanawia się autor w szczególności nad utratą energii pocisku (syst. Mannlichera), przy przechodzeniu jego przez kości zwierzęce. Za miarę utraty tej energii uważał M. głębokość, na jaką pociski po przejściu przez kość drążyły wgłąb warstwy suchej, zbitej ziemi. Badania te wykazały, że potrójna warstwa kości zwierzęcych o rozmaitych własnościach fizycznych (gąbczaste, zbite, płaskie) zdoła pociski w wysokim stopniu zniekształtnić i ruch ich zupełnie powstrzymać, przyczem zużytą zostaje cała energia 120-tu kgm. Przeważna ilość pocisków po przejściu przez jedną warstwę kości gąbczastych lub zbitych utkwiła w głębokości 20—30 ctm. W warstwie ziemi, utraciła więc $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ swej pierwotnej siły żywej, t. j. około 30 do 60 kgm. W powierzchownych (do 20 ctm.) warstwach ziemi znajdowano tylko pociski, które wskutek odbicia się od kości utraciły pierwotny kierunek i dążyły ku ziemi w wymiarze poprzecznym. Pociski, przechodzące przez kości płaskie, drążyły na 35—40 ctm. w głąb; utrata energii była więc w tych razach minimalną. Odłamki kostne znajdowano w warstwie ziemi w głębokości 20 ctm. Wynika z tego, że posiadają one znaczny stopień energii udzielonej, wskutek czego nietylko mogą opuścić tkanki zranione, ale nawet działać pośrednio na inny przedmiot, jako pociski. *Urbanik.*

Looft C. (Bergen). **Szmery przypadkowe w sercu u małych dzieci.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Październik 1900). Spór między autorami w sprawie pojawiania się szmerów tzw. „anemicznych" u dzieci poniżej 3—4 roku życia i kategoryczne oświadczenie Hochsingera, że szmer skurczowy serca u dziecka poniżej czwartego roku życia wskazuje z bezwzględną pewnością na istnienie cierpienia organicznego, spór ten skłonił autora do badań w piętnastu przypadkach u dzieci, dotkniętych bezkrwistością, a w 14 przypadkach także i krzywicą. Cierpienie organiczne serca we wszystkich przypadkach było wykluczone. Wynik badań swych streszcza L. w następujących wnioskach: 1) Szmery przypadkowe można zauważyć u dzieci poniżej trzeciego roku życia. 2) Rozpoznania wady organicznej serca nie można opierać jedynie na istnieniu szmeru skurczowego. Musimy bowiem prócz szmeru skurczowego znaleść inne objawy, jak zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, przerost serca. Sekcya może naturalnie oddać wielkie usługi dla rozstrzygnięcia przypadków wątpliwych.

Jan Landau.

Jemma. **Przyczynek do nauki o działaniu jadowitem (toksycznem) mleka zwierząt gruźliczych.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Listopad 1900). W ogłoszeniu niniejszem, które należy uważać za tymczasowe doniesienie, podaje autor wyniki swych nader ciekawych badań na zwierzętach, a mianowicie podawał on królikom kilkudniowym mleko wyjałowione, do którego dodawał prątki gruźlicze, poddane przedtem przez 15 minut ciepłocie 100°. Dla kontroli podawano innym królikom mleko krowie wyjałowione, bez prątków, a inne znowu karmiono mlekiem matek.

Badanie wykazało, że króliki, karmione mlekiem z prątkami gruźliczymi mało przybierały na ciężarze, a niektóre z nich zmarły po 15—20 dniach wśród objawów znacznej chery, a badanie pośmiertne wykazało obecność lekkiego nieżytu kiszek z zaczerwienieniem błony śluzowej jelit i zwyrodnieniem tłuszczowem wątroby; króliki karmione mlekiem krowiem wyjałowionem, bez prątków, lub karmione przez matki, przybierały na wadze i nie okazywały żadnych zaburzeń. Badania te, jakkolwiek jeszcze nieukończone, dowodzą, że dotychczas używane sposoby wyjaławiania są niedostateczne i że mleko, zawierające prątki gruźlicze, nawet wyjałowione w ciepłocie 100°, jest dla dzieci niebezpieczne, szczególnie jeżeli się je karmi przez dłuższy czas mlekiem tejsamej krowy gruźliczej. Błędnem więc jest mniemanie, że gotowanie lub wyjałowienie wystarczają dla zapobiegnięcia niebezpieczeństwom, wynikłym z podawania mleka krów gruźliczych. Zapobiedz temu można wstrzykiwaniem tuberkuliny i usunięciem z użycia mleka krów, dających typowy odczyn na wstrzykiwania. *Jan Landau.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kurt (Wiedeń). **W sprawie leczenia pleśniawek (soor).** *(Wiener klin. Rundschau* Nr. 45, 1900). Pędzlowanie kilka razy dziennie zajętych miejsc mieszanką boraksu i gliceryny (4 : 15), lub też kilkakrotne podawanie w usta choremu dziecięciu ssawki gumowej, zamoczonej w powyższym rozczynie, dawało znakomite wyniki. W lżejszych przypadkach pleśniawki znikały w 24 godzinach, w cięższych po 2—3 dniach. *Pisek.*

Sontag (Wiedeń). **Nowoczesne leczenie cierpień gośccowych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 46, 1900). Krytyczne omówienie działania przetworów salicylowych i ich stron ujemnych; usilne natomiast zalecanie aspiryny, którą autor stosował z dobrym skutkiem w 23 przypadkach (4,00 dziennie) w najrozmaitszych postaciach gośćca. *Dr. H. P.*

Neter (Berlin). **Leczenie krzywicy wyciągiem z nadnerczy.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* tom 52, zeszyt uzupełniający). Zachęcony korzystnymi wynikami, otrzymanymi przez Stoeltznera w klinice Heubnera, podawał Neter wyciąg z nadnerczy (nazwany „rachitolem“) w 28 przypadkach u dzieci krzywiczych i dochodzi do wyników zupełnie odmiennych, aniżeli Stoeltzner. Rachitol według Nettera zdaje się nie mieć wpływu na krzywicę; w szczególności nie widział korzystnego wpływu tego przetworu nadnercza na objawy typowe krzywicy, dostępne badaniu przedmiotowemu, t. j. na czynności statyczne, na ścieńczenie kości czaszkowych i inne choroby kości, nawet po kilkomiesięcznem podawaniu rachitolu. Również na stan ogólny dzieci rachitol wpływu nie ma. Zapach specyficzny moczu dzieci krzywiczych, na który Stoeltzner pierwszy zwrócił uwagę, także pod wpływem tego sposobu leczenia się nie zmienia, jak niemniej tężyczka i skurcz głośni nie ulegają zmianie. W jednym przypadku po ośmiu tygodniach ciemiączko wielkie nieznacznie się zmniejszyło, w 14 innych zaś rachitol nie zmniejszył objawów krzywicy, mianowicie: różańca, zmian na klatce piersiowej, ani też zgrubień nasad kostnych. Ogółem, wynik był niekorzystny, jak również bez wpływu na krzywicę pozostały podawane przez innych autorów wyciągi z gruczołu tarczykowego i z grasicy. *Jan Landau.*

Mayer i Wickel (Tybinga). **W sprawie leczenia padaczki sposobem Flechsiga (makowcem i przetworami bromu), a względnie modyfikacyą Ziehena.** (*Berl. klin. Wochenschrift* N. 48, 1900). Punkt ciężkości powyższego postępowania leczniczego, zalecanego w padaczce, polega na podawaniu makowca, powiększając stopniowo dawkę aż do 0·90 dziennie, przy starannem przestrzeganiu odpowiedniej dyety (wzbronione są: wyskok, kawa, herbata i korzenie) i równoczesnem stosowaniu wieczorami zabiegów wodoleczniczych. Ziehen kładzie także szczególniejszy nacisk na podawanie bromu w wielkich dawkach (8,00—9,00) przez przeciąg jednego roku. Jedynem przeciwskazaniem ma być niedostateczne odżywienie i ciężka wada sercowa. Spostrzeżenia więc dokonane na całym szeregu chorych padaczkowych, przy ścisłem uwzględnieniu wszystkich tych wskazówek, nietylko nie stwierdziły, jakoby taki sposób leczenia miał pociągnąć za sobą ciężkie zaburzenia, lecz przeciwnie, uzyskano tak korzystne wyniki, jakich nie można było otrzymać, podając jedynie przetwory bromu. W szczególności zaś podnieść należy, że ilość napadów znacznie się zmniejszyła, powtóre, że stan ogólny chorych (waga ciała) i sfera umysłowa wielce się poprawiają; czy jednak ta poprawa jest stałą, autorowie nie rozstrzygają. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 23 listopada 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 62.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Przewodniczący przedstawia gości: kol. Stefanowicza i kol. Polaszka

Jako delegatów na naradę w celu zawiązania »Towarzystwa popierania nauki« wybrano kol. Macheka i kol. Wehra.

Kol. Rencki przedstawia i omawia przypadek akromegalii.

S. K. lat 47, zarobnik z pod Stryja Dziedzicznie nie obciążony. Nie chorował nigdy; w 20 roku życia odbył służbę wojskową. Obecna choroba miała się rozpocząć przed 4 laty silnymi bólami i zawrotami głowy; bóle te, które utrzymywały się tak w dzień, jak i w nocy, były tak znacznego stopnia, że chory nie mógł poruszać głową Wkrótce zauważył, że cały brzęknie, a obrzęk ten zajął równocześnie głowę, tułów, kończyny górne i dolne. Kończyny górne miały być tak zgrubiałe, że chory nie mógł wdziać dawnej koszuli, a język tak był również zgrubiały, że przeszkadzał mu przy mówieniu i przyjmowaniu pokarmów. Ogólny ten obrzęk utrzymywał się stale przez lat trzy. Przed rokiem, z chwilą gdy chory zaprzestał zupełnie pracy, obrzęk począł się zmniejszać, wreszcie ustąpił zupełnie na tułowiu i kończynach; pozostały jednak aż do obecnej chwili znacznie zgrubiałe: nos, wargi, język, ręce, oraz stopy. Z chwilą ustępowania obrzęku zauważył chory upośledzenie wzroku, oraz doznawał uczucia, jakby mu kto oczy z boku przysłonił. Od roku wzmogły się znacznie apetyt oraz pragnienie; mocz oddaje często i w obfitej ilości; popęd płciowy począł zanikać, a z nim ustał wzwód prącia. Od początku samej choroby pamięć chorego znacznie osłabła, z trudnością przychodzi mu myśleć i wyrażać się. W ostatnich czasach bóle i zawroty głowy nieco się zmniejszyły. Napojów wyskokowych nie nadużywał, kiły nie przebywał.

Mężczyzna wzrostu średniego, o skórze bladej, miernie odżywiony, okazuje silną budowę kośćca. Obwód czaszki 57 ctm., szczęka dolna występuje nieco ku przodowi i zachodzi kilka mm. przed szczęką górną. Kości długie kończyn górnych i dolnych zmian nie okazują, ręce i stopy znacznie zgrubiałe, a prześwietlenie rąk promieniami Röntgena wykazuje tylko nieznaczne zgrubienie kości, — natomiast daleko większe części miękkich. Żebra zgrubiałe. Twarz w całości zgrubiała, skóra nieco grubsza, nos znacznych rozmiarów, wargi grube, mięsiste, język szeroki, gruby, mięsisty. Smak i powonienie zmian nie okazują; badanie ócz wykazuje zanik nerwu wzrokowego, oraz „hemianopsia bitemporalis.“ Gruczoły karkowe nieco powiększone, gruczoł tarczykowy wyczuć się nie daje. W płucach objawy suchego nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian, tętno 68. Wątroba niepowiększona; śledziona macalna pod łukiem, nieco twardsza; prącie, a zwłaszcza żołądź, znacznie zgrubiałe (powiększenie to zauważył chory od roku); jądra bez zmian; odruchy kolanowe osłabione, czucie bólu, dotyku, ciepłoty prawidłowe. Badanie żołądka wykazuje naczczo 200 ctm.^{3} soku żołądkowego z wyraźną reakcyą na wolny HCl o og. kwas. 10. Próby trawienia wypadają prawidłowo. Rozmiary sztucznie rozdętego żołądka nieco większe. Badanie krwi. C. czerw. 4.000 000 C. białe 5.800, Hgl. 85%, Neutrofile 59.66%, Limfocyty 33.33%, Przejściowe 3.7%, Eozynochłonne 3.33%.

Stolec bez zmian. Mocz o c. g. 1030, cukru 3.9%, białka nie zawiera. Wobec wyników badania przedmiotowego, rozpoznanie akromegalii nie ulega wątpliwości. Obecność widzenia połowiczego odnieść należy do guza przysadki mózgowej, która to zmiana tak stale towarzyszy akromegalii. Czy w danym przypadku mamy do czynienia ze sprawą nowotworową, czy tylko z przerostem nasadki mózgowej, stanowczo trudno rozstrzygnąć, wiadomą bowiem rzeczą, że i sprawa nowotworowa przez szereg lat trwać może (Mendel). Uwzględniając jednakowoż brak większych objawów mózgowych, a nawet w ostatnich czasach zmniejszenie się bólów głowy, raczej przyjąć należy, że przyczyną ucisku na skrzyżowanie n. n. wzrokowych jest przerost przysadki. Na szczególniejszą uwagę zasługuje ten przypadek ze względu na początkowy okres chorobowy. Choroba rozpoczęła się przed laty 4 ogólnym obrzękiem, który najrychlej odnieść należy do myxoedema. Z chwilą gdy ustępować zaczęły obrzęki, pojawiły się zaburzenia wzrokowe, świadczące już o rozpoczynającym się przeroście przysadki,

a niebawem rozwinął się zupełny obraz akromegalii. (Streszczenie własne).

Kol. Zalewski (jako gość) przedstawia chorego ze zwężeniem tchawicy poniżej otwartej rany tracheotomijnej.

Kol. Machek przedstawia pięciu chorych, leczonych na ubytki w rogówce przez przeszczepienie płatów spojówkowych (według metody Kuhnta). Operuje się nietypowo. Ubytek oczyszcza się (wyskrobuje), płat spojówki do pokrycia powinno się brać możliwie zdrowy i możliwie cienki. Jako wskazania uważa kol. Machek: wrzody postępujące, wrzody gnuśne, ropnie nawet nie otwarte, wypadnięcia tęczówki, wogóle wszystkie te przypadki, gdzie oko jest otwarte, a otwór wolno wypełnia się (goi). Przy wydęciach rogówkowych płat spojówki przeszczepionej działa wzmacniająco.

Kol. Niemiłowicz demonstruje przyrząd, naśladujący system rur wodociągowych i stosunki parcia w nich. Wbrew ogólnemu przekonaniu, pomiędzy dwoma miejscami parcia dodatniego może znaleźć się miejsce parcia ujemnego, które w danych warunkach może wywierać działanie ssące na otoczenie. Parcie to ujemne zdarza się na tych miejscach, gdzie rura nagle się zwęża i znów rozszerza, co jak wiadomo, rzeczywiście przydarza się w miejscu łączenia dwu rur. Praktyczne znaczenie faktu tego jest, iż w razie nieszczelnego połączenia rury, może nastąpić ssanie produktów z otoczenia (z kanałów) i zanieczyszczenie wody.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 30 listop. 1900.

Na porządku dziennym »Projekt regulaminu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego«; referenci Dr. Rencki, Dr. A. Gluziński.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 48.

Kol. Sielski zagaił odczytaniem listu Rady Nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. — Rada Nadzorcza zgadza się na przedłożony jej Projekt Regulaminu, zastrzega sobie tylko ewentualną zmianę § 5, gdyby ów w wykonaniu okazał się niepraktycznym.

Kol. Gluziński, jako sprawozdawca, udziela wyjaśnień na interpelacye członków co do pojedynczych paragrafów. Dla skrócenia obrad uchwalono nie zastanawiać się nad poprawkami stylistycznemi, natomiast członkowie zechcą je w przeciągu trzech dni nadesłać do biura do rozpatrzenia.

Z poprawek rzeczowych na str. 12 § 71 opuszczono zdanie: »Propozycę na członków »Komisyi matki« przedkłada zarząd.«

Zresztą Regulamin w całości przyjęto.

Kol. Beck, który w czasie obrad objął przewodnictwo, kończy posiedzenie podziękowaniem koll. referentom, prof. A. Gluzińskiemu i Dr. Renckiemu za wypracowanie Regulaminu.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 28 listopada 1900.

Przewodniczący: kol. prof. Jordan.

I. Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia odroczono do następnego posiedzenia.

II. Kol. Doc. Seńkowski przedstawił w krótkości badania nad budową ciał ksantynowych w ich historycznym rozwoju od badań Scheelego do najnowszych czasów, a przeszedłszy do ostatnich badań Fischera omówił sposoby syntetycznego otrzymania ciał ksantynowych, znajdujących się w przyrodzie. Uważając razem z Fischerem ciała ksantynowe za pochodne puryny (C^5 N^4 H^4), jako związku najprostszego, określił prelegent budowę chemiczną wszystkich ciał ksantynowych, znajdujących się w świecie zwierzęcym i roślinnym. Syntezy tych ciał mają wielkie znaczenie w przemyśle, bo wskazują drogę sztucznego otrzymania tak ważnych związków, jak kofeina i teobromina, z drugiej zaś strony między stukilkudziesięciu purynami, otrzymanemi przez Fischera, mogą się znaleźć związki, dające się z korzyścią zastosować w terapii. Synteza połączeń puryny, czyli ciał ksantynowych może się stać podstawą z jednej strony wytłómaczenia budowy ciał w skład jądra komórkowego wchodzących, z drugiej wyjaśnienia takich pytań, jak przyczyny skazy moczanowej. (Streszczenie własne) (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. prof. Wachholz zapytuje kol. prelegenta, czy sztuczna kofeina była badaną fizyologicznie; kol. Bier zwraca uwagę, że synteza mocznika została dokonaną nie przez Wöhlera, lecz przez polaka Natansona.

P. Wróblewski wspomina o usiłowaniach otrzymania nikleoalbuminów przez wprowadzenie do białka grupy kwasu metafosforowego i ciał ksantynowych, a następnie opisuje swoje doświadczenia nad połączeniami puryny z kwasem ortofosforowym.

Kol. Doc. Seńkowski odpowiada, że o badaniach fizyologicznych sztucznej kofeiny nie wie, jednakże chemiczne metody są tak pewne, że one same wystarczą do zidentyfikowania otrzymanego produktu. Co się tyczy syntezy mocznika z sinianu amonowego, to się ona należy bezwarunkowo Wöhlerowi; Natanson zaś otrzymał mocznik działaniem amoniaku na fosgen, a tem samem udowodnił bezpośrednio, że mocznik jest amidem kwasu węglowego.

Prace dotyczące nukleoalbuminów kwasu metafosforowego itd. są prelegentowi znane, o tych jednak nie mógł wspominać w odczycie, którego treścią były tylko synteza i budowa chemiczna puryn.

Kol. Stankiewicz: „O leczeniu zmian zapalnych okołomacicznych.“

Omówiwszy pokrótce na podstawie statystyki wyniki leczenia operacyjnego spraw zapalnych przydatków macicznych przechodzi prelegent do przedstawienia sposobów leczenia zachowawczego, jak: 1) „Columnisatio,“ 2) obciążenie zapomocą śrutu według Freunda, 3) użycie równi pochyłej podług Pinkusa, 4) obciążenie zapomocą kolpeuryntra z rtęcią, według Halbana, 5) stosowanie gorących wystrzykiwań pochwy i okładów ichtyolowych, zalecanych podług Stratza.

Opisując technikę i wskazanie każdej z poszczególnych metod, kreśli St. sposób postępowania, przyjęty na klinice prof. Jordana w leczeniu spraw zapalnych tkanek przy- i okołomacicznych. Na podstawie 90 klinicznie spostrzeganych przypadków (71 chorych stałych i 19 przychodnich), podaje ogólnie wyniki, uzyskane w leczeniu rozmaitych rodzajów spraw zapalnych przy użyciu powyżej opisanych sposobów — i dochodzi do następującego wniosku: Powyższe metody, w działaniu swojem bardzo blizko siebie stojące, we właściwych przypadkach stosowane, — stanowią dzielne środki leczenia, wpływając w stosunkowo szybki, a niezwykle łagodny sposób na usunięcie produktów zapalnych, jako też ich następstw, — wyjątkowo w swych skutkach szkodliwe, — czynią w większości przypadków ręczne mięsienie zupełnie zbytecznem.

W dyskusyi zabierają głos kol. prof. Rosner i kol. Doc. Braun.

Pierwszy podnosi, że w swych dwóch przypadkach, leczonych z powodu przewlekłych zapaleń przydatków sposobem Owarda, udało mu się usunąć bardzo dolegliwy ból międzymiesiączkowy (Mittelschmerz); zapytuje przeto kol. prelegenta, czy na podstawie dużego materyału klinicznego, leczonego w ten sposób, nie nabył w tym kierunku jakichś pewniejszych danych.

Kol. Doc. Braun zaznacza, że i przy zachowawczem leczeniu musi się ściśle określać wskazania; — ważnem jest mianowicie zdać sobie sprawę, czy to są wypociny, zmierzające do zropienia, czy też wypociny, zmierzające do zaciągania się. W pierwszych bowiem przypadkach leczeniem tem można tylko zaszkodzić, podczas gdy w przypadkach drugich napewno pomożemy.

Kol. Stankiewicz podnosi w odpowiedzi, że rozróżnienie i należyte rozpoznanie rodzaju wypociny jest często bardzo trudne; — ostrożne jednak stosowanie opisanych przez niego metod dobre świadczy usługi i w okresie podostrym.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. Listy z Syberyi.

Badanie moru w sąsiedniej Mongolii i Kraju Zabajkalskim. — Nieco o stanie zdrowotnym. — Referaty zawarte w I. tomie prac I. Zjazdu Wszechrosyjskiego klimatologów i balneologów, a odnoszące się do Syberyi.

W ciągu minionego lata odbyła podróż naukową po Mongolii i Kraju Zabajkalskim ekspedycya pod kierownictwem p. Langego, weterynarza i dyrektora Kazańskiego Instytutu weterynaryjnego, przy współudziale bakteryologa

doc. dra Podbielskiego z Kazania, oraz jednego lab-ranta. Ekspedycya została zorganizowana przez ministeryum spraw wewnętrznych, trwała blisko 4 miesiące, rozporządzając znacznymi środkami pieniężnymi, wyasygnowanymi przez ministeryum, w kwocie 24 tysięcy rubli. Komisya przeciwmorowa wydała na ekspedycyę do jednej Mongolii kilkadziesiąt tysięcy rubli. W ciągu paru lat ostatnich były tu wysłane dwie ekspedycye: dra Zabołotnego i dra Damaskina, a prawie jednocześnie z p. Lange był delegowany przez komisyę dr. Skrzywan z Odessy. Dr. Zabołotnyj jeździł do okręgu Łob-nor na granicę Mandżuryi, gdzie sprawdził doniesienie lekarza misyi francuskiej, dra Montignon, (zmarłego, jak wiadomo, podczas ostatnich rozruchów w Chinach), był w miejscowości, w której grasowała epidemia i sam spostrzegał kilku chorych; drowi Damaskinowi w przejeździe przez Mongolię nie udało się nic widzieć; dr. Skrzywan, który miał bardziej ograniczoną misyę, bo tylko w Urdze (dozór, by dżumy nie zawleczono w granice Rosyi), zebrał niemniej cenne uwagi, potwierdzające fakta, poprzednio podane przez dra Talko-Hryncewicza, co do lokalnych gniazd moru w Mongolii, rozkopał kilka nór tarbaganów, mających być roznosicielami choroby i kilkanaście żywych egzemplarzy zabrał dla badań do Odesy. Ekspedycya p. Langego nie obserwowała chorych na mór, ani ludzi, ani zwierząt; po dłuższym pobycie w Urdze udała się do Akszyńskiego okręgu, gdzie przed laty były w różnym czasie przypadki moru odmiany gruczołowej i płucnej wskutek zarażenia się mięsem tarbaganiem, lub przez zdejmowanie skóry z chorych tych zwierząt. Szczepień żadnych nie robiono; dr. Podbielski rozkopał parę nor tarbaganich i to próżnych; niemniej na podstawie takich danych p. Lange przyszedł do wniosków, które wydrukowała w skróceniu gazeta irkucka *Wostocznoje Obozrenije*, że żadnego moru nigdy ani w Kraju Zabajkalskim, ani w Mongolii nie było, a jest to inna choroba, podobna do moru, rodzaj „czarnej krosty“ (sibirskaja jazwa). Dla potwierdzenia swego założenia, na prośbę p. Langego, gubernator wojenny obwodu zabajkalskiego zażądał od lekarzy wykazu co do liczby przypadków czarnej krosty w latach ostatnich. Zapatrywania dr. Podbielskiego różniły się od poglądów p. Langego, gdyż pierwszy z nich, zgodnie z innymi lekarzami, twierdził, iż choroba, od czasu do czasu nawiedzająca Mongolię i Krainę Zabajkalską, ma charakter morowy. Zdanie, wygłoszone przez p. Langego wobec administracyi kraju, — ludzi niefachowych, może wielce zaszkodzić w przyszłości tak sprawie naukowego zbadania tej choroby, jak i walce z nią. Potrzebne tu bowiem obfite środki i dzielni pracownicy, tembardziej, że obecnie Wielki książe Oldenburski, człowiek wpływowy i energiczny, usunął się od prezesowstwa w komisyi przeciwmorowej, której działalność może się w końcu ograniczyć do czynności wyłącznie kancelaryjnej. Co do zbadania moru w Mongolii i Kraju Zabajkalskim, powtórzę to, cośmy już mieli możność wypowiedzieć w przeszłych naszych listach, że tego rodzaju ekspedycye są tylko bezowocną stratą czasu i zasobów, gdyż do tego potrzeba osiadłego lekarza bakteryologa, któryby stale przebywał w Urdze. Było to już jakoby postanowione przez komisyę przeciwmorową i polecono drowi Skrzywanowi pozostawienie urządzonej pracowni dla jego następcy, lecz widocznie wypadki w Chinach wstrzymały mianowanie lekarza na to stanowisko. Żywimy jednak nadzieję, że prędzej lub później to nastąpi. Podobnie jak w latach ostatnich, w początkach jesieni pojawiać się zaczęły w Syberyi Wschodniej przypadki chorób zakaźnych, durzyca brzuszna, krztusiec, niekiedy błonica z przebiegiem niezbyt złośliwym Szczepienia surowicy przeciwbłoniczej nie powiodło się tu zastosować, gdyż przysłana przed paru laty z Petersburga, z Instytutu medycyny, w czasie gdy chorych na błonicę nie było, dziś się okazała zbyt starą i rozłożoną.

Z teatru walki w Chinach dochodzą wieści o znacznym odsetku chorych i ranionych lekarzy. Zima, skupienie wielkiej ilości wojska. niewygody, złe odżywienie i zanieczyszczona woda, nie mogą nie wpłynąć na rozwój chorób epidemicznych, które i bez tego często tam grasują, jak cholera, mór, durzyca, zimnica; w dzisiejszych okolicznościach choroby te stać się mogą jeszcze bardziej złośliwemi i groźniejszemi od kul nieprzyjacielskich.

W tych dniach doszedł do rąk moich tom pierwszy prac I-go Wszechrosyjskiego Zjazdu balneologów i hidrologów; księga ta o 850 str. druku zawiera 60 prac, odczytanych na Zjeździe. Redakcyi tego wydawnictwa podjął sie sekretarz Rosyjskiego Tow. opieki nad zdrowiem ludu i sekretarz byłego Zjazdu, ziomek nasz. znany w świecie naukowym, dr. Władysław Hubert. W wydanym tomie znajdują się prace, poświęcone Syberyi: dra Krutowskiego, „O jeziorze Szyro w gub. Jenisejskiej“, jednem z najbardziej uczęszczanych źródeł słonych, do którego zjeżdżają się liczni kuracyusze. Jezioro to, zawierające sól morską i szczawy alkaliczne, nadaje się do leczenia chorób: żołądka, jelit, wątroby, narządów kobiecych, zołzów i t. d.; szkoda tylko, że zbyt pierwotne urządzenie; ogólna drożyzna, brak dobrych mieszkań, żywności, nie mogą zadowolnić i najmniej wymagających. Pomimo tego z najdalszych zakątków Syberyi ściągają się goście nad Szyro, które Sybirakom zastępuje morskie kąpiele. Dalej znajdujemy aż trzy referaty, odnoszące się do Krainy Zabajkalskiej: drów Dawydowa i Horbacewicza odnoszą się do klimatologii i poruszają sprawę suchot płucnych. Szeroko rozpowszechnione śród publiczności miejscowej i przyjezdnej błędne mniemanie, iż w Krainie Zabajkalskiej suchoty nie istnieją i że suchotnicy powinni szukać tu ratunku; dziś, przy ułatwionej komunikacyi, mniemanie to może niejednego w błąd wprowadzić, co i spowodowało wypracowanie referatu o tej sprawie. Suchość klimatu i położenie wysokie wpływają niewątpliwie na ustrój krzepiąco, zwiększając przemianę materyi; obfitość światła słonecznego, przeźroczystość powietrza, ciągłe wiatry, często tamują proces gnicia i rozwój laseczników, wytwarzając naturalną wymianę powietrza. Nieposlednią też rolę odgrywa tak małe zaludnienie, jak w Zabajkalu; 700 tys. ludności na przestrzeni, przewyższającej półtora raza Niemcy spółczesne, a w tej liczbie trzecia część ludności burjackiej, mieszkającej na rozległych stepach, w daleko rozrzuconych od siebie jurtach. Wszystkie te warunki, zdawałoby się, nie powinny sprzyjać rozwojowi gruźlicy. Z drugiej jednak strony wielkie wahania ciepłoty w dnie i noce, nizka temperatura wogóle, wpływają na powstawanie nieżytów dróg oddechowych, często pociągających za sobą cierpienia płucne. Wieloletnie doświadczenie pouczyło mnie, że większość chorób płucnych rozwija się na tym gruncie z wyżej wymienionych powodów. Skutkiem surowego klimatu przebieg samej choroby bywa o wiele ostrzejszym, niż w innych miejscowościach; dodać tu jeszcze należy niehigieniczne życie, nadużywanie napojów wyskokowych, któremu od młodych lat ludność tutejsza się oddaje, czem upośledza trawienie i czyni ustrój bardziej wrażliwym na wpływy zewnętrzne i zmiany temperatury.

Tutejsi nomadzi, przeniesieni z jurt stepowych w duszną miejską atmosferę mieszkań, pozbawionych światła i świeżego powietrza, szczególniej przy biurowej pracy i braku ruchu, szybko więdną, mięśnie ich stopniowo zanikają, klatka piersiowa się zapada, powłoki ciała bledną, występuje suchy kaszel, podniesiona ciepłota i często kończą życie na suchoty galopujące. U przejezdnych z gruźlicą przewlekłą choroba ma przebieg bardziej przyspieszony. Natomiast ludzie z usposobieniem limf tycznem, lub ze skłonnością dziedziczną do suchot, znoszą klimat tutejszy wybornie i nawet wzmacniają się. Z tego wynika, że w Kraju Zabajkalskim suchoty płucne nie są rzadkością, a przebieg ich w klimacie surowym jest niepomyślny; a zatem Kraj Zabajkalski nie posiada odpowiednich warunków dla stacyj leczniczych. Dr. Dawydow w oddzielnym referacie porusza też sprawę wód mineralnych w Kraju Zabajkalskim i nalicza 46 źródeł, cho-

ciaż bez przesady możnaby ich liczbę podwoić. Nieprędko jednak tutejsi mieszkańcy będą korzystali z bogatych źródeł; rozwojowi ich przeszkadza małe zaludnienie pierwotne urządzenie i nazbyt krótki w tutejszym klimacie surowym sezon leczniczy, bo trwający zaledwie od 6—8 tygodni. Dotychczas kilka tylko źródeł względnie zbadano, a pozostałych własności chemiczne mało, lub zupełnie nie są znane. Przy obecnych więc warunkach miejscowych żadne sztuczne podniesienie ich nie miałoby racyi bytu, narażając tylko na straty przedsiębiorców, jak to już zresztą miało miejsce z zarządem górniczym Wschodniej Syberyi, który objął w administracyę najbardziej używane wody tutejsze, Jamarowskie, zawierające szczawy alkaliczne.

Jan Iłgowski.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Dokończenie).

O przetokach jelitowo-jelitowych i żołądkowo-jelitowych.

Roux (Lozanna): Doświadczenia na jelitach psów nie dają wiernego obrazu, spostrzeganego u ludzi, a to dlatego, że ludzki przewód pokarmowy jest łatwiejszy i podatniejszy dla wykonywanych na nim zabiegów od przewodu psiego. Celem przetok jest odprowadzanie treści pokarmowej na zewnątrz dla uniknięcia niebezpieczeństwa, grożącego wskutek jej zatrzymania, lub usunięcia chorobowych przypadłości, powstających w chwili przedostawania się treści pokarmowej przez pewne miejsca przewodu pokarmowego, albo wreszcie dla ominięcia przeszkód, tamujących wolne przejście treści pokarmowej, których bezpośrednie usunięcie jest niemożliwe lub niebezpieczne. Przetoka jest z reguły zabiegiem paliatywnym, czasami działa jednakże leczniczo; zajmuje pośrednie stanowisko między przetokami jelitowemi zewnętrznemi, jak: *fistula jejunalis*, *enterostomia*, *anus praeternaturalis*, a radykalnemi operacyami, jak *pylorectomia*, wycinanie guzów i schorzałych części jelit. Boczne łączenie jelit jest najlepsze, gdyż nie wymaga zbyt wielkiej wprawy, dopuszcza robienie dużych otworów, wyklucza tworzenie się zastawek i następowych bliznowatych zwężeń, wreszcie nie zależy od średnicy łączonych pętli jelitowych. W przypadkach ostrych założenie przetoki jelitowo-jelitowej jest wskazane: 1) gdy idzie o przywrócenie wolnego przejścia dla treści pokarmowej, a wykonanie radykalnej operacyi przedstawia duże niebezpieczeństwo; 2) po odprowadzeniu wgłobionych pętli jelitowych, gdy zachodzi obawa o ruchy robaczkowe. Jest natomiast przeciwwskazane: 1) gdy siły chorego dozwalają co najwyżej założenia przetoki zewnętrznej; 2) gdy stan jelit wymaga dla utrzymania życia wycięcia jednej lub więcej pętli, jakkolwiek i w tych przypadkach można założyć przetokę, dodając do niej pozaotrzewnowe wyłączenie schorzałych pętli jelitowych, jak to się robi często w przypadkach uwięzłych przepuklin; 3) gdy siły chorego, stan jelit i wprawność operatora pozwalają na racyonalniejszą i radykalniejszą operacyę. W przypadkach przewlekłych założenie przetoki jelitowo-jelitowej jest jedyną operacyą: 1) w przypadkach guzów, nienadających się do operacyi i 2) w przypadkach niedostępnych ognisk gruźliczych, promieniczych i t. d. Względne wskazania do niej przedstawiają: 1) przypadki dających się usunąć guzów, gdy siły chorego na to nie pozwalają; 2) przypadki przetok kałowych, w których założenie przetoki z wykluczeniem prowadzi do wyleczenia. Zostawienie $1^1/_2$ m. jelita cienkiego i połowy jelita grubego wystarcza do zupełnie dobrego życia, resztę jelita można zatem spokojnie wykluczyć.

Przetoka żołądkowo-jelitowa jest zabiegiem łatwiejszym od jelitowo-jelitowej; zakłada się ją, gdy wycięcie odźwiernika jest niemożliwem, n. p. w przypadkach nienadających się do operacyi guzów; powinno się ją dołączyć do każdej pylorektomii, a to dlatego, by chory, w razie nawrotu choroby, miał nowy odźwiernik, ile możności jak najdalej od starego oddalony. W przypadkach dobrotliwych cierpień odźwiernika i żołądka, w których idzie o sprowadzenie łatwego wydalania treści żołądkowej, należy zakładać zawsze przetokę, gdyż jest łatwiejszą w wykonaniu od wycięcia odźwiernika i jego plastyki, a daje te same korzyści. Zakładanie przetoki wskazanem jest w cierpieniach dwunastnicy, w przypadkach żołądków klepsydrowatych można je zakładać w miejsce plastyki żołądka. Zakładanie przetoki ma tę samą wartość, co wycinanie wrzodów żołądka i jest lepszem od gastroplikacyi i gastropeksyi. Jest dobrze wykonaną wtedy, gdy ma kształt Y. Szew ma wyższość nad guzikiem Murphyego, który należy ograniczyć jedynie do przypadków, w których każda minuta jest drogą. Znaczna śmiertelność z zapalenia płuc po tych operacyach jest zagadką, której przyczyny niepodobna dopatrywać w samem uśpieniu chloroformowem.

Souligoux (Paryż) rozpatruje rozmaite chirurgiczne choroby przewodu pokarmowego w świetle korzyści, jakie daje zakładanie przetok jelitowych. W ostrych i przewlekłych przypadkach zamknięcia jelita musi przetoka jelitowo-jelitowa ustąpić miejsca odbytowi sztucznemu. W przypadkach zaparcia stolca bez zupełnego zamknięcia, sprowadzonego guzami ruchomymi, które można łatwo usunąć, należy wyciąć odpowiednią część jelita, kończąc operacyę boczną, lub boczno-końcową przetoką, która jest pewniejsza, prędsza i łatwiejsza w wykonaniu od końcowo-końcowego połączenia odcinków jelita. W sprawie przetok żołądkowo-jelitowych dochodzi prelegent do następujących wniosków: żołądek jest, z wyjątkiem cierpień nerwowych, terenem chirurgii. W przypadkach bliznowatego zwężenia odźwiernika i początkowej części dwunastnicy, przetoka żołądkowo-jelitowa jest jedynie dozwoloną, albowiem jest ona prawie zupełnie bezpieczną, powraca chorym zupełne zdrowie, jest zabiegiem lżejszym i pewniejszym od wycięcia odźwiernika lub od jego plastyki. W przypadkach zwężeń rakowatych odźwiernika przetoka jest i pozostanie najczęstszą operacyą; wycięcie odźwiernika ograniczyć się musi jedynie do początkowych okresów raka, kiedy niema jeszcze zrostów z wątrobą, trzustką, okrężnicą i kiedy niema jeszcze przerzutów w gruczołach. Przetoka musi kończyć każdą operacyę wycięcia odźwiernika i dwunastnicy, gdy to wycięcie było bardzo rozległe. Jest ona dalej wielce pożytecznym zabiegiem w daleko posuniętych owrzodzeniach żołądka, nie dlatego, że chroni od krwotoków, ale że uwalnia żołądek od zbytniej pracy i stawia wrzód w warunkach, przyśpieszających jego gojenie i zabliźnianie się. W przypadkach żołądków klepsydrowatych ma przetoka wyższość nad plastyką. W przypadkach niestrawności, gdy lekowanie wewnętrzne nie pomaga, a objawy, polegające na zaleganiu treści żołądkowej, silnych bólach, utrzymują się ciągle, założenie przetoki może sprowadzić wyleczenie. Co się tyczy sposobu operacyjnego, to oddaje pierwszeństwo metodzie Hackera, a ucieka się do przetoki przedniej tylko wtedy, gdy wykonanie pierwszej jest niemożliwe. Z fizyologicznego punktu widzenia najdoskonalszą jest metoda Roux.

Petersen (Heidelberg). Liczne metody zakładania przetoki żołądkowo-jelitowej, podane celem udoskonalenia postępowania Wölflera, dotyczą dwóch głównych punktów: 1) uzyskania pewnego i jak najbardziej skróconego sposobu szycia; 2) zapewnienia należytego odpływu treści pokarmowej i uniknięcia zwracania (regurgitacyi). Co się tyczy punktu pierwszego, to szew nie znalazł do dnia dzisiejszego idealnego zastępstwa; najwięcej jeszcze zalet ma guzik Murphyego, którego użyto w przetoce żołądkowo-jelitowej w klinice Heidelbergskiej 168 razy, zyskując za każdym razem pewne połączenie między ścianą żołądka, a jelitem. Co się tyczy punktu drugiego, to zwracanie daje się najłatwiej uniknąć przy stosowaniu metody Hackera *(gastro-enterostomia posterior retrocolica)*. Złe jej wyniki u licznych operatorów czerpią swe źródło w zapoznawaniu stosunków topograficznych. Najwyższy punkt wstępującego ramienia dwunastnicy leży zawsze nieco wyżej od początkowego odcinka jelita czczego *(plica duodeno-jejunalis)*. Odcinek ten jelita czczego leży znowu w przypadkach prawidłowego żołądka nieco wyżej od najniższego punktu wielkiej krzywizny żołądka. W przypadkach zaś, w których zakładamy przetokę żołądkowo-jelitową, mamy zawsze do czynienia z rozstrzenią żołądka, a więc mamy także różnicę w odstępie między wspomnianym odcinkiem, a najniższym punktem wielkiej krzywizny żołądka, wzrastającą w miarę zwiększania się rozstrzeni żołądka. Biorąc zatem przy zakładaniu przetoki metodą Hackera doprowadzający odcinek jelita nie dłuższy, jak odległość między *plica duodeno-jejunalis* a przetoką, to wszyta do żołądka pętla przebiegać będzie dość prosto od góry ku dołowi wzdłuż tylnej ściany żołądka i nie będzie odcinka prawego i lewego, ale górny i dolny. Warunki odpływu treści żołądkowej będą bardzo pomyślne, gdyż doprowadzający odcinek dochodzi od góry, a odprowadzający odchodzi ku dołowi. Rozumowanie to stwierdza doświadczenie kliniki heidelbergskiej, której statystyka przedstawia się w następujący sposób: przetokę żołądkowo-jelitową przednią wykonano 19 razy, z tego w 3 przypadkach było zwracanie (regurgitatio) (1 raz śmierć, 2 przypadki uratowano zapomocą założonej przetoki jelitowo-jelitowej). Przetokę żołądkowo-jelitową tylną założono 197 razy, a w żadnym przypadku nie było wyraźnego zwracania (regurgitacyi), w 28 przypadkach wystąpiły

wymioty, usunięte kilkorazowem przepłókaniem żołądka. Ogólna liczba wykonanych przetok żołądkowo-jelitowych wynosiła od roku 1881 do 1/7 1900, 216 z 47 przypadkami śmierci, czyli 22% śmiertelności (między tymi w 14 przypadkach dołączono przetokę do pylorektomii). Przetokę przednią wykonano 19 razy z 9 przypadkami śmierci, czyli 50% śmiertelności; przetokę tylną 197 razy z 38 przypadków śmierci, czyli 19% śmiertelności; przetokę tylną ze szwem wykonano 45 razy z 14 przypadkami śmierci, czyli 31% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano 152 razy z 24 przypadkami śmierci, czyli z 16% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano w latach między 1896—1898 60 razy z 12 przypadkami śmierci, czyli 20% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano w latach 1898—1900 92 razy z 12 przypadkami śmierci, czyli 13% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano z powodu rakowatego zwężenia odźwiernika 86 razy z 21 przypadkami śmierci, czyli 24% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano z powodu dobrotliwego zwężenia 64 razy z 4 przypadkami śmierci, czyli 6% śmiertelności. W ostatnich 34 przypadkach nie było ani jednego przypadku śmierci; 12 przypadków śmiertelnych, które miały miejsce w latach od 1898—1900, były spowodowanej zapadem i osłabieniem serca 5 razy, zapaleniem płuc 5 razy, skręcenem jelita raz, zapaleniem otrzewnej, wychodzącem ze zropiałego gruczołu rakowatego, raz.

Giordano (Wenecya) poleca w przypadkach raka jelita ślepego, przy rozstrzeni okrężnicy i w przypadkach wrzodziejącego zapalenia okrężnicy, wykluczenie jelita grubego zapomocą założenia przetoki między jelitem biodrowem a jelitem esowatem.

Eiselsberg (Królewiec) podnosi, że w całkowitem wykluczaniu pętli jelitowych uzyskało się dobry środek leczniczy w przypadkach nie nadających się do operacyi przetok kałowych i innych niedostępnych zwężeń przewodu pokarmowego i że takie częściowe wykluczenie sprowadzić może wyleczenie w przypadkach rozstrzeni jelita grubego, a także w przypadkach wrzodziejącego zapalenia okrężnicy.

Murphy (Chicago): *O niedrożności jelit.* W nader wyczerpującem sprawozdaniu, opartem na 1.600 zestawionych przypadkach niedrożności jelit, motywuje wprowadzony przez siebie następujący ich podział:

1. *Ileus adynamicus* występuje zawsze w następstwie częściowego porażenia pętli jelitowej, powodowanego: *a)* porażeniem, występującem po rozległych zabiegach na krezce w następstwie zaburzeń w krążeniu; *b)* porażeniem uwięzłej pętli jelitowej, występującem szczególnie często w przepuklinach udowych; *c)* porażeniem w następstwie obrażeń rdzenia pacierzowego; *d)* porażeniem w następstwie obrażenia obwodowych nerwów; *e)* porażeniem odruchowem, wywołanem przejściem kamieni żółciowych, uwięźnięciem krezki i t. d. *f)* porażeniem na tle zakaźnem w następstwie zapalenia otrzewnej, zapalenia woreczka żółciowego, zapalenia trąbek, zatoru tętnicy krezkowej, zakrzepu w żyłach: *g)* porażeniem na tle zatrucia moczowego.

2. *Ileus dynamicus* powstaje w następstwie tężcowego skurczu okrężnych mięśni jelitowych na tle zatrucia ołowiem etc.

3. *Ileus mechanicus* powstaje: *a)* przez uwięźnięcie pętli jelitowych wewnątrz lub zewnątrz jamy brzusznej (przepukliny); *b)* przez wgłobienie; *c)* przez zamknięcie jelita wewnątrz jamy brzusznej.

Przestrzega przed podawaniem makowca, gdyż ten powoduje porażenie ruchów robaczkowych i zaciemnia obraz kliniczny.

* * *

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

A teraz zastanówmy się nad tem, co mogło skłonić Wydział krajowy do powzięcia projektu zniesienia pawilonu dla obłąkanych w Krakowie? Zdaje mi się, że nie mogły tu grać roli względy ekonomiczne, albowiem koszt utrzymania chorych w Krakowie a Kulparkowie wynosi przeciętnie jednakową kwotę dziennie. Gdyby krakowski pawilon dla obłąkanych nie był tylko oddziałem wielkiego szpitala krajowego, ale odrębnym i samoistnym zakładem, to koszt utrzymania go i administracyi, w stosunku do małej liczby chorych naraz w nim pomieszczonych, byłby w istocie tak wielki, że utrzymanie go nadal w tej formie byłoby do pewnego stopnia przeciwwskazane. Skoro atoli pawilon ten stanowi pod względem administracyjnym część wielkiej całości, t. j. szpitala św Łazarza, to koszt jego utrzymania, rozłożony na głowę i dobę, musi się równoważyć z kosztem utrzymania zakładu wielkiego, jakim n. p jest kulparkowski. A jeżliby koszt ten [1]) przewyższał nawet nieco koszta kulparkowskie, to różnica ta może wynikać tylko ztąd, że utrzymanie w wielkiem mieście jest droższe, niż na wsi. Gdybyśmy atoli opiekę nad chorymi wogóle oceniali jedynie i wyłącznie tylko ze stanowiska pewnych, choć małoznacznych korzyści ekonomicznych; to w takim razie należałoby wogóle wszystkie szpitale zcentralizować w jedno wielkie, gdzieś w sielskim zakątku umieszczone ognisko. Z uwag powyższych wynika, że koszt utrzymania pawilonu dla obłąkanych w Krakowie nie mógł stanowić motywu, jaki skłonił Wydział krajowy do powzięcia nieszczęsnego projektu zniesienia go i zcentralizowania obłąkanych pod dachem zakładu kulparkowskiego.

Ś. p. radca Wydziału krajowego, Dr. Hoszard pisze w „Sprawozdaniu z czynności departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 1 grudnia 1898 do 31 paźdz 1899“ na str. 8: „Wchodząc w potrzebę fakultetów medycznego i prawnego Wszechnicy Jagiellońskiej zauważamy, że pawilon dla umysłowo chorych mógłby być oddany na pomieszczenie kliniki psychiatrycznej. Kosztem funduszu edukacyjnego pawilon da się doskonale przerobić i rozszerzyć odpowiednio do żądań krakowskiego Wydziału lekarskiego, jak to już w r. 1894 proponowaliśmy c. k. Namiestnictwu.“ Zdania czcigodnego, ale co do poglądów naukowych już nie tegoczesnego ś. p. radcy Wydziału krajowego w sprawie adaptacyi obecnego pawilonu dla obłąkanych na klinikę psychiatryczną, tak dawno w Wydziale lekarskim pożądaną, nie mógł ten Wydział lekarski podzielić, to też stanowczo projekt ten potępił i odrzucił z przyczyn, o których w dalszym ciągu będzie mowa.

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie daje się już od dawna czuć dotkliwa potrzeba wybudowania osobnego, nowoczesnym wymaganiom odpowiadającego pawilonu dla chorób zakaźnych, a to tem bardziej, że gmina miasta Krakowa nie posiada do tej chwili tak koniecznego, n. p. na wypadek zawleczenia dżumy, szpitala epidemicznego. Wydział krajowy świadom tej potrzeby, pragnąłby jej zaradzić, ale w jaki sposób? Oto, skoro Wydział lekarski krakowskiej Wszechnicy odrzucił projekt zamiany pawilonu dla obłąkanych na klinikę psychiatryczną, mimo że zdaniem referenta Wydziału krajowego dałby się pawilon doskonale(!) w tym celu przerobić, porzuca on już ten jeden niefortunny pomysł, a chwyta w lot inny, jeszcze mniej odpowiedni, a zarazem zdradzający istotny cel, dla którego Wydział krajowy dąży do zniesienia w Krakowie pawilonu dla obłąkanych. Inspektor szpitali Dr. Stella Sawicki przywiózłszy jesienią r. b. wieść o projekcie zniesienia pawilonu dla obłąkanych, oświadczył ku niepomiernemu a słusznemu zdziwieniu, między innymi Dyrektora prof. Ponikły, doskonale świadomego potrzeb Krakowa i jego szpitala, że z projektem zniesienia pawilonu dla obłąkanych łączy się projekt zamienienia go na pawilon dla chorób zakaźnych. Tak więc rozwiązała się zagadka. Wydział krajowy uznaje potrzebę utworzenia większego pa-

---

[1]) Wedle Tilkowskyego zestawień koszt wyżywienia na dobę i głowę wynosi w roku 1896 w pawilonie krakowskim 26·8 kr., w Kulparkowie 25·5 kr. Natomiast koszt lekarstw na głowę i dobę wynosi w Krakowie 1·45 zlr., w Kulparkowie 2·3 zlr., a zatem koszt żywienia łącznie z leczeniem jest nawet w Krakowie tańszy, niż w Kulparkowie i to licząc na głowę i dobę tańszy o 56·7 kor.

wilonu dla chorób zakaźnych, lecz nie chce go budować; aby jednak potrzebie zadość uczynić, zamierza zamienić pawilon dla obłąkanych na pawilon dla zakaźnych, zarazem zmusić w ten sposób rząd do budowy kliniki psychiatrycznej, któraby zdaniem Wydziału krajowego pełniła w pierwszym rzędzie rolę stacyi obserwacyjnej i filii zakładu kulparkowskiego, zatem rolę dotychczasowego pawilonu. Tak więc, nie względy na jakieś ekonomiczne niekorzyści, wynikające z utrzymania dotychczasowego pawilonu dla obłąkanych w Krakowie jako takiego, lecz wzgląd na urządzenie większego pawilonu dla chorych zakaźnych, były motywem projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych w Krakowie. Nie mogę tu wchodzić w roztrząsanie, czy projekt zamiany dzisiejszego pawilonu dla obłąkanych o 115 łóżkach na pawilon zakaźny, który w zwykłym czasie, gdy niema epidemii, nie wymaga tylu łóżek, jest właściwym, wspomnę tylko, że już wzgląd na bezpośrednie sąsiedztwo pawilonu chirurgicznego z dzisiejszym pawilonem dla obłąkanych, wedle zaś projektu w przyszłości pawilonem dla chorych zakaźnych, czyni projekt ten niemożliwym do zrealizowania. Ale chodzi tu o coś więcej! Oto zdaniem referenta Wydziału krajowego nadawał się dzisiejszy pawilon doskonale(!) na klinikę psychiatryczną, obecnie zaś na szpital dla chorób zakaźnych. Dziś, gdy postęp nauk zmusił architekturę do liczenia się z celem budynku, a cele kliniki psychiatrycznej są zasadniczo odmienne, niż cele oddziału dla chorych zakaźnych, jeden i ten sam budynek chyba o tyle się nadawał na klinikę psychiatryczną a dzisiaj na pawilon dla zakaźnych, o ile n. p. wozownia lub ujeżdżalnia mogą się także nadawać na sale przedstawień teatralnych lub t. p. Po zupełnem zburzeniu dzisiejszego pawilonu nadawałby się grunt, na którym on stoi, pod budowę kliniki psychiatrycznej, nigdy zaś pod budowę pawilonu dla zakaźnych. Z gruntu mylną jest przecie zasada łatania ubrania, które się już połatać nie da, lub w którem koszt połatania nie stoi w stosunku do kosztu zakupienia nowego.

A teraz zapytajmy się, dlaczego projekt zniesienia pawilonu dla obłąkanych nie godzi się nawet z przyszłą a konieczną budową rządowej kliniki psychiatrycznej? Zanim na to pytanie odpowiem, dodam kilka słów o potrzebie tej kliniki i jak ona wyglądać musi; przez to wykażę, że pawilon dzisiejszy nie nadaje się na przerobienie go na klinikę, bo już nie odpowiada wymaganiom zwykłego, a nie klinicznego zakładu. Potrzeby kliniki psychiatrycznej rzecz zbyteczna dowodzić, jest ona bowiem dla każdego Wydziału lekarskiego tak samo ważną, jak inne kliniki lub zakłady. Smutna zaiste rzecz, że krakowski Wydział lekarski, do niedawna jedyny w Galicyi, jej nie posiadał, wskutek czego niemal wszyscy dotychczasowi jego wychowańcy byli pozbawieni podstaw praktycznego kształcenia psychiatrycznego. Stan ten musi jednakowoż niebawem już ustać, skoro obecnie wprowadzona w życie reorganizacya studyów lekarskich w Austryi zmusza ucznia do uczęszczania na wykłady praktyczne z zakresu chorób umysłowych i nerwowych. Tak więc niebawem uzupełni się nasz Wydział lekarski kliniką dla chorób umysłowych i nerwowych, tak jak to jest już oddawna na wydziałach lekarskich Wiednia, Pragi, Gracu i Insbruku. Przyszła klinika będzie w myśl słusznie w tym względzie przyjętego zwyczaju kliniką dla chorób umysłowych i nerwowych, tem samem budynek dla niej przeznaczony musi się rozpaść na dwa oddziały, t. j. oddział dla chorób nerwowych (którego w dzisiejszym pawilonie dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza niema, gdyż tu nie jest on potrzebny) i oddział dla chorób umysłowych. Każdy z tych oddziałów, z natury rzeczy, musi się rozpaść na część, przeznaczoną dla mężczyzn i osobną dla kobiet. Oddział psychiatryczny musi znowu z przyczyn swego przeznaczenia być podzielony na oddział dla chorych spokojnych, niespokojnych i szałowych. Poza ubikacyami, przeznaczonemi dla chorych, musi klinika posiadać salę wykładową, salę przyjęć, pracownie naukowe, kancelaryę profesora, mieszkania dla asystentów, odźwiernego, wreszcie łazienki, kuchnie i t. d. Obok kliniki musi być jakiś ogródek i to podzielony na części dla spokojnych i niespokojnych, dla mężczyzn i kobiet. Kto zna choćby tylko powierzchownie dzisiejszy pawilon krakowski dla obłąkanych w Krakowie, przyzna, że adaptacya jego po myśli wyrażonego podziału na przyszłą klinikę pociągnęłaby za sobą koszta, równające się budowie nowego, od podstawy już celowo zbudowanego gmachu. Klinika ta nie może być tak względem słońca ustawioną, jak dzisiejszy pawilon, w którym szereg ubikacyj dla chorych, wymagających leżenia w łóżku, oraz cele dla szałowych (w dodatku umieszczone w piwnicy) są, jako wystawione na północ, stale pozbawione dobroczynnego wpływu światła słonecznego. „Bei der Anordnung der Gesammtanlage bezüglich der Richtung gegen die Himmelsgegenden — mówi wzmiankowany już A. Funk — ist dahin zu streben, dass die Fronten der Gebäude die Himmelsgegenden durchschneiden, damit keine Seite der Gebäude die Sonne ganz entbehrt. Dem mitteleuropäischen Klima entsprechend sind, die Hauptformen mit den wichtigsten Wohn- und Schlafräumen wo möglich nach Südosten, die Verbindungsgänge nach Nordwesten zu legen.“ Aby temu słusznemu warunkowi zadość uczynić w dzisiejszym pawilonie dla obłąkanych, a już choćby tylko odnośnie do celek dla szałowych, nie wystarczyłaby kwota 9.000 złr., którą przyjął za dostateczną w swem sprawozdaniu inspektor szpitali krajowych Dr. Stella Sawicki. Nie chcę się już dalej zastanawiać nad zasadniczemi wadliwościami dzisiejszego pawilonu dla obłąkanych, bo rozminąłbym się z celem mego pisma; te zaś uwagi są wystarczające, by wykazać, że chociaż ś. p. radca Hoszard uznawał możliwość przerobienia pawilonu na klinikę psychiatryczną, a zarazem i nerwową (o tem przeznaczeniu kliniki dla chorób nerwowych nie myślał zdaje się ś. p. Hoszard) za doskonałą, to jednak nie rozważył kosztów, jakie adaptacya taka musiałaby pociągnąć, kosztów, któreby dorównały kosztom nowej budowy, a stworzyłyby mimo to całość niejednolitą, lecz za nowa już połataną.

(Dokończenie nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 20 grudnia 1900.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krak. odbyły się wybory do Zarządu Towarzystwa na r. 1901. — Wybrani zostali: prezesem kol. prof. K. Kostanecki, wiceprezesem kol. Dr. Murdzieński, sekretarzem dorocznym kol. Dr. Żydłowicz, skarbnikiem kol. Dr. Gwiazdomorski; redaktorem „Przeglądu Lekarskiego“ dotychczasowy redaktor; do Komisyi redakcyjnej powołani zostali koledzy: prof. Jaworski, Doc. Raczyński, prof. Rosner, prof. Trzebicky; do Rady żawiadowczej i na walne zebranie Towarz. lek. galicyjskich koledzy: prof. A. Gluziński i prof. A. Mars.

* Doc. zoologii w Uniw. Jag. Dr. Michał Siedlecki, otrzymał od francuzkiej Akademii nagrodę za pracę: „Monocystes ascidiae.“

* Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności, pragnąc uzyskać jak największe koło czytelników, a przez to może i współpracowników, postanowił od Nowego Roku 1901 wydawać główny swój organ „Rozprawy wydz. mat.-przyr.“ w prenumeracie. Ze względu na ogromny obszar wiedzy, który wchodzi w zakres badań wydziału, Rozprawy będą wychodzić w dwu działach. Dział A. matematyczno-fizyczny obejmie zatem n p. analizę matematyczną, geometrę, mechanikę, astronomię, geofizykę. meteorologię, fizykę, chemię, krystalografię, mineralogię, petrografię, oraz ich historyę. W dziale B. biologicznym znajdzie się n. p. botanika, zoologia, anatomia, embryologia, histologia, anatomia patologiczna, patologia ogólna, fizyologia, psychologia doświadczalna, farmakologia, geologia, paleontologia, geografia, oraz ich historya.

Każdy dział będzie wychodzić w zeszytach, obejmujących o ile możności cały materyał posiedzeń miesięcznych wydziału (których jest 10 do roku), w całych arkuszach druku z ciągłą paginacyą. Z koń-

cem roku dołączona zostanie do ostatniego zeszytu każdego działu karta tytułowa i spis prac w tomie zawartych Bez względu na możliwą ilość materiału zawartego w tomie, ilość rycin lub tablic, cena tomu z działu A. wynosić będzie tylko 8, a z działu B. 10 kor. rocznie.

Każdy prenumerator będzie otrzymywać bezpłatnie co miesiąc (oprócz feryi w sierpniu i wrześniu) »Sprawozdanie z posiedzeń wydziału matematyczno-przyrodniczego.« — Skład główny w księgarni Spółki wydawniczej, która przyjmuje prenumeratę i zajmuje się ekspedycyą główną. *Józef Rostafiński* sekretarz wydziału.

* »Oesterreichische Sanitäts Wesen« podaje urzędową statystykę z r. 1899 szerzenia się błonicy w Austryi i śmiertelności z tej zakaźnej choroby. W r. 1899 było przypadków błonicy 31,581 (33,355 w r. 1898); zmarło z błonicy w r. 1899 osób 8565 (9539 w r. 1898), czyli 27,1% w r. 1899 (28,6% w 1898). Liczba zachorowań w Galicyi obniżyła się z 2399 (w r. 1898) na 1629 w r. 1899. Odsetek leczonych surowicą zwiększył się z 45,97% na 53,5%. Śmiertelność leczonych surowicą wahała się w różnych okolicach między 11,21% a 23,6%; odsetek śmiertelności nieleczonych surowicą wahał się między 29% a 58,67%.

* Sekcya chemiczna IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwaliła na jednem ze swych posiedzeń ujednostajnienie chemicznego wyrazownictwa polskiego, a w celu praktycznego przeprowadzenia tej uchwały złożyła całą sprawę w ręce Akademii Umiejętności z nieodwołalnem postanowieniem poddania się jej wyrokowi. Akademia przekazała ten mandat Wydziałowi przyrodniczo-matematycznemu, który się nią gorliwie zajął. Z inicyatywy Akademii zwołaną została dn. 15 b. m. ankieta, w skład której weszli chemicy i językoznawcy polscy. Według naszej informacyi ujednostajnienie chemicznego wyrazownictwa polskiego z zakresu chemii nieorganicznej jest faktem dokonanym; z niektóremi zmianami przeważnie zachowane będzie wyrazownictwo chemiczne krakowskie. W miarę przygotowania materyału z chemii organicznej zwołaną będzie druga ankieta.

* Lwów wzbogacił się nowym zakładem leczniczym; powstał tam „Zakład dla wziewań i kąpieli mineralnych sztucznych Karola Bratkowskiego,“ pod kierunkiem zawodowym Dra Oskara Pilewskiego. Oprócz ściśle mineralnych, wydawać się będą kąpiele roślinne (ziołowe, garbnikowe, igliwiowe, żywiczne i gazowe z Co^2). Urządzenie zakładu jest wzorowe.

* Posłem do Rady państwa z kuryi IV powiatu wadowickiego wybrany został Dr. med. Franciszek Opydo, a z pow. tarnopolskiego Dr. Emil Gładyszowski.

* W Humaniu na Ukrainie obchodzono 50-letni jubileusz zawodowej działalności zaszczytnie znanego Dra Kwiatkowskiego. Kwotę 3800 rub. – zebraną przez przyjaciół i czcicieli, ofiarował jubilat miejscowemu gimnazyum z warunkiem, że z odsetków rozdawane będą uczniom po 50 rub trzy stypendya, po jednem: katolikowi, prawosławnemu i starozakonnemu.

* Stopień Doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. Antoni Michnik i Józef Sędzielowski; w Uniw. lwow. Tadeusz Czaplicki, Karol Witold Ziembicki, Marcin Brill i Izaak Wohl.

* Dr. Karol Kaczkowski mianowany został prymaryuszem i kierownikiem szpitala w Krośnie.

* Ze sprawozdania za r. 1899 warszawskiej kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierót biednych po lekarzach pozostałych, dowiadujemy się, że instytucya ta istnieje od r. 1857; z końcem roku sprawozdawczego było członków 850; wsparć udzielono w ciągu tego roku 102 osobom. w ogólnej kwocie 8455 rubli

* Na posiedzeniu Sejmu niższo-austryackiego posłowie Lindheim i towarzysze uczynili następujący wniosek: ze względu na to, że w Niższej Austryi 25% ogólnej śmiertelności przypada na gruźlicę i na 10.000 mieszkańców rocznie 74 ulega tej chorobie, podczas gdy inne choroby razem wzięte nie dochodzą tej liczby; ze względu dalej na to, że gruźlica występuje głównie w warstwie ludzi ubogich, a nie uznana do tej pory prawnie za chorobę zaraźliwą, co raz więcej drogą zakaźności się szerzy i przez to przedstawia się jako prawdziwa mordercza choroba ludowa; wreszcie ze względu na to, że z powodu zaraźliwości suchot niezbędnem jest stopniowe opróżnianie szpitali, a przytem, ponieważ doświadczenie i nauka stwierdziły, że umieszczenie gruźliczych chorych w zakładach na świeżem powietrzu daje świetne wyniki, wnioskodawcy upraszają wysoki Sejm, żeby postanowił: 1) ażeby specyalna komisya krajowa powołała ekspertyzę zawodową, któraby obmyślała środki zapobiegające szerzeniu się gruźlicy w Dolnej Austryi; 2) ażeby ta komisya weszła w porozumienie ze wszystkiemi instytucyami interesowanemi w celu wznoszenia zakładów dla chorych gruźliczych w Dolnej Austryi.

Mianowania i odznaczenia. W Brukseli mianowani zostali profesorami: Dr. Bayet — kliniki chorób skórnych i Dr. Cheval — kliniki laryngologicznej Dr. Thomas mian. został prof. chirurgii w Tours.

Nekrologia. Zmarli: W Paryżu zakończył życie w 83 roku sekretarz stały Akademii lekar. Dr. Stefan Bergeron. Pozostawił kilka doniosłych rozpraw z zakresu pedyatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 12: Dr. Kolińskiego J.: W sprawie leczenia owrzodzeń rogówki, a szczególnie wrzodu pełzającego. Dr. Stankiewicza Cz.: O znieczulaniu rdzeniowem w ginekologii i położnictwie. Dr. Grodeckiego Fr.: Jak się prowadzi walka z chorobami nagminnemi na prowincyi? W *Zdrowiu* (grudzień) Dr. Grodeckiego F.: Kilka słów o domach litewskich. Michałowskiego Z.: O ochronnem szczepieniu ospy w powiecie radzyńskim guberni siedleckiej w r. 1900. Kuropatwińskiego A.: Precz z alkoholem! W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 11: Doc: Łepkowskiego: Krwotoki po wyjęciu zęba i ich leczenie (dok.). Dzierzawskiego B.: O leczeniu chorób miazgi (dok.). — W *Medycynie* Nr. 50: Biro M.: O chorobie Friedreicha. Wattena I.: W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 50: Biernackiego E.: O badaniu krwi we względzie praktycznym. Dr. Kijewskiego F.: O znieczuleniu rdzeniowem zapomocą kokainy (dok.). Kopytowskiego W. Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaśćcu (ciąg dalszy).

Redakcya otrzymała:

— Prof. Browicz T.: Pochłanianie krwinek czerw. przez komórkę wątrobną i mogące ztąd powstać obrazy w tej komórce. (Wydawnictwo Akad. Umiej.).

— Tenże: Drogi odżywcze w komórce wątrobnej (Wydawnict. Akad. Umiej.).

— Kopczyński St.: Przypadek nerwicy ruchowej o charakterze tików z niezwykłem zaburzeniem mowy (Odbitka z „Gaz. Lekar.“

— Tenże Kilka słów o hemiatetozie z powodu przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego (Odbitka z »Medycyny«).

— Tenże: Przypadek bezładu dziedzicznego, czyli t. zw. choroby Friedreicha. (Odbitka z „Gaz. Lek.“).

— Dr. H. Erlach i Dr. H. Voerz: Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalextirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. — (Wiedeń, nakładem L. W. Seidela i Syna).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Od Administracyi.

»Przegląd lekarski« wychodzić będzie w ciągu roku 1901 według tego samego programu, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie pieniędzy i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Rok XXXIX. Kraków, 29 Grudnia 1900. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny prof. Bujwida w Krakowie.

O nowej cieplarce do podręcznego użytku.

Podał

Dr. Norbert Gertler

(Według wykładu w Sekcyi patologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Jeśli w sprawie cieplarek zabieram głos, to nie czynię tego ze względu, iżbyśmy ich nie mieli w liczbie dostatecznej i w różnych gatunkach, lecz z powodu trudności ustawienia i używania cieplarek w każdem miejscu. I tak, przeważna liczba cieplarek jak, Rohrbecka, Lautenschlaegera, Muenckego, Huggersdofa i innych, polega na urządzeniu skrzynek blaszanych o podwójnych ścianach, między które wchodzi woda stale ogrzewana płomieniem gazowym, lub elektrycznym, a z powodu trudności otrzymania tych źródeł ciepła, urządzano cieplarki, ogrzewane płomieniem lampy naftowej (system F. Sartoriusa w Getyndze), a nawet zapomocą świec (Landois [1]).

Dla cieplarek, ogrzewanych płomieniem gazowym, muszą być urządzone osłony dla płomienia, a nadto przyrządy, regulujące przypływ gazu; więc mamy regulatory Schenka, Majera, Gärtnera i t. p. W bliższe szczegóły tych urządzeń nie mam zamiaru wchodzić, gdyż chodzi mi o rzecz zupełnie inną. Urządzenia dotychczasowe przedewszystkiem są dość drogie (100—200 fl., a najtańszy około 60—70 fl.) nie są przenośne i dla utrzymania jednakowej ciepłoty muszą być ciągle opalane, w przeciwnym razie potrzeba przynajmniej 3, a nieraz i kilka dni czasu dla uregulowania ciepłoty, potrzebnej do hodowania drobnoustrojów.

Z powodu wysokich cen cieplarek podał Klemensiewicz [2]) przyrząd w postaci skrzynki drewnianej, przez którą przeprowadził rurę żelazną, którędy przechodzą gazy spalone ciągle się palącej lampy, ale, jak sam dodaje, utrzymanie ciepłoty mniej więcej jednostajnej zależy bardzo wiele od ciepłoty otoczenia zewnętrznego, dlatego musi się go ustawiać w ciepłocie jednostajnej i stosownie do tego uregulować płomień lampy.

Enoch wymyślił przyrząd w postaci skrzynki drewnianej i grubej, w dnie której umieścił blachę żelazną, a nad nią ułożył warstwę wiórów lub opiłków żelaznych. Ogrzewa się tę skrzynkę płomieniem gazowym lub naftowym; przy tem należy uważać, aby drzewo się nie zajęło od gorącej blachy, dlatego też radzi Enoch, aby przed użyciem tej cieplarki napoić otoczenie żelaza kwasem fosforowym.

[1]) Landois: Central-Blatt f. Bacter. Bd. XII. s. 252.

[2]) Wiener klin. Wochenschrift, 1888, Nr. 13.

Abel podaje sposób, dający się tam zastosować, gdzie istnieje prąd elektryczny do oświetlenia. Wstawia się gruszkę elektryczną do skrzynki drewnianej, dobrze uszczelnionej i otacza się ją dokładnie suknem nieprzepuszczającem światła. Ciepłota podnosi się w skrzyni do miernej wysokości, zależnej od wielkości skrzyni i gruszki elektrycznej.

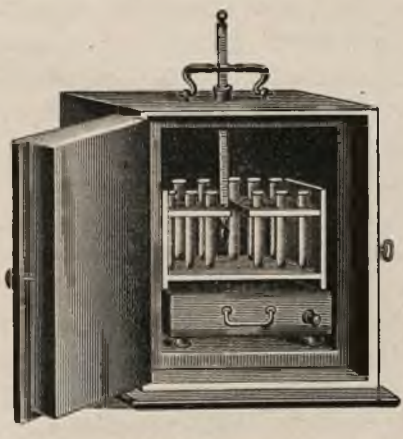
Esmarch sporządził w sposób następujący bardzo prostą cieplarkę. Do łaźni wodnej, ogrzanej do 35°—40° C., zamkniętej u góry przykrywką i warstwą waty, wstawia się szklankę z hodowlami. Pod spodem pali się lampka nocna, którą można bliżej lub dalej od dna umieścić, zależnie od ciepłoty, którą chcemy otrzymać.

Wymyślano jeszcze inne sposoby hodowania drobnoustrojów. Przywiązywano rurki lub płyty na piersi chorego, lub umieszczano je pod poduszki pacyenta. Niedogodność tych sposobów może łatwo każdy pojąć.

Nareszcie obmyślano pudełka w postaci piórników, które z pożywkami się chowa do kieszeni kamizelki; są to prawdziwe cieplarki kieszonkowe.

Obecnie obmyśliłem i zrobiłem przyrząd, któryby był tanim i dał się zastosować w każdem miejscu. Z góry zastrzegam się, iż nie mam pretensyi, aby cieplarka, przezemnie zrobiona, była najdokładniejszą, aczkolwiek jest zupełnie wystarczającą do hodowania drobnoustrojów.

Przyrząd rzeczony składa się z skrzynki, podobnej do szafki drobnowidowej, o podwójnych ścianach drewnianych, między któremi znajduje się gruba warstwa filcu lub ziemi okrzemkowej (Infusorien-Erde), zależna od wielkości skrzynki.



Ściany z blachy metalowej nie okazały się praktyczne, ze względu łatwego przewodzenia ciepła na zewnątrz. Cały przyrząd musi być dokładnie uszczelniony, aby powietrze ciepłe nie wychodziło na zewnątrz.

W środku górnej ściany jest korek gumowy, przez który wpuszczono ciepłomierz. Na dnie skrzynki umieszczone jest naczynie blaszane, w postaci cegiełki, z hermetycznem zamknięciem śrubowem, napełnione octanem sodowym ($C_2H_3O_2Na + 3H_2O$). Naczynie to, podobne do termoforów, opatrzone jest dwoma uszkami z boków.

Dlaczego wybrałem octan sodowy do napełnienia naczynia, pozwalam sobie przytoczyć następujące uwagi: Wiadomo z zasad fizyki, że niektóre ciała mogą przejść w stan

ciekły przy pewnej ciepłocie (ciepłota topliwości), przy której ciało nie ogrzewa się do wyższej ciepłoty, póki nie przeszło w zupełny stan płynny. Dopiero później można cały płyn ogrzać do wyższej ciepłoty. Ilość ciepła, potrzebnego do przemiany ciała stałego w płynny, nazywamy ciepłem utajonem, gdyż nie objawia się przybytek ciepła podwyższeniem ciepłoty. I na odwrót, jeśli ciało płynne przechodzi w stan stały, utrzymuje ciepłotę jednostajną tak długo, aż w całości skrzepnie, przyczem oddaje t. z. ciepło utajone.

Wiadomo następnie, że mamy cały szereg soli, które przy ogrzaniu do pewnej ciepłoty utracają wodę krystaliczną i w niej się rozpływają. Do szeregu takich soli należą:

węglan sodowy (Na_2CO_3) + $10H_2O$	ciała, które w ciepłocie około 33°C. się krystalizują
sól glauberska (Na_2SO_4 + $10H_2O$	
sól gorzka, siarkan magnowy ($Mg\ SO_4$ + $7H_2O$	

lizują, a zatem zatrzymałyby przez czas krzepnięcia i krystalizowania ciepłotę około 33°C.; jeśli zaś zważymy, że ciała te dosyć szybko się krystalizują, będzie wytłómaczone, dlaczego właśnie tych soli, mimo ich taniości, nie wybrałem.

Musiałem rozglądnąć się za innemi solami, które dopiero w wyższej ciepłocie krystalizują się; do takich należą podsiarczyn sodowy (natrium subsulfurosum)

$$\left.\begin{matrix} SOS \\ Na_2 \end{matrix}\right\} O_2 + 5H_2O \text{ i}$$

octan sodowy (natr. aceticum) $C_2H_3O_2Na + 3H_2O$. Pierwszy rozpływa się przy ciepłocie 56°C. w swej wodzie krystalicznej. Ma, jak Böttger wykazał, następujące własności: Jeśli stopimy go w kolbce, w wodzie jego krystalicznej, potem ogrzejemy do wrzenia, następnie kolbkę szczelnie zatkamy i na złym przewodniku ciepła do wystudzenia postawimy, pozostanie on przez bardzo długi czas w stanie ciekłym. Odetkawszy zaś ostrożnie kolbę i zanurzywszy w tej cieczy powoli gałkę ciepłomierza, lub wrzuciwszy w nią kryształ, zetnie się ciecz w jednej chwili na masę krystaliczną i ciepłota podniesie się o 25°C.

Z powodu własności rozpuszczania się niektórych połączeń metalowych, np. chlorku srebra, i z powodu obawy zanieczyszczenia tego przetworu kwasem siarkowym, mogącym nadgryzać blachę cynkowo-żelazną, nie użyłem podsiarczynu sodowego.

W daleko wyższym stopniu własności podobne ma połączenie organiczne: octan sodowy ($C_2H_3O_2Na + 3H_2O$). Ogrzany do 100°C. powoli się ochładza do 58°C., w tej ciepłocie utrzymuje się przez długi czas, bo bardzo powoli krystalizuje i dopiero po utracie ciepła topliwości oziębia się zupełnie. Jeżeli jeszcze zważymy, że wokoło cegiełki znajdują się bardzo złe przewodniki ciepła, jak filc lub ziemia okrzemkowa i drzewo, powietrze w cieplarce ogrzewa się i nie dopuszcza do szybkiego krzepnięcia octanu sodowego. W stosunku do wody utrzymuje ciepło przez 4 razy dłuższy czas. Nadto jeszcze używałem podczas doświadczeń barytu; okazał się dla cieplarki niepraktyczny, gdyż początkowa ciepłota była wprawdzie wyższa, ale też i krócej się utrzymywała (obecnie właśnie barytu używają do termoforów). Z wyłuszczonych względów użyłem octanu sodowego do napełnienia naczynia, umieszczonego u spodu przyrządu.

Sposób użycia tej cieplarki jest bardzo prosty. Raz na jednę lub 2 doby zanurza się cegiełkę blaszaną do wrzącej wody na 30—45—60 minut, zależnie od ciepłoty, jaką chcemy otrzymać i przez jak długi czas ją utrzymać chcemy. I tak, gdy przez 30 minut się gotuje cegiełkę, po zamknięciu przyrządu powoli się podnosi ciepłota w górnych warstwach przyrządu do 34·5°C., która po upływie 12 godz. opada do 32·9°C., a po 24 godz. wynosi ciepłota 22·5°C., w dolnych warstwach powietrza jest ciepłota wyższa, gdyż na dole jest źródło ciepła.

Gdy przez 45 minut będzie się gotować cegiełkę, początkowa ciepłota dochodzi do 35·2°C., po 12 godz. dojdzie do 34—33°C., po 24 godz. do 29—28°C., a po 36 godz. dochodzi do 23·0°C.

Po wrzeniu przez 60 minut — ciepłota początkowa wynosi 38—39°C. (ciepłota nie wpływająca jeszcze na zabicie drobnoustrojów), po 24 godz. ciepłota opada na 32°C., a po 48 godz. t. j. po 2 dniach i 2 nocach do 23°C., podczas gdy otoczenie, raczej powietrze otaczające cieplarkę mierzy ciepłotę 17°C.

Zależnie więc od drobnoustrojów, które hodować zamierzamy, możemy dowolnie ciepłotę uregulować, przez dłuższe lub krótsze 1 lub 2 krotne na dobę gotowanie cegiełki. Dla zwykłych przeciętnych hodowli wystarczy jednorazowe gotowanie cegiełki w wrzącej wodzie przez 30—45 minut, aby otrzymać odpowiednią ciepłotę na 24—36 godzin, przy czem nie szkodzi ciepłota początkowo wysoka, gdyż ilość ciepła nadmierna zużywa się na ogrzanie szklanek, próbówek i pożywek.

W dalszym ciągu muszę zauważyć, że możemy sobie stworzyć niejako zbiornik ciepła, podobnie jak akkumulatory elektryczności. Jeżeli przez dłuższy czas np. przez 1—1½ godz. gotować będziemy cegiełkę lub ją jeszcze nadto ogrzejemy nad płomieniem lampy spirytusowej do wyższej ciepłoty nad 100°C., cegiełka ostygnie szybciej. Możemy ją zostawić w cieplarce przez dłuższy czas i dopiero w chwili potrzebnej albo cegiełkę potrząsnąć silnie, lub gdy to nie pomoże, otworzyć zamknięcie śrubowe i drutem żelaznym lub gwoździem poruszyć masę wypełniającą, w jednej chwili cegiełka staje się gorącą i mamy źródło ciepła, wystarczające na jedną dobę.

Doświadczenia porównawcze, które prowadziłem w Zakładzie higienicznym Prof. Dr. Bujwida, są następujące:

Dnia $^7/_{11}$ r. z. przeszczepiłem na dwie probówki, zawierające surowicę Löfflera, po jednem oczku hodowli czystej błonicy; jednę probówkę wstawiłem do cieplarki zakładowej, a drugą do swojej cieplarki. Obie probówki co do bujności wzrostu jednakowo się przedstawiały po upływie 24 godz.

Dnia $^8/_{11}$ r. z. zaszczepiłem po 2 probówki agarowe prątkami cholery, zapalenia płuc Friedländera, duru brzusznego i gronkowcem żółtym.

Jeden szereg tych probówek wstawiłem do cieplarki zakładowej, a drugi do swojej. Po 24 godz. nie było różnicy w wzroście tych hodowli.

Podobnie wypadły następne doświadczenia z innemi drobnoustrojami jak z B. coli, anthracis, subtilis, pyocyaneus, tetragenus i Sarcina lutea.

Jeżeli uwzględnimy taniość przyrządu, łatwość nastawienia go, łatwe pouczenie służącego w przygotowaniu cie-

plarki, możność otrzymania w każdem miejscu naczynia i gorącej wody, łatwość przeniesienia na miejsce, może przyrząd ten oddać znakomite usługi w czasach epidemii, cholery, dżumy i t. p. dla lekarzy, wysłanych do zbadania i stwierdzenia tych chorób, odpadnie tem samem mozolne pakowanie materyału zakaźnego i odsyłanie do zakładów. Lekarz może na miejscu w ciągu 20—24 godzin hodowlą i doświadczeniem na zwierzętach rozstrzygnąć daną chorobę zakaźną, podczas gdy dotychczas na wynik badania musiał czekać przez 3—4 dni. Również i lekarzom praktycznym może przyrząd oddać dobre usługi, gdyż nie zajmuje dużo miejsca i każdej chwili może w domu założyć hodowle, nadto cena jest bardzo przystępna, iż każdy jest w stanie cieplarkę taką nabyć [1]).

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał
Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

III. Zapalenie gruźlicze i ogólna gruźlica prosówkowa. Ogólna przeczulica, jako objaw znamienny dla gruźlicy prosówkowej ostrej.

Nie widzę celu omawiania z osobna wszystkich przypadków, uwzględnionych w tablicy, przeważnie bowiem nie przedstawiały one w swym przebiegu klinicznym nic szczególnego. Zaznaczę więc tylko, że w przypadku 18 i 19 na podstawie kurczów w kończynach, rytmicznie się powtarzających, rozpoznano obok zapalenia gruźliczego opon obecność guzów gruźliczych w ośrodkach psychomotorycznych, co badanie pośmiertne potwierdziło.

Co do wyników nakłócia, to znamiennem dla zapalenia gruźliczego jest wysokie ciśnienie płynu i niestosunek pomiędzy znaczną ilością białka, a zaledwie dostrzegalnem zmąceniem i małą ilością osadu. Stwierdzenie w osadzie przewagi limfocytów przemawiałoby także za zapaleniem gruźliczem. W połowie przypadków można wreszcie stwierdzić prątki gruźlicze mikroskopowo, jeszcze częściej doświadczeniem na zwierzęciu.

Możnaby przypuszczać, że powstawanie zapalenia gruźliczego opon, cierpienia tak częstego, nie oszczędzającego żadnego kraju, jest nam dobrze znane. Takby się także mogło zdawać, sądząc z opisu w podręcznikach. Między autorami nie ma tu rzeczywiście wybitnych różnic zdań. Wyjątkami wprawdzie można nazwać przypadki, w których ogniska serowate z jam sąsiadujących, np. z ucha środkowego, przebiły do jamy czaszkowej i wywołały tą drogą zapalenie opon, gdzie zatem powstawanie choroby jest tak jasne. Prawie we wszystkich innych przypadkach można już makroskopowo wykazać świeżą ogólną gruźlicę prosówkową i uważać ją za chorobę podstawową. Mówi się, że rozsianie jej nastąpiło z gruczołów chłonnych serowatych, niekiedy rozmiękających, których nigdy prawie nie brakuje.

Pomija się milczeniem okoliczność, że ostro, lub podostro przebiegająca gruźlica prosówkowa nie wywołuje zmian zapalnych innych błon surowiczych, lub jakichkolwiek innych narządów, a przy zapaleniu gruźliczem chodzi przecież nie o gruźlicę prosówkową opon, lecz o rzeczywiste zapalenie opon, jak to wykazuje badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i zmian anatomicznych. Zjawisko, że gruźlica opon jest zwykle więcej rozwinięta i dalej posunięta, niż gruźlica prosówkowa innych narządów, przemilcza się również, lub tłómaczy się, jak to czyni Heubner [11]), szczególnem usposobieniem opon mózgowych do rozwoju gruzełków. To tłómaczenie brzmi tem dziwniej, że usposobienie nie może polegać na jakichś szczególnych stosunkach anatomicznych w oponach, nie jest bowiem stałe. Przypadki 20 i 21 wykazują, że może istnieć ogólna gruźlica prosówkowa bez śladu sprawy zapalnej w oponach.

Przedewszystkiem jednak należałoby się spodziewać, że tam, jak u nas w przypadku 17 i 18, gdzie istnieją stare ogniska gruźlicze, przylegające do opon, z których opony niewątpliwie zaczerpnęły materyału zakaźnego, tam nie będzie gruźlicy prosówkowej ogólnej. Tymczasem w rzeczywistości jest przeciwnie.

Przytoczę tu opis zmian w przypadku 17-tym. Makroskopowo znaleziono obok zmian odpowiadających zapaleniu gruźliczemu opon, na przestrzeni o średnicy 7—8 ctm. w tylnej części płatów ciemieniowych na sklepistości mózgu i wewnętrznej stronie półkul zmiany ropiasto-serowate, płasko rozprzestrzeniające się w oponach i powierzchownych warstwach mózgu, a sięgające daleko w głąb wzdłuż rowków. Badanie mikroskopowe (kol. Gliński) wykazało rozległe zmiany martwicze w naciekłej oponie i powierzchownych warstwach mózgu, w niektórych tętnicach znaczniejsze bujanie błony wewnętrznej (*endarteriitis proliferans*), obraz przemawiający raczej za sprawą gruźliczą, a nie ropną. Komórek olbrzymich, ani typowych gruzełków, nie znaleziono jednak. W sąsiednich częściach mózgu wiotkie nacieki, złożone przeważnie z leukocytów wielojądrzastych.

Obraz ten dobrze zgadza się z wynikiem badania płynu mózgowo rdzeniowego. Obecnością bowiem opisanego ogniska tłómaczy się przewaga wielojądrzastych leukocytów neutrofilnych w osadzie, a co ważniejsza, ogromna ilość prątków gruźliczych. Co kilka pól widzenia znachodzono prątki, nieraz po kilka w jednem polu.

Podobnym, choć mniej wybitnym, jest przypadek 18. Znaleziono w nim w oponach powierzchowne nacieki serowate, szczególniej wzdłuż rowków się ciągnące. Badanie drobnowidowe (kol Gliński) wykazało obraz podobny, jak w poprzednim przypadku, tylko naciek w przyległych do zmian martwiczych częściach mózgu mniej wybitny i złożony przeważnie z leukocytów jednojądrowych, z małą domieszką wielojądrzastych. W osadzie z płynu mózgowo-rdzeniowego przewaga komórek neutrofilnych, ale prątków nie stwierdzono.

Dla mnie nie ulegałoby wątpliwości, że w tych przypadkach zapalenie opon rozwinęło się na tle starych zmian serowatych w oponach i mózgu. Jestto w każdym razie przypuszczenie najbliższe. Mimo to i tu spotykamy się

[1]) Cieplarki opisane wyrabia firma: L. Russbacher et Comp. Wiedeń IV. Wiedener-Hauptstrasse 6.

z ogólną gruźlicą prosówkową. Jeżeli się nie chce przyjmować przypadkowego zejścia się obu spraw, musi się dojść do wniosku, że gruźlicze zapalenie opon może być sprawą pierwotną, a gruźlica prosówkowa następową. Takie pojmowanie stosunku między obiema sprawami wydaje mi się łatwiejszem do przyjęcia, gdyż opony w obecności płynu mózgowo-rdzeniowego, znajdującego się pod ciągle zmiennem ciśnieniem, w jego stosunku do krążenia chłonnego i krwionośnego, mogą mieć warunki, nie powtarzające się w innych błonach surowiczych, do szybkiego uogólnienia się choroby. Na wszelki sposób ogólnie przyjętego przyjmowania towarzyszącej zapaleniu gruźliczemu opon gruźlicy prosówkowej ostrej, jako sprawy podstawowej, nie można uważać za udowodnione. Spodziewam się, że w przyszłości będę jeszcze mógł przystąpić do bliższego rozpatrzenia tej sprawy.

Powstawanie gruźliczego zapalenia opon należałoby, według mego zdania, zestawić z powstawaniem innych głębokich umiejscowień gruźlicy, z zajęciem stawów, z powstawaniem ognisk w kościach, guzów gruźliczych odosobnionych w mózgu i t. d. I te ogniska powstają najprawdopodobniej drogą przerzutową, drogą krążenia krwionośnego. Mechanizm zatem jest ten sam, co w gruźlicy prosówkowej; różnica byłaby tylko ilościowa, a sprawę możnaby uważać za gruźlicę prosówkową, względnie uogólnioną, z przebiegiem przewlekłym. Rozróżnianie jednak ze względów klinicznych jest konieczne między temi postaciami gruźlicy, doprowadzającej do powstania bardzo małej tylko liczby ognisk, lub jednego ogniska przerzutowego, a ostrą i podostrą gruźlicą prosówkową.

Nieodpowiedniemu pojmowaniu stosunku między zapaleniem opon gruźliczem, a gruźlicą prosówkową, należy przypisać, że pewne objawy, znamienne dla jednej postaci, odnoszono widocznie do drugiej, gdyż nie zwrócono na nie takiej uwagi, na jaką zasługują.

Chodzi mi mianowicie o ogólną przeczulicę, którą spostrzegałem zawsze w wybitnym stopniu we wszystkich moich przypadkach (w liczbie około 20), gruźlicy prosówkowej czystej, tj. bez zapalenia opon się pojawiającej. Dochodziła ona niekiedy do tego stopnia, że najlżejsze opukiwanie, dotknięcie słuchawką, wywoływało gwałtowne oddziaływanie chorego, czyniące badanie prawie zupełnie niemożebnem. Ponieważ objaw ten zdarza się w rozmaitego rodzaju zapaleniach opon, zatem należy te sprawy wykluczyć, a wtedy staje się on prawie patognomonicznym.

Z podręczników, które przeglądnąłem, znajduję krótką wzmiankę tylko u Zubera [29]): „Un phénomène plus particulier à l'infection bacillaire est l'hyperesthésie signalée par Empis; elle existe à la fois à la peau et dans la profondeur, surtout au niveau de l'abdomen, des flancs et du thorax; la percussion de la poitrine est souvent douloureuse".

Skład osadu przedstawiał, jak wykazuje tablica, znaczne wahania.

E. Korczyński w pracy, dokonanej wspólnie z K. Wernickim [28]), chciał z jakości osadu wyprowadzać wnioski o etyologicznej przyrodzie wypocin i dalszym przebiegu surowiczych wypocin zapalnych. Przewaga leukocytów neutrofilnych świadczy, według niego, o dążności przejścia w dalszym przebiegu w ropienie, albo o przyrodzie rakowej. Wysięki, nie mające skłonności do ropienia, zawierałyby prawie wyłącznie limfocyty. Błędności tych twierdzeń najlepiej dowodzą łagodne przypadki zapalenia opon nagminnego, szybko kończące się wyleczeniem, mimo przewagi komórek neutrofilnych.

Ale i przewaga limfocytów nie zawsze rokuje łagodny dalszy przebieg choroby. W jednym przypadku zapalenia opłucnej surowiczo-ropnego na tle gronkowca złocistego przeważały ciałka jednojądrzaste, mimo ciężkiego stanu ogólnego. Przytem w następstwie nakłócia rozwinęło się na około miejsca nakłócia rozległe zapalenie tkanki podskórnej *(phlegmone)*, niewątpliwie skutkiem przeszczepienia zarazka z opłucny, widocznie bardzo jadowitego.

Mimo to zwrócenie uwagi na jakość ciałek białych w wypocinach zasługuje na uznanie, gdyż może ona nam posłużyć jako ważna wskazówka rozpoznawcza.

Jeżeli zwrócimy w naszych przypadkach uwagę na obecność, lub brak rozleglejszych i starszych zmian serowatych w mózgu i zachowanie się osadu, to możemy przypadki podzielić na cztery działy. Gruźlicze zapalenie opon bez zmian serowatych: *a)* przewaga limfocytów (przypadki 11—14); *b)* przewaga neutrofilnych leukocytów (przypadki 15—16). Gruźlicze zapalenie opon i zmiany serowate dawne: *c)* przewaga neutrofilnych leukocytów (przypadki 17—18); *d)* przewaga limfocytów (przypadek 19).

Okazywałoby się z tego zestawienia, że z przewagi neutrofilnych ciałek w osadzie przy zapaleniu opon gruźliczem możemy z pewnem prawdopodobieństwem wnioskować o obecności w oponach mózgu (lub rdzenia) rozleglejszych serowatych ognisk. Miałoby to usprawiedliwienie teoretyczne. Prątki gruźlicze działają przyciągająco na ciałka białe wielojądrzaste, czyli, jak się wyrażamy, są dodatnio chemotaktyczne i mogą wywołać ropienie tylko wtedy, jeżeli są obumarłe. Otóż takie prątki mogą się znaleźć w większej ilości tylko w rozleglejszych ogniskach serowatych. Naokoło takich ognisk można też histologicznie wykazać nagromadzenie ciałek wielojądrzastych, jak w naszym przypadku 17, a poczęści i 18.

Wyjątek z reguły stanowiłyby przypadki 15, 16 i 19, być może tylko pozornie. Już naprzód bowiem można przypuszczać, że ognisko serowate w mózgu zaznaczy swą obecność jakością osadu tylko wtedy, jeżeli przylega do opon, czego może nie było w przypadku 19 (nie zwracano na to jeszcze wtedy, w kwietniu 1899, baczniejszej uwagi). Z drugiej strony przy przewadze ciałek neutrofilnych należałoby przeszukać także opony rdzenia, czy tam nie ma ognisk serowatych, a tego w przypadkach 15 i 16 nie dokonano*).

IV. Sprawy niezakaźne.

Między przyczynami, mogącemi wywołać zapalenie opon bez współudziału zarazków, należy wymienić na pierwszem miejscu bezpośrednie zadziałanie promieni słonecznych na odkrytą głowę *(insolatio)*. Zresztą powstawanie tych spraw

*) W ciągu listopada 1900 rozpoznałem w dwóch przypadkach zapalenia opon gruźliczego jedynie na podstawie przewagi ciałek neutrofilnych w osadzie płynu mózgowo-rdzeniowego obecność guzów gruźliczych w mózgu. Badanie pośmiertne wykazało w obu w powierzchownych warstwach mózgu guzy serowate wielkości orzecha, zrośnięte z wewnętrzną powierzchnią opony twardej. Jeżeli do tego dodam, że w tablicy uwzględniono tylko przypadki z roku 1899 i 1900, a w znacznej liczbie przypadków, badanych poprzednio, znachodziłem czyste zapalenie opon i zawsze przewagę limfocytów, to nasza statystyka stanie się znacznie korzystniejszą dla wypowiedzianej zasady.

jest bardzo ciemne. Wiemy, że cały szereg zatruć, samozatruć rozmaitego pochodzenia i chorób zakaźnych, ogólnych lub miejscowych, łączy się niekiedy z wystąpieniem bardzo poważnych objawów mózgowych, czy oponowych które odnieść musimy do zadziałania jadów płynnych, krążących we krwi.

Według Myi[30]) badanie mikroskopowe i chemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdza wtedy w pewnych przypadkach cechy zapalne. Należałoby te przypadki *(meningitis toxica, toxaemica)* oddzielić od innych, w których sprawa cech zapalnych nie posiada. Te moglibyśmy określać nazwą ostrego wodogłowia jadowego (*hydrocephalus acutus toxicus, hyperhydrosis cerebrospinalis toxica)*, ale, mojem zdaniem, tylko wtedy, jeżeli znajdziemy podwyższenie parcia, świadczące o wzmnożonem wydzielaniu płynu mózgowo-rdzeniowego i mogące tłómaczyć pewne objawy kliniczne. W przeciwnym razie musimy przyjąć jedynie zmiany w krążeniu oponowem: przekrwienie czynne, bierne, niedokrewność, lub myśleć o tem, że jady działają wprost na miąższowe składniki mózgu. Stwierdzenie w jednym należącym tu przypadku (23), przy długo trwającem zatruciu, badaniem wziernikowem zapalenia nerwu wzrokowego z przejściem w zanik (Doc. Sroczyński) czyni to przypuszczenie prawdopodobnem.

Przypadek 22. J. M. 10 lat z Libiąża małego, przyjęty 30 kwiet. 1900. Chory był w domu 12 dni. Po powrocie z pastwiska doznał nagle bólu głowy i gorączki (bez wymiotów). Głowa przegięta ku tyłowi, od czasu do czasu upośledzenie przytomności, połączone z gwałtownymi ruchami mimowolnymi. Chory nie przyjmował sam pokarmów; ani napojów. Gorączka ustąpiła po 5 dniach, równocześnie zauważono utratę mowy.

Badanie wykazywało odżywienie liche, budowę czaszki stożkowatą, zupełne zniesienie przytomności, tak że chory wykonuje tylko automatyczne ruchy kończynami i ustami, obniżenie napięcia mięśniowego. Porażeń nie było, stan bezgorączkowy, Nakłócie 1 czerwca. Rozpoznano *meningitis ex insolatione.* Od 5 czerwca stan zaczął się poprawiać, przytomność powoli wracała, od 21 czerwca chory począł mówić. Dnia 22 czerwca rozwija się jednak nagle zapalenie płuc włóknikowe, któremu chory ulega 29 czerwca.

Badanie pośmiertne wykazało w oponach ślady po przebytem zapaleniu w postaci miernego zgrubienia opon miękich na półkulach mózgu.

Przypadek 23. F. W. lat 3, przyjęta 14 czer. 1899. W domu chora od 9 miesięcy. Przez cały ten czas cierpiała na wymioty i biegunki, połączone z wydalaniem glist w dużych ilościach. Chora podupadła znacznie w odżywieniu, przestała chodzić i mówić.

Badanie: w narządach wewnętrznych żadnych zmian fizykalnych. Na twarzy wyraz cierpienia i niepokoju, brwi lekko ściągnięte, źrenice równe, wązkie, na światło oddziałujące. Drżenie gałek ocznych głównie w kierunku pionowym. Badanie dna oka wykazuje obustronne zapalenie nerwu wzrokowego z przejściem w zanik. W kończynach górnych, w mniejszym stopniu w dolnych, drżenie wahadłowe, kończyny dolne sztywne, odruchy nieco wzmożone. Stan podgorączkowy.

Podawano kilkakrotnie kalomel i santoninę. Ze stolcem odeszło kilkakrotnie po 5—10 glist. Dnia 21 czerwca ciepłota podnosi się do 38·6°, wymioty, w wymiocinach znowu 5 glist. Dnia 22 czerw. ciepłota 39·2 i 40·8, nieprzytomność, wymioty, drgawki i śmierć.

Na kilka godzin przed śmiercią wykonano nakłócie lędźwiowe. Wykazało ono tylko nieznaczne wzmożenie ilości białka, zależne od przymieszki krwi, zresztą wynik był ujemny.

Badanie pośmiertne wykazało: *hyperaemia passiva cerebri, bronchitis, helminthiasis.*

Wobec tego, że ani badanie kliniczne, ani pośmiertne, nie zdołało wykryć innej przyczyny objawów mózgowych i śmierci, musimy przyjąć za podstawę choroby długotrwałe zatrucie i to prawdopodobnie skutkiem obecności ogromnej ilości glist w przewodzie pokarmowym. Przypadek nie byłby odosobnionym, jak się okazuje z zestawień Peipera.

Przypadek 24. F. B. 9 lat z Borku Fałęckiego, przyjęty 5-go czerwca 1900. Chory nagle po powrocie z pastwiska dostał drgawek, gorączki, wymiotów i utracił przytomność. Przywieziony po 2 dniach do kliniki, okazuje liche odżywienie, zupełne prawie zniesienie przytomności, osłabienie odruchu rogówkowego, zmniejszenie napięcia mięśniowego, bez wyraźnych porażeń; brzuch nieckowato zapadły, plamy Trousseaua, wzmożenie mechanicznej pobudliwości mięśniowej. Nie było sztywności karkowej, wymiotów, drgawek lub gorączki; śmierć nastąpiła 7 czerwca.

Rozpoznano: *meningitis ex insolatione.* Badanie pośmiertne wykazało zakrzep w za[illegible] ierpowatej i objawy niedokrewności. Czy działanie promieni słonecznych mogło wywołać, lub przyczynić się do wytworzenia skrzepu w zatoce sierpowatej u osobnika źle odżywionego i niedokrewnego, trudno rozstrzygać, ale możliwość taka istnieje. Przypadek należałby w każdym razie do rzadszych.

Przypadek 25. M. R. 18 mies. z Mucharza, przyjęty 17 stycz. 1900. Wywiadów brakuje. Badanie wykazywało u dziecka z miernem wodogłowiem przewlekłem (obwód głowy 52 ctm) i niedokrewnego nieprzytomność, zawracanie oczami w prawo i lewo, kończyny sztywne, kurczowe zaciskanie pięści, połączone z ruchem ksobnym przedramion, powtarzające się co kilka sekund, drażliwość, od czasu do czasu wymioty, rozwolnienie, stan gorączkowy 39·0°; sztywności karkowej nie było. W sześć dni po przyjęciu wśród wymiotów, zgrzytania zębami i wzrostu liczby tętna na 180, następuje śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało miernego stopnia wodogłowie wewnętrzne przewlekłe, zakrzep w żyłach rowka Sylwiusza po obu stronach, ostry nieżyt jelit i ogólną niedokrewność. Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny.

* * *

Czyż mam jeszcze raz podnosić usługi, jakie nam może oddać nakłócie lędźwiowe, gdy chodzi o badanie, rozpoznawanie i rokowanie w rozmaitych chorobach opon mózgowo-rdzeniowych? Uwzględniając to, co powiedziałem w poszczególnych rozdziałach, byłoby to zupełnie zbytecznem.

Wobec zupełnej nieszkodliwości zabiegu, przy zastosowaniu odpowiednich ostrożności, a nawet niejednokrotnie stwierdzonego korzystnego wpływu, jaki wywiera upust płynu mózgowo-rdzeniowego w zapalnych sprawach opon, nakłócie lędźwiowe powinno znaleźć, przynajmniej w zakładach, szersze zastosowanie, aniżeli miało dotychczas.

Piśmiennictwo: 1) Raczyński: O nakłóciu lędźwiowem w przewlekłem wodogłowiu. (Przegl. lek. 1897 Nr. 33). — 2) L. Korczyński: O nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych. (Pamięt. Tow. Lek. War. 1896). — 3) Buszek; Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych nagminne w mieście Krakowie w r. 1893. (Zdrowie 1895 Nr. 1). — 4) Hewelke: Obecny stan etyologii nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. (Kron. lek. 1894 Nr. 3). — 5) Klaner: Epidemiczne zapalenie opon mózgowych. (Kronika lek. 1894 Nr. 3). — 6) Holdheim: Beiträge zur bacteriologischen Diagnose der epidemischen Genickstarre vermittelst der Lumbalpunction. (Dtsch. med. Woch. 1896 Nr. 34). — 7) Heubner: Ueber den Meningococcus. Vortrag im Verein für innere Medizin zu Berlin. Discussion Fürbringer. (Dtsch. med. Woch. 1897 Vereinsbeil. str. 109). — 8) Frohmann: Zur Kenntniss der acuten primären Meningitis (epidemica). (Dtsch. med. Woch. 1897 Vereinsbeilage str. 106). — 9) Pfaundler: Ueber Lumbalpunctionen an Kindern. (Jahrbuch für Kinderh. 1899. T. 49 str. 264). — 10) Frohmann: Dyskusya do odczytu Jaegera[15]). (Dtsch. med. Woch. 1899. Vereinsbeilage str. 257). — 11) Heubner: Pathologie der Gehirnhäute. (Realencyklopaedie Eulenburg III. Aufl. VIII. B. str. 497). — 12) Netter: Méningites aigues non tuberculeuses. XIII. Zjazd międzynarodowy lekarski w Paryżu 1900. Sekcya chorób dziecięcych (Paris, Masson et Cie.). — 13) Lehmann: Atlas und Grundris der Bakteriologie. München, 1896. — 14) Jaeger: Zur Aetiologie der Meningitis cerebrospin. epidemica. (Zeitschr. f. Hygiene 1895. tom 19, str. 351). — 15) Jaeger: Epidemiologisches und Bakteriologisches über Cerebrospinalmeningitis. (Dtsch. med. Woch. 1899. Nr. 29). — 16) Żupnik: Zur Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Dtsch. med. Woch. 1899. Nr. 50 i 51). — 17) Weichselbaum: Ueber die Aetiologie der acuten Meningitis cerebrospinalis. (Fortsch. d. Medicin 1887, Nr. 18 i 19). — 18) Fraenkel A.: (Dtsch. med. Woch. 1886). (Sitzung der Berlin. med. Gesellschaft 24 kwiet. 1886). — 19) Foá i Uffreduzzi: Ueber die Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Zeitsch. f. Hyg. 1888, 4 str. 67). — 20) Foá: Ueber die Infection durch den Diplococcus lanceolatus (Zeitschr. f. Hyg. 1893, t. 15, str. 369). — 21) Heu-

bner: Beobachtungen und Versuche über den Meningococcus intracellularis. (Jahrb. f. Kinderh. 1896 t. 43, str. 1). — 22) Jerzykowski: O zapaleniu ropnem opon mózgowych u ssawców. (Nowiny lek. 1898, Nr. 9). — 23) Arnstein: Sporadyczny przypadek zapalenia opon, zakończony wyzdrowieniem. Jego natura i pochodzenie. (Medycyna 1896 Nr. 12). — 24) Hünermann: Epidemiologisches und Bakteriologisches über Cerebrospinalmeningitis. Bemerkungen zu dem Vortrag des Oberstabsarzt Dr. Jaeger (Dtsch. med. Woch. 1899. Nr. 39) — 25) Kohlmann: Zur Aetiologie und Contagiosität der Meningitis cerebrospinalis. (Berl. klin. Woch. 1889, str. 17). — 26) Heubner: Dyskusya do odczytu Stadelmanna. (Dtsch. med. Woch. 1899 Vereinsbeilage str. 173). — 27) Escherich: Ueber Streptokokkenenteritis in Säuglingsalter (Jahrb. f. Kinderh. 1899, t. 49, str. 137) — 28) E. Korczyński: Znaczenie limfocytów w surowiczych wysiękach zapalnych opłucny i otrzewny (Przegl. lek. 1896 Nr. 17 i 18). — 29) Zuber: Tuberculose pulmonaire. Traité des maladies de l'enfance. Paris 1898, tom 4, str. 342. — 30) Mya: Les méningites aigues non tuberculeuses. XIII Congrès international de médicine. Section de médicine de l'enfance. Paris 1900. Masson et Cie.

III. Wyciągi.

Abel: **Zakażenie posokowate wychodzące z macicy.** (*Berlin. klin. Wochensch.* 1900). Zakażenie posokowate dzieli autor na dwa rodzaje: w pierwszem następuje zakażenie całego ustroju, objawiające się albo tylko przyspieszeniem tętna, dreszczami i gorączką, albo prócz wspomnianych objawów, jeszcze powstawaniem przerzutów, jak ropienia w stawach, zapalenia śródsierdzia i t. p.; w drugiem, zakażenie ogranicza się tylko do samej macicy i wywołuje zapalenie w tkance łącznej przymacicznej (parametrium), lub w częściach dodatkowych. Pierwszym obowiązkiem lekarza jest przekonać się palcem czy niema resztek jaja w jamie macicy; aby módz się do wnętrza dostać palcem, rozszerza autor szyję macicy zawsze i tylko gazą jodoformową: jeżeli resztki jaja wybada, to je palcem wyjmuje. Przepłókiwania macicy nigdy nie używa, uważając je za bezskuteczne, a to dlatego, że roztwór lisolu, użyty chociażby w ilości kilku litrów, wypływając szybko z macicy, obmywa tylko powierzchownie ściany jamy macicy, nie działając zupełnie na ogniska jadu, które siedzą głębiej w skrzepach naczyń macicznych. Odkażania stale działającego, a sięgającego na warstwy głębsze, za pomocą Carossy, nie używa, jako zbyt uciążliwego do zastosowania i do obecnej chwili mało jeszcze zbadanego. Drugi lek, działający także i na warstwy głębsze, przyżeganie za pomocą pary wodnej, zaleca w przypadkach bardzo rozpaczliwych, jako ostatni środek przed wyjęciem całkowitem macicy. Co do wyjęcia macicy, to wskazanie zależy od poszczególnych przypadków; sam autor stosował je tylko przy znacznem poszarpaniu ścian macicy. Wstrzykiwania surowicy przeciw streptokokowej Marmorka mogą działać tylko wtenczas, jeżeli zakażenie jest wywołane streptokokami; w przypadkach zakażenia innymi drobnoustrojami pozostaną bez skutku. Również z powątpiewaniem wyraża się o metodzie Fochiera, wstrzykiwań podskórnych olejku terpentynowego. Najlepsze wyniki stwierdził autor po wstrzykiwaniach do żył roztworów soli i po wziewaniach tlenu przy dyecie wzmacniającej i po dawaniu dużej ilości napojów wyskokowych.

Przy drugim rodzaju zakażeń, ograniczającym się do zmian zapalnych około macicy, lub do części dodatkowych, postępuje autor w ten sposób, że stara się wypuścić ropę jak można najwcześniej, bądź to przez pochwę, bądź to przez powłoki: w ostatnim przypadku robi zazwyczaj przeciwotwór od strony pochwy. Jeżeli zapalenie w częściach dodatkowych przyjmie charakter przewlekły, radzi również operacyę radykalną od strony pochwy. *P.*

Freund (Wrocław). **Śmiertelność osesków, obarczonych kiłą dziedziczną.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. 52, Zeszyt uzupełniający). Statystyka ta dotyczy 63 dzieci, karmionych przeważnie sztucznie, dotkniętych kiłą dziedziczną i po większej części obarczonych także innemi chorobami. Połowa prawie przed czasem na świat przyszła. Z 63 tych dzieci 31 tj. 50% przebyło okres oseskowy. Wynik ten uważa autor za korzystny, gdyż mimo najgorszych warunków zewnętrznych liczba dzieci, utrzymanych przy życiu, jest większa, aniżeli we wszystkich dotąd ogłoszonych statystykach. Na podstawie statystyki swej i w porozumieniu z Hutchinsonem i Neumannem dochodzi autor do wniosku, że nie zauważył wpływu kiły na śmiertelność i na stan odżywienia u dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną. Śmiertelność dzieci tych jest pozornie większą dlatego, że dzieci te dostarczają znaczny zastęp dzieci wcześnie i słabo urodzonych. *Jan Landau.*

Prof. Grassi. **Pierwsze sprawozdanie o próbach zapobiegania zimnicy, podjętych w okolicy Paestum.** (*Ctblt. für Bact.* 1900, Tom 28, Nr. 17). Z pomocą kilku lekarzy i urzędników kolejowych przeprowadził G. próby zapobiegania zimnicy na większą skalę na służbie kolejowej jednej z najcięższej zimnicą nawiedzonych okolic. Okolica ta jest tak niezdrową, że mieszkańcy jej, o ile mogą, opuszczają ją na noc w lecie, wędrując codziennie do robót polnych po 10 i więcej kilometrów z noclegów, które odbywają na sąsiednich pagórkach. Postępowanie, przeprowadzone nadzwyczaj ściśle i pod ścisłą kontrolą lekarzy i dyżurujących słuchaczy medycyny polegało na tem, że przed wiosennym wybuchem zimnicy leczono jaknajenergiczniej wszystkich, którzy poprzednio przebywali zimnicę, chininą z żelazem i arszenikiem, zapobiegając w ten sposób lub usuwając wszystkie nawroty, jakie pojawić się mogły przedtem, zanim komary są zakażone. W czasie zaś, gdy komary są już zakażone, tj. w zwykłym terminie wiosennej (względnie letniej) zimnicy, nie podawano nikomu leków i czuwano, aby nikt ich samowolnie nie zażywał, natomiast zamykano całą służbę kolejową i urzędników, niemających urzędowego zajęcia, na noc (i wogóle w czasie snu, nawet w dzień) w izbach z siatkami drucianemi w oknach i drzwiach lub w osobnych pawilonach drucianych. Urzędnicy, zmuszeni wymaganiami ruchu kolejowego do zajęć nocnych na dworze, nosili na głowie zasłony, a na rękach rękawiczki bawełniane, szczelnie (gumką) przedramię obejmujące. Ze 104 w ten sposób ochranianych osób zachorowało tylko 3 krnąbrnych robotników, którzy przepisom się nie poddawali. Budnicy na krańcach ochranianej przestrzeni kolejowej, których przed wybuchem zimnicy leczono, ale w czasie zimniczym nie ochraniano, zachorowali wszyscy wraz z rodzinami (36 osób). Z okolicznej ludności, mieszkającej w liczbie z górą 300 głów po bokach przestrzeni kolejowej, nie zachorowało tylko 5 dorosłych mężczyzn, którzy zresztą wszyscy dawniej przebyli ciężką zimnicę i okazywali znaczny obrzęk śledziony. Wogóle próba cała dowiodła, że wszyscy ci, których ochraniano od ukłócia komarów, uszli zakażenia zimniczego, z nieochranianych zaś nie oszczędziła zimnica nikogo, nawet tych, którzy mieszkali w stosunkowo niezłych warunkach, t. j. na wzniesieniach. *Ciechanowski.*

Prof. Edlefsen (Hamburg). **O gorączce, wywołanej zaparciem stolca.** (*Klin. therap. Wochs.* Nr. 46, 1900). W spostrzeganych przez autora przypadkach podwyższenie ciepłoty ciała występowało nagle, bez żadnych przyczyn, dochodząc nierzadko do 40° i utrzymując się na tej wysokości przez krótszy lub dłuższy czas, często także towarzyszyło mu uczucie zimna, lub rzeczywiste dreszczyki. Po pojawieniu się jednak obfitych stolców, które zwyczajnie były następstwem lewatyw, można już było stwierdzić w następnym dniu, że ciepłota ciała wróciła do stanu prawidłowego. W innych przypadkach utrzymywała się jeszcze ciepłota przez jakiś czas na tej nieprawidłowej wysokości; okoliczność ta wskazywała dosadnie, że leczenie nie było dostateczne. I tutaj, po ponownem zastosowaniu obfitych wlewań, sprowadzających zdumiewającą czasami ilość kału, częścią rozmiękłego, a częścią grudkowatego, znikała gorączka jakby za jednym zamachem. Autor więc utrzymuje, że zaparcie stolca samo przez się (bez żadnych innych powikłań) może się stać przyczyną podwyższonej ciepłoty ciała. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. M. Bail. **Błona śluzowa przewodu pokarmowego, jako brama wejścia dla zakażenia ropnego.** (*Archiv Langenbecka*, T. 62, Z. II). Autor, kontrolując analogiczne doświadczenia innych badaczy, postępował w ten sposób: Zwierzętom, głodzonym przez 18 godzin, wlewał wprost do przełyku zapomocą cewnika 5—6 sz. ctm. bulionowej zawiesiny jednodniowej hodowli agarowej paciorkowca. Do doświadczeń używał wyłącznie królików. Wynik był następujący: z 40 zwierząt 7 zginęło po 2—3 dniach na zakażenie ogólne, 10 nie ucierpiało zupełnie, 13 padło skutkiem nieżytu jelit po 8—20 dniach, 10 skutkiem innych chorób. W 5 przypadkach, z owych 7 ogólnego zakażenia, można było stwierdzić, że zakażenie wyszło z jelit cienkich. Na preparatach drobnowidowych wykazać można było koki nietylko między komórkami nabłonka, ale i pod nim, a także w naczyniach chłonnych i krwionośnych błony podśluzowej i w odpowiednich naczyniach krwionośnych krezki. Inwazya następowała zawsze ze szczytu kosmków, a nigdy z głębi krypt. Z doświadczeń tych wnosi autor, że materyał zakaźny o znacznej sile zakaźności może przejść i przez nieuszkodzoną błonę śluzową i wywołać zakażenie ogólne. *Herman.*

Doc. Askanazy (Królewiec). **O zakażeniu człowieka motylicą kocią w Prusach wschodnich i związku tego zakażenia z rakiem wątroby.** (*Ctblt. f. Bact.* 1900, T. 28, Nr. 16). Zakażenie motylicą ma zdarzać się wogóle rzadko, — a opisane dotąd przypadki odnosiły się prawie wyłącznie do zakażenia motylicą wątrobową. Dopiero niedawno stwierdził Winogradoff kilka przypadków zakażenia człowieka motylicą sybirską *(distomum sibiricum)*, jak się okazało, nieróżniącą się niczem od motylicy kociej *(distomum felinum)*. A. opisuje bardzo szczegółowo przypadek, spostrzegany przez siebie u 58-letniego mężczyzny, stale mieszkającego w Prusiech

wschodnich. Sekcya wykazała u tego mężczyzny olbrzymie wielokrotne ogniska rakowe wątroby, w środku rozmiękłe i zawierające miazgę czarniawą. Wśród miazgi tej znajdowały się obficie motylice, które można było również wykazać w przewodach żółciowych części wątroby, rakiem niezajętych. W otoczeniu przewodów żółciowych, nawiedzonych przez motylice, spotykał A. pod drobnowidem wyraźne nowotworzenie przewodów, a stwierdziwszy znów w częściach zrakowaciałych przechodzenie tych nowowytworzonych przewodów żółciowych w ogniska rakowe, sądzi, że zakażenie motylicą miało w tym przypadku pośrednie znaczenie przyczynowe w powstaniu raka. Przypadek A. jest pierwszym, spostrzeganym w Europie. A. sądzi, że w okolicy Heydekrug istnieje ognisko, gdzie zakażenia takie można będzie częściej spotykać, a to z powodu, że mieszkańcy tamtejsi mają zwyczaj spożywać surowe ryby morskie, mogące być źródłem zakażenia. Przemawiałaby za tem okoliczność, że u tamtejszych kotów, również pożerających ryby, łatwo znaleźć motylicę, oraz że wielu mieszkańców cierpi na bróżdogłowca szerokiego, którego znalazł A. zarówno w swoim przypadku, jak i w drugim jeszcze przypadku zakażenia motylicą kocią, badanym tylko pobieżnie klinicznie. Ten drugi przypadek z tego względu zasługuje na uwagę, że dotyczył on mieszkańca guberni Suwalskiej, czasowo zamieszkałego w Heydekrug *C.*

Dr. H. Marx. **Doniesienia bakteryologiczne.** *(Archiv Langenbecka*, Tom 62, Zeszyt II).

1) O wykazywaniu bakteryj: Postępowanie autora, podobnie jak i Jochmanna, polega na tem, że do kolbek Erlenmeyerowskich, napełnionych 5% bulionem glicerynowym, dodaje badaną ropę w ilości kilku ctm. i kolbki tak zaprawione pozostawia przez 12 godzin w ciepłocie 39° C. Bakterye, w małej nawet ilości znajdujące się w ropie takiej, rosną szybko i obficie (prątek gruźlicy) i zachowują typowe ugrupowanie (paciorkowce, gronkowce). Przy sporządzaniu preparatów pamiętać trzeba o tem, aby na szkiełko brać osad w grubej warstwie, nie rozcierać go i barwić podwójnie (n. p. fuksyną i wezuwiną).

2) O chorobotwórczych zdolnościach *bacillus prodigiosus.* Prątek ten w zwykłych warunkach obojętny dla zwierząt ciepłokrwistych, staje się dla nich zabójczy, skoro go przeprowadzimy przez ustrój żaby, u której wywołuje miejscową ropówkę i zabija ją po kilkunastu godzinach wskutek ogólnej posocznicy. Hodowle z tak zabitych żab wyhodowane i zastrzyknięte białym myszom, zabijały je po 12 godzinach wskutek posocznicy.

3) Spostrzeżenie co do wytwarzania barwika przez bakterye. Wszystkie bakterye, wytwarzające na zwykłych pożywkach barwik, rosną bezbarwnie na kwaśno oddziaływującej czarnej rzodkwi (Moorrübe). *Herman.*

IV. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie).

Jakakolwiek w niedalekiej przyszłości stanie klinika dla chorób nerwowych i umysłowych, to będzie ona rozmiarami swymi zastosowaną do potrzeb tutejszego Wydziału lekarskiego i frekwencyi uczniów; będzie zatem obliczoną tak, jak inne kliniki niedawno postawione na 60, a najwyżej na 80 łóżek, czyli na 60—80 równocześnie leczonych chorych nerwowych i umysłowych. Z tej liczby łóżek przypadnie najprawdopodobniej większa część, zatem 40—50, dla obłąkanych. Wedle projektu Wydziału krajowego miałaby ta przyszła klinika psychiatryczna przedewszystkiem spełniać funkcye niezbędnej w Krakowie tak jak i we Lwowie (utworzonej tu na nowo przy szpitalu powszechnym wskutek jednomyślnego orzeczenia ankiety w r. 1891) stacyi obserwacyjnej, dalej funkcye zakładu dla obłąkanych na zachodnią część kraju, a wreszcie funkcye właściwej kliniki. Otóż zastanówmy się, czy to jest możliwem, aby kliniki o 60—80 łóżkach, z których choćby nawet 60 przypadło na obłąkanych, odpowiedziała tym trojakim wymaganiom. Bez wszelkiego uprzedzenia sądząc, musi się dojść do tego przekonania, że jest to bezwzględną niemożliwością, albowiem cele trzech wzmiankowanych rodzajów zakładu są wręcz odmienne, a nawet między sobą sprzeczne. Celem stacyi obserwacyjnej, owego „asylum mentis dubiae“ jest przyjmowanie takich osób, u których zachodzi mniej lub więcej uzasadnione podejrzenie choroby umysłowej, po stwierdzeniu której chory winien być oddanym do właściwego zakładu dla obłąkanych. Skoro niejednodnokrotnie wydarza się, że pierwsze takie podejrzenie wśród obserwacyi badanego całkiem się rozwieje, musi badany natychmiast uzyskać pełną wolność. Czyż byłoby ludzką rzeczą człowieka takiego, a choćby nawet więźnia, przysłanego przez sądy karne z powodu wątpliwego stanu umysłowego, trzymać wspólnie z rzeczywistymi obłąkanymi? Cel zakładu dla obłąkanych wyjaśniłem już poprzednio; cel zaś kliniki psychiatrycznej tkwi w tem, by na dobranym a nie dowolnym materyale chorych zaznajomić uczniów z chorobami umysłowemi w pewnym możliwym porządku systematycznym i z ich leczeniem, zawsze wedle bieżących metód leczniczych; zarazem, by tenże materyał chorych wyzyskiwać w celach nowych spostrzeżeń i naukowych zdobyczy przy zastosowaniu najmodniejszego aparatu naukowego danej chwili. Gdyby przyszła klinika psychiatryczno-nerwowa, przeznaczona nawet dla 60 obłąkanych, miała być zarazem i stacyą obserwacyjną i zakładem wyłącznie leczniczym i opiekuńczym, jak dzisiejszy pawilon lub wogóle krajowe zakłady dla obłąkanych, to w takim razie musiałaby ona przyjmować wszystkich chorych lub o chorobę umysłową podejrzanych, bez względu na to, czy oni nadawaliby się lub nie do celów wykładowych i naukowych, czyli najważniejszy jej cel dydaktyczno-naukowy byłby całkiem pominięty, na co z natury rzeczy nie mogłaby się zgodzić najwyższa magistratura dla nauk, Ministerstwo oświaty. Wszakżeż inne kliniki pozostają względem równorzędnych im oddziałów szpitala krajowego w tym stosunku, iż przysługuje im prawo korzystania z materyału tych ostatnich i przenoszenia ze szpitala do klinik chorych, nadających się w danej chwili do celów klinicznych; zarazem nie przyjmują kliniki wielu takich chorych, choć się oni do leczenia szpitalnego wogóle nadają, którzy celom nauczania i badań naukowych nie odpowiadają. A przecież klinika psychiatryczna nie może pod tym względem się wyróżniać na swą niekorzyść. A teraz jeszcze jeden i nader poważny wzgląd. Kliniki uniwersyteckie, jako uczelnie, stoją otworem tak długo, jak długo trwa nauczanie, tj. dziewięć miesięcy do roku; z chwilą zamknięcia klinik chorych częścią się wydala do domu, częścią odsyła do szpitali, które, służąc innemu celowi, są otwarte przez cały rok. Cóż tedy pocznie dyrektor przyszłej kliniki psychiatrycznej z chwilą zamknięcia kliniki na czas feryi uniwersyteckich, gdy w Krakowie nie stanie tego szpitalnego oddziału dla obłąkanych, istniejącego już z górą dwieście lat? Wszak chorych tych nie wyszle do domu? Zatem chyba na koszt kraju odeszle ich do Kulparkowa lub pomieści... w aresztach miejskich lub policyjnych.

Na tem mógłbym właściwie zakończyć moje uwagi nad niefortunnym projektem; nie chcąc się atoli może narazić na zarzut, że burzyć nie sztuka, lecz budować trudno, pozwalam sobie tutaj wprawdzie nie rozpocząć budowy, lecz rzucić projekt korzystny dla Władz rzadowych i krajowych, a zarazem podać kilka postulatów dla przyszłej opieki nad obłąkanymi w Galicyi. Postulaty te dają się w następujące ująć punkta:

1) Zakładu w Kulparkowie, jako już nadto wielkiego, bo co do liczby łóżek w Austryi na 30 zakładów piątego z rzędu, nie należy więcej ku jego nieuniknionej szkodzie rozszerzać przez dalsze dobudowy.

2) Zamiast szkodliwego dalszego rozszerzenia zakładu w Kulparkowie należy jak najprędzej przystąpić do budowy

tańszego a zakładu przytuliska dla 300 do 400 nieuleczalnych obłąkanych w zachodniej części kraju, możliwie w pobliżu Krakowa.

3) Dzisiejszy pawilon dla obłąkanych przy krajowym szpitalu św. Łazarza w Krakowie należy bezwzględnie nadal utrzymać, częścią jako stacyę obserwacyjną, a częścią jako zakład leczniczy, przyczem należy w nim następujące poczynić poprawki:

Z uwagi na wielkie przeładowanie tego oddziału chorymi (na 115 łóżkach spoczywa prawie zawsze i równocześnie około 150! chorych), należy ilość jego łóżek zmniejszyć do liczby 80, lub najwyżej do 100 i chorych ponad liczbę łóżek bezwzględnie nie przyjmować. Należy nadal w nim utrzymać ten sam personal lekarski, tj. prymaryusza i sekundaryusza, tylko z tą różnicą, że sekundaryusza należy stabilizować na sposób, będący w użyciu w Kulparkowie i innych zakładach dla obłąkanych [1]).

A teraz przystępuję do projektu. Zredukowanie liczby łóżek, a tem samem i chorych, w dzisiejszym pawilonie dla obłąkanych w Krakowie przy równoczesnym utrzymaniu *status quo* w Kulparkowie, a zanimby stanęło tak konieczne przytulisko dla obłąkanych nieuleczalnych, będzie możliwe dopiero wówczas, gdy stanie już klinika psychiatryczno-nerwowa, gdyż i ta pomieści w sobie bądźcobądź kilkudziesięciu chorych. Jest tedy pożądane, aby ta klinika stanęła w pobliżu dzisiejszego pawilonu, np. na gruncie szpitala św. Łazarza w ogrodzie od strony Grzegórzek, t. j. idąc ulicą Grzegórzecką od miasta poza obecnem *Collegium medicum*. Miejsce to byłoby dosyć zaciszne, zarazem mogłby ogród, względnie pole, któreby rozgraniczało budynek kliniczny od pawilonu, służyć za ogród dla obłąkanych tak, że niektórzy z chorych mogliby być w celu leczniczym z pożytkiem dla własnego swego zdrowia i dla gospodarstwa szpitalnego używani do uprawy roli w miejsce dotychczasowych najemników. Połączenie tych dwóch zakładów, tj. kliniki z pawilonem, byłoby o tyle korzystne i rozwiązujące kwestyę leczenia i opiekowania się obłąkanymi w Krakowie, a po części i w zachodniej Galicyi, żeby się stało na razie zadość najbardziej naglącym potrzebom w tym względzie [2]) tj. pawilon służyłby nadal jako stacya obserwacyjna i zakład leczniczy, klinika zaś z swym, w miarę potrzeb dobranym materyałem służyłaby celom dydaktyczno-naukowym. Co się zaś tyczy czasokresu, w którym klinika byłaby zamkniętą (w czasie feryi), to mogłaby część jej psychiatryczna na czas ten przechodzić w Zarząd krajowy pod kierunek prymaryusza pawilonu obłąkanych tak, jak to się praktykuje już od szeregu lat w klinice dla chorób skórnych, obejmowaną w czasie feryj letnich wraz z chorymi w opiekę przez prymaryusza oddziału szpitalnego dla tych samych chorób. Rozumie się samo przez się, że koszta budowy kliniki będzie zmuszony ponieść fundusz państwowy edukacyjny, kraj zaś zaofiaruje grunt, jakto zresztą niejednokrotnie już czynił w Krakowie, a zwłaszcza we Lwowie, przy otworzeniu tam Wydziału lekarskiego. W ten sposób stanąłby kraj na wysokości swego zadania, użyczając licznej rzeszy obłąkanych godny tych nieszczęśliwych przytułek i możność zyskania zdrowia, ojczystej zaś nauce umożliwiając dalszy w owoce płodny rozwój!

Niech czynniki interesowane, a więc gmina miasta Krakowa oraz posłowie zachodniej części kraju, w pierwszym rzędzie zaś poseł krakowski, radca dworu Prof. Dr. Jordan dołożą starań, aby ten drugi co do czasu założenia w Austryi zakład dla obłąkanych, świadczący tak chlubnie o wielkiej cywilizacyi Krakowa w XVII wieku, nie zaginął w chwili, gdy wstępujemy w progi wieku XX.

Kraków, w listopadzie r. 1900.

[1]) O innych koniecznych adaptacyach nie mogę na tem miejscu się rozwodzić.

[2]) Budowa przytuliska dla nieuleczalnych obłąkanych w zachodniej części kraju nie przestałaby być mimo to konieczną.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków 27 grudnia 1900.

Otrzymujemy list następujący. W sprawie organizacyi lekarzy. Jak potrzebną jest zawodowa organizacya wszędzie, gdzie są lekarze, dowodzi świeży fakt, że lekarze w Bułgaryi postanowili za inicyatywą Towarzystwa lekarskiego w Filipopolu zawiązać „Ogólne Towarzystwo samopomocy.“ Zwrócili się zatem do Komisyi organizacyjnej w Krakowie z prośbą o przysłanie im statutu mającej powstać u nas organizacyi. Życzeniu temu kolegów bułgarskich stało się zadość w ten sposób, że sekretarz Komisyi organizacyjnej przesłał na ręce Dra Kessiakowa w Filipopolu jeden egzemplarz naszego statutu i obszerną korespondencyę wyjaśniającą cele i zadanie takiej zawodowej organizacyi.

Dr. Langie, sekretarz Komisyi organizacyi.

* Prof. Eiselsberg z Królewca mian. został prof. chirurgii w Wiedniu.

* Stopień Doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell.: Kazimierz Stronczak i Saul Jahr; w Uniwers lwow.: Józef Markowski i Izaak Klarfeld.

* Ospa w Warszawie nie ustaje: między 14—XI a 14—XII przyjęto do szpitala św. Stanisława 129 chorych na ospę; z tych 48 było nieszczepionych. Z 28 zmarłych tylko 3 osoby poddały się w dzieciństwie szczepieniu.

* Uniwersytet w Glasgowie uroczyście obchodzić będzie w lipcu, 1901 r., 450-tą rocznicę swego założenia.

* W Kronsztadzkiej pracowni dżumowej przyrządzono do tej pory 25,000 flakonów surowicy do szczepień przeciwdżumowych.

* Cesarz niemiecki podpisał reskrypt, przypuszczający wychowańców szkół realnych do studyów lekarskich.

* Bułgarya liczy 485 lekarzy; z tych 307 krajowców i 170 cudzoziemców. Największa liczba lekarzy bułgarskich kształciła się we Francyi (127); potem idzie Rosya (94), Grecya (53), Turcya (40), Szwajcarya (38), Austrya (36), Niemcy (28), Rumunia (12) itd.

* Na berlińskim kongresie przeciwgruźliczym uchwalono nagrodę 4000 mk. za najlepszą rozprawę »O gruźlicy, jako chorobie społecznej i o jej zwalczaniu.« Nagrodę tę obecnie przyznano Dr. Knopfowi z N. Yorku.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Murphy mianowany został prof. chirurgii w Chicago. Prof. historyi medycyny Brissaud mian. został profesorem patologii w Paryżu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Adolf Goldhaber, emer. lekarz powiatowy, zmarł w Nowemsiole, licząc lat 52. Dr. Altmann, nadw. prof. anatomii, zmarł w Lipsku, licząc lat 48.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 23: Dr. Sędziak J.: Leczenie gruźlicy krtani. W *Medycynie* Nr. 51: Wattena J.: W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych, oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczej (dok.). Biro M.: O chorobie Friedreicha (c. d.). W *Nowinach lekarskich* Zesz. 23 i 24: Dr. Dziembowskiego i Dr. Krzyszkowskiego: Kamica żółciowa w świetle najnowszych badań. Dr. Sołowija: Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki i zaśniadzie groniastym, oraz nowy przypadek złośliwego zaśniadu groniastego (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Weicker H.: Beiträge zur Frage der Volksheilstätten (Berlin 1901).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

SPRAWOZDANIE

z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w roku 1899.

I.

Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w roku 1899

przez

Sekretarza stałego Doc. Dra **Fr. Sroczyńskiego.**

Lista członków czynnych Towarzystwa naszego zwiększyła się w ciągu ubiegłego roku o 20 nowych członków; ubyło natomiast 6 przez opuszczenie Krakowa, 1 przez śmierć, 1 przez przeniesienie w poczet członków korespondentów. W pośród członków honorowych ubył przez śmierć śp. Józef Majer, najstarszy z członków założycieli Towarz. naszego. Tak więc z końcem grudnia r. 1899 liczyło Towarzystwo: Członków honorowych 14, czynnych 128, kore spondentów 54, razem 196 członków.

Posiedzeń odbyło Towarzystwo ogółem 17, z tych 2 administracyjne. Na posiedzeniach zwyczajnych odbyły się następujące wykłady i demonstracye:

1—II. Kol. Maks. Rutkowski przedstawił 8 chorych po laparatomii z rozmaitych przyczyn.

Kol. prof. Bujwid zdał sprawę z doniesień Gosia i Abby »o nowym sposobie wykrywania arsenu zapomocą pleśniowca«.

14—II. Kol. Baurowicz przedstawił 2 przypadki twardzieli z kliniki laryngologicznej podając zarazem wyniki leczenia na mocy spostrzeżeń rozmaitych na 84 przypadkach oddziału prof. Pieniążka.

Kol. Spira mowił o nerwobólu usznym.

1—III. Kol. Lewkowicz przedstawił $3^1/_2$ letniego chłopca zwrodzoną wadą pępka, u którego z przetoki pępkowo-jelitowej wydobyto kilka glist.

Kol Bier omówił »nowsze sposoby odkażania przestrzeni« okazując przyrządy formalinowe Krehla, Trillata, Aronsohna i Lingnera.

15—III. Kol. Latkowski odczytał rzecz o wpływie wody maryenbadzkiej na trawienie.

5—IV. Kol. Herman Hirsch przedstawił przypadek akromegalii u 30-letniej kobiety. Kol. Droba przedstawił szereg przypadków po laparotomii wykonanej w klinice chirurgicznej przez kol. Rutkowskiego. Kol. Maleszewski wygłosił rzecz »o działaniu wody Karlsbadzkiej na krążenie«.

19—IV. Kol. Doc. Sroczyński przedstawił chorego z gruźlicą spojówki powiek tudzież fałdu półksiężycowatego.

Kol. prof. Pieniążek przedstawił przypadek porażenia mięśni rozwierających głośnię i podniebienia miękkiego, połączonego ze znieczuleniem krtani i połyku jak się zdaje na tle przebytej dyfteryi.

Kol. Reiss przedstawił szereg przypadków z kliniki chorób skórnych i wen. a mianowicie: 1. okaz wrzodu na części pochwowej macicy; 2. chorego z »favus turriformis«; 3. przypadek »herpes tonsurans vesiculosus« wreszcie kombinacyę wysypki kiłowej z łuszczycą.

Kol. Gliński okazał preparat anatomiczny z zatorami zgorzelinowemi śledziony i mózgu, gdzie prócz przebytego zapalenia płuc nie można było wykazać innej przyczyny dla zatorów zakaźnych w ustroju.

3—V. Kol. Doc. Ciechanowski okazał szereg preparatów anatomo-patologicznych, z których pod względem klinicznym 2 zwłaszcza zasługują na wyszczególnienie: 1. okaz raka macicy z krwotokiem do nienaruszonego pęcherza; 2. okazy anatom. z przypadku ropnicy ogólnej, której punktem wyjścia zapalenie ropne okostnej po usiłowaniu wyrwania zęba.

Kol. Borzęcki okazał syfon francuski do podręcznego wytwarzania wody sodowej z naboi wypełnionych zgęszczonym kwasem węglowym.

Kol. Czapliński z N. Sącza, jako gość, zdał sprawę z 3 przypadków laparotomii wykonanych przez siebie w szpitalu N. Sądeckim, nadto okazał wykonany w Sączu stół opar. wedle Rydygiera. Kol. Rutkowski przedstawił 1. chorego po wycięciu mięsaka jamy noso-gardłowej sposobem Partscha, 2. przypadek po wycięciu woreczka żółciowego z powodu kamyków i ropnia woreczka, 3. przypadek po laparotomii z powodu uwięzgniętej przepukliny udowej, 4. przypadek nerki wędrującej wyleczony przez wykonanie przyszycia nerki sposobem Obalińskiego.

17—V. Kol. Doc. Sroczyński przedstawił zmiany gruźlicze w tęczówce królika, któremu przed 4 tygodniami wszczepił do przedniej komórki wycinki ze zmienionej chorobowo spojówki w przypadku przedstawionym 19 kwietnia.

Kol. Gliński przedstawił 1. preparat trzustki dodatkowej między warstwami żołądka, 2. preparat przepukliny pępowinowej, 3. preparaty mięsaka wychodzącego z gruczołu tarczykowego z przerzutami w płucach. Kol. Kędzior przedstawił z kliniki Radcy Dworu prof. Korczyńskiego, 1. 2 przypadki hysterycznej astazyi i abazyi,

2. 2 przypadki nerwic żołądka wreszcie 3. 2 przypadki wiądu rdzenia pacierzowego u kobiet.

Kol, Doc. Ciechanowski przedstawił preparat czaszki i mózgu z przypadku t. z. późnego udaru mózgowego na tle urazu.

7—VI. Kol. Doc. Rutkoswki zdał sprawę z kilku operacyj wyjęcia ciał obcych z narządu moczopłciowego, nadto okazał nerkę zropiałą na tle kamyczka miedniczki operacyjnie wydobyte tudzież woreczek żółciowy zropiały skutkiem kamieni.

Kol. prof. Ciechanowsk i okazał 4 rzadsze preparaty anatomo-patologiczne, przyczem wyjaśnił szczegółowo znaczenie i powstanie zmian.

21—VI. Kol. Rutkowski przedstawił 1 chorego po gastroenterostomii z powodu raka odźwiernika sposobem Eiselsberga, 2. kostkę wyjętą zapomocą esophagtomia externa z przełyku chorego po uprzedniem rozpoznaniu miejsca uwięzgnięcia zapomocą zdjęcia retgenograficznego. Kol. Gliński okazał 1. preparat z ogniskiem gruźliczem w mięśniu sercowym, 2. zdał sprawę z anatomo patologicznych zmian w oskrzelach opłucnej wywołanych zakstuszeniem się kostką, 3. okazał preparat zniekształcenia tchawicy szablowatego jak się zdaje wrodzonego. Kol. Raczyński wygłosił rzecz »w sprawie gruźlicy u dzieci«.

4—X. Kol. prez. Pieniążek omówił sprawę »leczenia operacyjnego zwężeń tchawicy«.

18—X. Kol. prezes Pieniążek przedstawia 2 przypadki gruźlicy krtani po usunięciu utworów gruźliczych zapomocą laryngofissyi. Kol. prof. Browicz podał wynik dochodzeń swych nad wchłanianiem krwinek czerwonych przez komórkę wątrobową, jakoteż o drogach odżywczych w komórce wątrobowej poczem rzecz objaśnił obrazami w projekcyi elektrycznej.

8—XI. Kol. Borzęcki przedstawił chorego z mycosis fungoides przyczem omówił zapatrywania na istotę tej choroby. Kol. Krzyształowicz wygłosił rzecz o leczeniu liszaja żrącego metodą Unny na podstawie własnych prób przy równoczesnej demonstracyi chorych.

22—XI. Kol. Doc. Sroczyński przedstawił chorego, wyżej już wspomnianego, wyleczonego z gruźlicy spojówki przez dokładne wycięcie ognisk schorzałych i wypalenie ubytku galwanokauterem. Kol. Gertler demonstrował termostat podręczny zbudowany na zasadzie termoforów.

6—XII. Kol. prof. Ciechanowski przedstawił okaz tętniaka lewej półkuli mózgu usadowionego przy tylnym końcu torebki wewnętrznej. Kol. Sternbach przedstawił chorego z oddziału prof. Zarewicza z liszajem żrącym formy przerostowo-brodawkowej. Kol. Doc. Baurowicz przedstawił chorego z rozległymi zmianami w jamie nosowej i nosogardzielowej na tle twardzieli, tenże okazał następnie nowszy przyrząd do intubacyi z modyfikacyją Baera, tudzież nożyki pierścieniowe Beckmana do wycięcia migdałka trzeciego.

Rok więc ubiegły jak na 15 posiedzeń zwyczajnych nie pozostał w tyle za innemi latami, wykazuje bowiem 38 odczytów włącznie z całemi seryami demonstracyj. Ilości i wartości materyału naukowego nieodpowiadała niestety w równej mierze frekwencya członków, co być może było następstwem częstej zmiany lokalu naszych posiedzeń. Nie posiadając własnego lokalu zmuszonem było Towarzystwo korzystać z gościnności różnych zakładów uniwersyteckich, zwłaszcza od czasu, gdy skutkiem zeszłorocznego rozporządzenia senatu utraciliśmy prawo odbywania posiedzeń w sali Śniadeckiego. Dzięki jednak uprzedzającej uprzejmości prof. Szajnochy za zgodą Senatu znaleźliśmy znowu na czas nieokreślony dach gościnny w pięknej sali instytutu geologicznego. Może ta niepocieszająca historya naszego tułactwa zdoła rozbudzić wpośród ogółu członków żywsze zainteresowanie się sprawą budowy własnego domu, która tak mało dotąd zyskała moralnego i materyalnego poparcia. Chcąc w tej sprawie zrobić pierwszy krok zbliżający nas zrealizowaniu naszego celu przesłał komitet jeszcze za przewodnictwa prof. Jakubowskiego prośbę do Rady miejskiej o odstąpienie bezpłatne stojącego nieużytkiem gruntu na rogu ul. Kopernika i Radziwiłłowskiej. Niestety po półrocznem przeszło milczeniu nadeszła w miesiącach wakacyjnych odpowiedź odmowna, mimo że w radzie tej zasiada tylu lekarzy będących naszymi członkami.

Z uchwał ważniejszych komitetu, a względnie pełnego Towarzystwa przypomnieć godzi się, że po sympatycznie przyjętym odczycie Dr. Czaplińskiego z N. Sącza, jako gościa, postanowiło Tow. nasze dla zachęty szerszych kół lekarzy osiadłych na prowincyi, ułatwić im przedstawienie swego nieraz bogatego materyału przez zwrot kosztów za transport chorych, a względnie zapewnienie bezpłatnego pomieszczenia w oddziałach szpitalnych lub klinikach uniwersyteckich. Z czynności i postanowień pojedyńczych komisyj zdadzą sprawę ich przewodniczący.

II.

Bilans Towarzystwa lekarskiego krakowskiego za rok 1899

przez

podskarbiego Dra **Jana Gwiazdomorskiego.**

I. Zestawienie przychodu.

	Zlr.	ct.
1. Saldo z r. 1897	2481	72
2. Wkładki wstępne	160	—
3. » kwartalne z roku 1897	24	—
4. » » » 1898	291	—
5. » » » 1899	1152	—
6. % złożonych na książeczkach Kasy Oszczędności funduszów	123	83
7. Zaległe wkładki kwartalne	372	—
Razem	4604	55

II. Zestawienie rozchodu.

	Zlr.	ct.
1. Do kasy wdów i sierot i fund. żelaz. (Lwów)	430	—
2. Prenumerata »Przeglądu lekarskiego«	875	—
3. Komisya sprawozdawcza do Virchova i Hirscha	100	—
4. » przemysłowa	4	70
5. Wydatki sekretarza stałego (druk sprawozd.)	35	10
6. » podskarbiego (druk kwitaryusza)	9	60
7. Podatek ekwiwalentowy	6	54
8. Pensya kursora i 3% od zebranych wkładek	106	05
9. Obsługa sali posiedzeń	4	30
10. Wieńce (dwa)	25	—
11. Zaległe wkładki kwartalne	372	—
Razem	1968	29

III. Zestawienie.

	Zlr.	ct.
Przychód	4604	55
Rozchód	1968	29
Razem	2636	26

Obrót kasowy.

	Zlr.	ct.
Przychód	1750	83
Rozchód	1596	29
Nadwyżka	154	54

V.

Majątek Tow. lek krak. składał się z początkiem roku z gotówki złożonej na książeczce Kasy Oszczędności w kwocie 118 złr. 95 ct. i listu prem. hipotecznego war-

tości nominalnej 100 złr. Po wylosowaniu tegoż listu złożono osiągniętą gotówkę wraz z narostem i odsetkami na tą samą książeczkę Kasy Oszcz„ której wartość wzrosła w ten sposób do kwoty 240 złr. 62 ct.

VI. Fundusz biblioteczny.

Dochody.	Złr.	ct.
Saldo z roku 1898	287	73
Dar (reszta z uczty)	7	—
Narosłe odsetki	9	$10^1/_2$
	303	$83^1/_2$

	Złr.	ct.
Wydatki na bibliotekę	155	66
Saldo na rok 1900	148	$17^1/_2$
	303	$83^1/_2$

Od roku 1900 używać będziemy waluty koronowej.

III.

Sprawozdanie biblioteczne za rok 1899

przez

Doc. Dra Stanisława Ciechanowskiego.

W r. 1899 mieściła się biblioteka nadal, dzięki uprzejmości kol. Prof. Dra Browicza, w Zakładzie anatomii patologicznej przy ul. Grzegórzeckiej.

Przeistoczenie t. zw. funduszu zapasowego na fundusz biblioteczny, uchwalone przez Walne Zgromadzenie z początkiem r. 1899, zapewniło bibliotece na czas jakiś środki na najniezbędniejsze wydatki, jako to: sprawianie szaf na wzrastające ciągle zbiory, oprawę książek i czasopism, oraz uzupełnienie najdolegliwszych braków. W tym kierunku skorzystano z funduszu bibliotecznego tylko na uzupełnienie ostatnich roczników trzech najważniejszych tygodników lekarskich niemieckich, mianowicie: »Deutsche medicinische Wochenschrift«, »Berliner klinische Wochenschrift« i »Münchener medicinische Wochenschrift«, zakupując z antykwarni Pietzkera w Tübingen brakujące tomy i poszyty. Wskutek tego rozporządza obecnie biblioteka kompletem tych czasopism z ostatnich lat dziesięciu. Dawniejsze roczniki tych czasopism, jakoteż inne czasopisma również znacznie się uzupełniły, lecz tylko dzięki ofiarności prywatnej członków Towarzystwa. Zresztą użyto funduszów bibliotecznych tylko na sprawienie nowych szaf, oprawę 96 tomów i zakupno 10 pudeł na broszury. O zakupnie jakkichkolwiek dzieł lub całkowitych zbiorów czasopism dla Biblioteki myśleć niepodobna, dopóki nie uzyska się stałego rocznego na ten cel dochodu, gdyż pozostająca jeszcze w zapasie reszta funduszu bibliotecznego wystarczy zaledwo przez rok lub dwa na utrzymanie biblioteki w jakim takim porządku zewnętrznym.

Jak dawniej, tak i w roku 1899 zawdzięcza biblioteka wzrost swój głównie hojności koleżeńskiej. Na pierwszem miejscu podziękować winniśmy za stałą życzliwość dla biblioteki Szanownej Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, a przedewszystkiem jej kierownikowi, kol. Kwaśnickiemu, — oraz Szanownym Redakcyom »Gazety lekarskiej« i »Medycyny«, które w miarę własnych zapasów przyczyniły się znacznie do uzupełnienia zbiorów bibliotecznych. Świetna Akademia Umiejętności w Krakowie przychylając się do prośby zarządu bibliotecznego uzupełniła znacznym darem wszystkie swe wydawnictwa, znajdujące się w Bibliotece i przyrzekła nadsyłać dalsze ich tomy. Wreszcie wspomnieć należy o uprzejmości wydawców czasopism zagranicznych, którzy za staraniem bibliotekarza a uprzejmem pośrednictwem Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« nadesłali zeszyty, brakujące w rocznikach z 1898 r. Na 8 wydawnictw jedno tylko odpowiedzi wcale nie udzieliło.

W imieniu Komitetu Towarzystwa składam następnie jak najgorętsze podziękowanie kol. Ściborowskiemu, który okazując Bibliotece dalszą życzliwą pamięć, wzbogacił ją wspaniałym darem stu kilkudziesięciu tomów bardzo cennych, kompletnych, a dziś przeważnie wyczerpanych wydawnictw, — oraz kolegom Borysiewiczowi (z Brzeżan), Buzdyganowi, prof. Gluzińskiemu, Gwiazdomorskiemu, Hicnerowi (z Jasła), Kaczkowskiemu, Doc. Raczyńskiemu, Renckiemu, Spirze, prof. Wicherkiewczowi i Rodzinie ś. p. prof. Halbana, którzy złożyli Bibliotece dary, dochodzące nieraz do kilkudziesięciu tomów, — a wreszcie tym kolegom, którzy dary wyjednać raczyli.

Wzrastającym zajęciom bibliotecznym coraz trudniej podołać może sam bibliotekarz; tem też szczerzej podziękować należy przedewszystkiem kol. Gwiazdomorskiemu, który żmudną pracą dopełnił brakujące części katalogu kartkowego, następnie kol. Glińskiemu i kand. med. p. Zmigrodowi, z których pierwszy pomocą swoją umożliwił ostateczne spisanie broszur rosyjskich z daru ś. p. Doc. Daniłły, drugi zaś pomagał w ostatecznem dokładnem uporządkowaniu wydawnictw balneologicznych. Dzięki tej pomocy jest obecnie cały księgozbiór dokładnie spisany i ogólny alfabetyczny katalog kartkowy całkowicie uzupełniony. Zadaniem przyszłości jest utworzyć jeszcze katalogi podręczne według działów naukowych. Ponieważ jednak ich zaprowadzenie pomnoży jeszcze i tak już znaczne czynności biblioteczne, przeto konieczną wydaje się zmiana statutu Towarzystwa w tym kierunku, aby zamiast jednego bibliotekarza zajmował się biblioteką komitet, złożony z kilku pracujących, a w zarządzie Towarzystwa oprócz bibliotekarza zasiadał także stały jego zastępca. Podział bowiem dobrowolnej pracy bibliotecznej na kilka rąk jest nadal niezbędny, aż do tego czasu przynajmniej, zanimby Towarzystwo zdobyć się mogło na płatnego, stałego urzędnika bibliotecznego. Do tego zaś ostatecznie kiedyś przyjść musi (jeżeli nie znajdzie się ktoś z kolegów, ktoby cały swój czas bibliotece mógł poświęcić), zważywszy, że w ciągu ostatniej trzechletniej kadencyi biblioteka się podwoiła i zaczyna przynosić rzeczywiście niejaką korzyść pracującym naukowo członkom Towarzystwa.

Stan biblioteki.

A. W inwentarzu dzieł i rozpraw:

Z końcem r. 1898:	numerów 2124,	dzieł 261	w 412	tomach,	rozpraw 1779,	publikacyj	balneol. 396
Przyrost w r. 1899:	» 636,	» 90	» 147	»	» 546,	»	» —
Z końcem r. 1899:	» 2760,	» 351	» 559	»	» 2325,	»	» 396

B. W inwentarzu czasopism:

Z końcem r. 1898:	numerów 163,	czasopism 109	w 613	tomach,	wydawn. peryod.	54 w 203	poszytach
Przyrost w r. 1899:							
a) nowych	» 4,	» 4	» 26	»	»	» — » —	»
b) w 53 starych num. inw.	—,	» —	« 156	»	»	» — » 8	»
Z końcem r. 1899:	» 167,	» 113	» 795	»	»	» 54 » 211	»

C. W księdze braków:

Z końcem r. 1898:	numerów 47,	dzieł 12 tomów;	35 czasopism	w 207 tomach
Ubytek w r. 1899:	» 2,	» —	« 2 »	» 28 »
Przyrost w r. 1899:	» 2,	» 3	» 1 »	» 14 »
Z końcem r. 1899:	» 47,	» 15	» 34 »	» 195 »

Zestawienie za rok 1899:

W ogóle zatem posiadała biblioteka z doliczeniem braków:

Z końcem r. 1898:	numerów 2287,	tomów i poszytów 3622
Z końcem r. 1899:	» 2927,	» » 4494
Przyrost w r. 1899:	» 640,	» » 872

W ciągu roku 1899 korzystało z biblioteki 31 wypożyczających.

Zestawienie za okres trzechletniej kadencyi:

Biblioteka posiadała z doliczeniem braków:

Z początkiem r. 1897:	numerów 1404,	tomów i poszyt. 2510
Z końcem r. 1899:	» 2927,	» » 4494
Przyrost w trzechleciu:	» 1523,	» » 1984

W ciągu trzechlecia korzystało z biblioteki 101 wypożyczających.

Rachunki biblioteki za rok 1899.

Dochody	Złr.	ct.
1. Z kasy Tow. (fundusz bieżący i bibli.) . . .	148	66
2. Z daru	7	—
	155	66

Wydatki	Złr.	ct.
1. Oprawa 96 tomów i 10 pudeł na broszury .	49	40
2. Dwie szafy biblioteczne	45	—
3. Koszta przenoszenia i przesyłki ofiarowanych dzieł	15	26
4. Koszta korespondencyi	1	74
5. Pieczęć biblioteczna	1	50
6. Antykwarnia Pietzkera za uzupeł. braków . .	42	76
	155	66

Zestawienie rachunkowe za okres trzechletniej kadencyi:

Dochody	Złr.	ct.
1. Z kasy Towarzystwa	230	71
2. Ze sprzedaży dubletów	57	80
3. Z darów i kar regulaminowych	8	70
	297	21

Wydatki	Złr.	ct.
1. Introligator	131	35
2. Szafy biblioteczne	45	—
3. Koszta związane z darami dzieł dla biblioteki .	33	06
4. Koszta kancelaryjne	6	06
5. Uzupełnienie braków	81	74
	297	21

IV.

Skład komisyi Redakcyjnej „Przeglądu lekarskiego".

Przewodniczący komisyi i Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

W skład komisyi wchodzili kol.: Kryński. Ponikło, Raczyński, Rosner, jako członkowie, wybrani przez Towarzystwo lekarskie; kol. Browicz i Pareński, jako podskarbi, kol. Sroczyński, jako sekretarz stały Tow. lek. krak. i kol. Bujwid, Ciechanowski, Surzycki, Wicherkiewicz, Zarewicz, jako członkowie dobrani.

Sekretarz komisyi: kol. Ciechanowski.

Podskarbi: kol. Raczyński.

V.

Sprawozdanie z czynności komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego krak. za rok 1899

przez

sekretarza Dra **Michała Śliwińskiego**.

Skład osobisty komisyi zmienił się w roku ubiegłym o tyle, że w miejsce Mag. farm. Pana Sobierajskiego, który ustąpił, został zaproszonym na członka nadzwyczajnego Mag. farm. pan Konstanty Wiszniewski, a na referenta zaś spraw mających związek z chirurgią, która po śmierci ś. p. Prof. Obalińskiego i po wyjeździe na stałe z Krakowa Prof. Rydygiera nie miała reprezentanta w komisyi, zaproszony został również na członka nadzwyczajnego Prof. Dr. Bronisław Kader. W ten sposób skompletowana komisya składa się obecnie z 10 członków zwyczajnych, a mianowicie z Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego, jako przewodniczącego, Dra Michała Śliwińskiego, jako sekretarza, z Pp. Profesorów Łazarskiego, Ponikły, Bujwida, Jaworskiego i Doktorów Ściborowskiego, Skórczewskiego, Surzyckiego, Kopfa i z 10 członków nadzwyczajnych, a mianowicie Pp. Profesorów: Bandrowskiego, Olszewskiego, Steingrabera, Kadera, Docentów: Korczyńskiego, Lembergera, Doktorów: Buszka, Murdzieńskiego, Piątkowskiego i Mag. Farm. Wiszniewskiego.

Stałe biuro komisyi, jak zawsze prowadzili przewodniczący z sekretarzem załatwiając sprawy bieżące, pośrednicząc pomiędzy publicznością, a komisyą przemysłowo-lekarską, a względnie Towarzystwem lekarskiem krakowskiem. Najważniejszym aktem tegorocznych czynności komisyi przemysłowo-lekarskiej było doprowadzenie do skutku ankiety farmaceutycznej, której obrady toczyły się na tle materyału przez sekretarza komisyi przygotowanego. W ankiecie tej wzięło udział prawie całe gremium aptekarzy kra-

kowskich i liczni członkowie komisyi przem.-lek. Szczegółami obrad ankiety będziemy mogli podzielić się z kolegami w roku przyszłym, gdy się okażą rezultaty praktyczne uchwał powziętych, w tej chwili możemy tylko oznajmić, że myśl zbliżenia się do siebie dwóch zawodów, mianowicie lekarskiego z aptekarskim, bardzo życzliwie, prawie entuzyastycznie przez zebranych na ankiecie przyjętą została, a zadokumentowano ją uchwałą jednogłośnie powziętą, aby prezydyum ankiety częściej zechciało spowodowywać takie wspólne dwóch tych zawodów zebrania, które jedynie są zdolne przez obopólną wymianę myśli przyczynić się do podniesienia i moralnego i materyalnego tychże zawodów. Co do ankiety balneologicznej, o uchwaleniu zwołania której w przeszłorocznym sprawozdaniu rocznem była wzmianka, to ankieta ta w najkrótszym już czasie się zbierze, jak tylko prace przygotowawcze do tejże ukończone zostaną. W tej chwili możemy tylko kolegom oznajmić, że do ankiety tej zaproszeni zostaną również wybitniejsi balneolodzy warszawscy.

Wierna celowi założenia, starała się i w ubiegłym roku komisya przemysłowo-lekarska wypełniać w miarę możności swe zadanie wynajdując nowe przetwory, dotychczas w kraju niewyrabiane, zachęcając producentów do produkcyi fabrycznej takowych i zajmując się ocenianiem, o ile te wyroby zasługują na poparcie i rozpowszechnienie i zastąpić mogą produkty zagraniczne.

Dwa przetwory, a mianowicie: alkohol wyrobu P. Perlberga w Klasny pod Wieliczką i perełki z kozłkanu kreozotu i z kozłkanu guajakolu wyrobu P. Zahradnika w Złoczowie, zostaną wkrótce przedstawione Szanownemu Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu do polecenia.

Komisya przemysłowo-lekarska wykonywała kontrolę nad przeważną częścią przetworów już poprzednio ocenionych i Towarzystwu lekarskiemu do polecenia przedstawionych. Co do mleczarni w Śledziejowicach, poleconej przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, to wobec spółczesnych wymogów o zapobieganiu gruźlicy dano Zarządowi mleczarni wskazówkę, by oprócz świadectw lekarskich o stanie zdrowia służby stajennej i świadectw weterynarskich w stanie zdrowia krów, dotychczas przedkładanych, postarał się także o rozpoznawcze szczepienie krów tuberkuliną, w celu stanowczego stwierdzenia nawet utajnych postaci gruźlicy.

Obecnie zajmuje się komisya zachęceniem do wyrobu, a względnie ocenieniem już nadesłanych przetworów: wina borówkowego, miodów pitnych, porterów, konserw jarzynowych, przetworów mentolowych, formaliny, byroliny, wyrobów konglutynowych, ichtyolu, wasogenu, mydeł glicerynowych, wag do ważenia chorych i t. p.

Oprócz zainicyonowanej przez komisyę przemysłowo-lekarską ankiety balneologicznej, o której na początku wspomniano, zajmowała się komisya sprawami zdrojowisk krajowych w ogólności, a specyalnie w roku ubiegłym Krościenkiem, Swoszowicami i Szczawnicą, jak niemniej dwoma nowymi zdrojami, a mianowicie źródliskiem wody siarczanej w Podgórzu i źródłami wody słono-jodowej w Woli Dębińskiej, spełniając w ten sposób przejęte na siebie obowiązki byłej komisyi balneologicznej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Również w myśl praw i obowiązków byłej komisyi balneologicznej, jako spadkobierczyni jej pracy, zwróciła się komisya przemysłowo lekarska do wydziału gospodarczego IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich z radą, aby tenże organizując po Zjeździe wycieczkę do Zdrojowisk krajowych, zorganizował ją nietylko pod względem towarzyskim ale także w ten sposób, iżby biorący w wycieczce tej udział naukowo skorzystali, a równocześnie aby na ich tam pobycie skorzystały i zdrojowiska nasze. Pokazanie uczestnikom wycieczki samych tylko dodatnich stron zdrojowisk, co się zwykle w takich przypadkach praktykować zwykło, ma tylko problematyczne za skutek dla jednych i drugich korzyści, gdy pouczenie zwiedzających o brakach i niedostatkach zdrojowisk naszych z pewnością dodatnie rezultaty wydać może, choćby tylko w ten sposób, że dobre rady od świeżo patrzących uzyskując, tem samem radzących sobie zjednywają, gdy im folgując do tychże się stosują. Dlatego zaproponowała komisya przemysłowo-lekarska aby dla każdego poszczególnego zdrojowiska wybrany został z lekarzy w tem zdrojowisku praktykujący referent, który będzie miał obowiązek w krótkim wykładzie przedstawić członkom wycieczki, wszystko co się tylko zdrojowiska danego tyczy, a zarazem służyć im objaśnieniami pod każdym względem. Komisya przemysłowo lekarska jest przekonaną, że w ten sposób wywołaną dyskusyą przyczynić się musi pod bardzo wieloma względami do poprawy w urządzeniach zdrojowisk krajowych, a zebrana choćby w krótkiem streszczeniu przez tych referentów może stanowić bardzo cenny materyał do obrad jakiejś przyszłej ankiety, bez której zaś stanowczo się nie obejdzie, bo samopomoc i samoobrona wobec widocznego upadku zdrojowisk krajowych, jako spra ważywiołowa zorganizować się musi.

VI.

Sprawozdanie komisyi roczników Virchova za rok 1899

przez

Prof. Dra **Leona Wachholza.**

Podpisany, wybrany przewodniczącym tejże komisyi w marcu r. 1899 po zrzeczeniu się Prof. Dra Trzebickyego zniósł się przedewszystkiem z redaktorem roczników Prof. Posnerem w Berlinie, czy wobec spóźnonej pory może liczyć na przyjęcie mających się przesłać referatów.

Uzyskawszy odpowiedź, że referaty mogą być przyjęte najdalej do końca marca musiał się ograniczyć z powodu zaledwie dwutygodniowego terminu do przygotowania referatów wyłącznie tylko z najcelniejszych prac i to z dzienników, które za wyjątkiem Przeglądu lekarskiego otrzymał od Prof. Dra Trzebickyego mianowicie z »Gazety lekarskiej«, »Medycyny«, »Nowin lekarskich«, »Krytyki«, »Przeglądu dentystycznego«, »Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, z tych niektórych niekompletnych. Referatów zrobiono ogółem 50, przyczem grono referentów w liczbie czterech było dlatego tak szczupłem, gdyż krótkość pozostającego czasu niedozwoliła już na dokładne zorganizowanie komisyi.

Od ustępującego przewodniczącego Prof. Dra Trzebickyego otrzymał niżej podpisany, oprócz wyżej wymienionych dzienników nie całkiem kompletnych z r. 1898, ponadto sześć roczników Virchova, mianowicie za rok 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897. Z tych 4,, pierwsze oprawne w półpłótno, dwa końcowe w półskórę. Do roczników tych przybywa rocznik obecny za rok 1898 oprawny w połskórek (Vide rachunki). Ponadto otrzymał podpisany od Prof. Dra Trzebickyego 500 arkuszy druków na pisanie referatów.

Sprawozdanie rachunkowe:

		Złr. ct
Dochód:	Wypłacono z kasy Towarzystwa . . .	100 00
		100 00
Rozchód:	1. Portorya	— 98
	2. Druki blankietów	10 25
	3. Prof. Trzebickyemu za 500 takichże blankietów zwrot	5 30

4. Księgarni Krzyżanowskiego tytułem prenumeraty rocznika Virchova za rok 1898 »Nowin lekarskich« i »Kroniki lekarskiej za rok 1899 . . . 38 76
5. Opłata pocztowa przy odbiorze »Gaz. lek.« i »Medycyny« w ciągu r. 1899. 2 08
6. Oprawa rocznika Virchova za r. 1898 w półskórek . . . . 2 —
7. Honorarya za referaty . . . . . 15 —
8. Przepisywanie referatów . . . . . 7 —

Razem 81 37

Zestawienie:

	Złr.	ct.
Dochód w r. 1899	100	—
Rozchód w r. 1899	81	37
Zostaje na rok 1900 . . .	18	63

W r. 1899 przesyłały następujące redakcye bezpłatnie swoje czasopisma:

1. »Gazeta lekarska«, 2. »Medycyna«, 3. »Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego«, 4. »Przegląd dentystyczny», 5. »Postęp okulistyczny«, 6. »Krytyka lekarska«. 7. »Zdrowie» tylko w pierwszym kwartale. Redakcyom tym składa komisya gorące podziękowanie.

Prof. Dr. Leon Wachholz.

VII.

Sprawozdanie komisyi słownikowej

przez

Prof. Dra Tad. Browicza.

Przewodniczący: prof. Dr Browicz, członkowie: Domański, Ciechanowski, Kryński.

Komisya schodziła się, jak w ubiegłym roku, dwa razy na tydzień.

W ciągu lat dwóch, odkąd zmieniona komisya słownikowa jest czynna, opracowała ona materyał, dostarczony przez Tow. lek. warszawskie i przez wydział lek. Tow. przyjaciół nak w Poznaniu, jakoteż opracowała litery do M. W okresie dwóch lat, odkąd się rozpoczęło właściwe opracowywanie materyału dostarczonego przez dawną komisyę pod przewodnictwem prof. Domańskiego czynną, opracowała więc dzisiejsza komisya znaczną część słownika. Praca nad słownikiem wogóle jest żmudna, wymaga czasu, a członkowie komisyi wobec licznych zajęć i pracy zawodowej mogą tej pracy w komisyi poświęcić tylko małą stosunkowo część wolnego czasu, dlatego też praca nad słownikiem nie może postępować tak szybko, jakby sobie członkowie komisyi i ogół lekarzy życzyli. Wyjaśnienie niniejsze uważa przewodniczący komisyi za konieczne podać do wiadomości ogółu lekarskiego wobec głosów zniecierpliwienia, jakie słyszeć się dają.

VIII.

Skład Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

w dniu 31 grudnia 1899 r.

Prezes:	Prof. Dr Pieniążek Przemysław
Wiceprezes:	Prof. Dr Żuławski Karol
Sekretarz stały:	Doc. Dr Sroczyński Franciszek.
Podskarbi:	Dr Gwiazdomorski Jan.
Bibliotekarz:	Prof. Dr Ciechanowski Stanisław.
Sekretarz doroczny:	Dr Lewkowicz Ksawery.

Spis członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w roku 1899.

a) Członkowie honorowi:

Prof. Dr Baranowski Ignacy w Warszawie.
Prof. Dr Brodowski Włodzimierz w Warszawie.
Prof. Dr Domański Stanisław w Krakowie.
Prof. Dr Eiselt Bogumił w Pradze.
Prof. Dr Gałęzowski Ksawery w Paryżu
Prof. Dr Horbaczewski Jan w Pradze.
Prof. Dr Hoyer Ludwik w Warszawiee.
Prof. Dr Jakubowski Maciej w Krakowie.
Dr Kwaśnicki August w Krakowie.
Prof. Dr Laskowski Zygmunt w Genewie.
Protomedyk Dr Merunowicz we Lwowie.
Prof. Dr Mierzejewski Jan Lucyan w Petersburgu.
Prof. Dr Nencki Marceli w Petersburgu.
Prof. Dr Wicherkiewicz Bolesław w Krakowie.

b) Członkowie czynni:

Dr Aronsohn Samuel.
Doc. Dr Baurowicz Aleksander.
Dr Bielański Gustaw.
Dr Bier Leon.
Dr Blatteis Jakób.
Dr Boczar Stanisław.
Dr Borzęcki Eugeniusz.
Dr Bochenek Adam.
Doc. Dr Bossowski Aleksander.
Doc Braun Stanisław.
Dr Berggrün Alfred.
Prof. Dr Browicz Tadeusz.
Prof. Dr Bujwid Odo.
Dr Buszek Jan.
Dr Buzdygan Mikołaj.

Dr Cercha Maksymilian
Doc. Dr Ciechanowski Stanisław
Dr Cholewicz Franciszek.
Prof. Dr Cybulski Napoleon
Dr Droba Stanisław.
Dr Dura Józef
Dr Eichhorn Ferdynand.
Dr Filimowski Antoni.
Dr Filipkiewicz Stefan.
Dr Fürbeck Leon.
Dr Gawlik Jan.
Dr Gertler Norbert.
Dr Gorski Ksawery.
Dr Gliński Kazimierz.
Dr Grażyński Edward.
Dr Gwiazdomorski Jan.
Prof. Dr Hoyer Henryk.
Dr Hirsch Herman.
Dr Jarosz Władysław.
Prof. Dr Jaworski Walery.
Prof. Dr Jordan Henryk.
Dr Junger Jakób.
Dr Jurowicz Izydor.
Dr Kaufmann Michał.
Dr Kędzior Wawrzyniec
Prof. Dr Kader Bronisław.
Dr Kirschner Aron.
Weterynarz Klich Karol.
Dr Kohn Maksymilian.
Dr Komorowski Bolesław.
Dr Kopf Leon.
Prof. Dr Korczyński Edward.
Doc. Dr Korczyński Ludomił
Prof. Dr Kostanecki Kazimierz.
Dr Koy Stanisław.
Dr Kramarzyński Karol.
Dr Krokiewicz Antoni.
Doc. Dr Kryński Leon.
Dr Krzyształowicz Franciszek.
Dr Kwiatkowski Stanisław.
Dr Landau Jan.
Dr Landau Rafał.
Dr Langie Adam.
Dr Latkowski Józef.
Dr Lewkowicz Ksawery.
Dr Lustgarten Ludwik.
Dr Lustig Samuel.
Prof. Dr Łazarski Józef.
Doc. Dr Łepkowski Wincenty.
Dr Majewicz Edmund.
Dr Maleszewski Władysław.
Dr Majewski Kazimierz.
Dr Malinowski Gustaw.
Dr Marcisiewicz Feliks
Dr Mączka Tomasz.
Dr Mendelsburg Henryk.
Dr Murdzieński Franciszek.
Dr Nartowski Mieczysław.
Doc. Dr Nowak Julian.
Prof. Dr Pareński Stanisław.
Dr Piątkowski Maryan.
Prof. Dr Pieniążek Przemysław.
Dr Pluciński Michał.
Prof. Dr Ponikło Stanisław.
Dr Poźniak Stanisław.
Doc. Dr Raczyński Jan.
Prof. Dr Reiss Władysław.
Dr Rosenblatt Emanuel.
Dr Różecki Józef.
Prof. Dr Rosner Aleksander.
Doc. Dr Rutkowski Maksymilian.
Dr Satkowski Zygmunt.
Dr Seifman Fryderyk.
Dr Szuman Franciszek.
Dr Szwartz Albin.
Dr Schaitter Ignacy.
Dr Schneider Ludwik.
Dr Schöngut Stefan.
Dr Ściborowski Władysław.
Doc. Dr Sękowski Michał.
Dr Siedlecki Jan.
Dr Silberstein Adolf.
Dr Skobel Stanisław.
Dr Skrzyński Stefan.
Dr Skórczewski Bolesław.
Dr Śliwiński Michał.
Dr Słapa Wilhelm.
Dr Sokołowski Henryk.
Dr Sołtysik Mieczysław.
Dr Spira Rafał.
Doc. Dr Sroczyński Franciszek.
Dr Sternbach Dawid.
Dr Stępiński Bogumił.
Dr Stahr Eliasz.
Dr Surzycki Józef.
Dr Świątek Wincenty.
Doc. Dr Świtalski Ludwik.
Dr Szewczyk Józef.
Dr Szymkiewicz Kazimierz.
Prof. Dr Trzebicky Rudolf.
Dr Torczyński Teofil.
Dr Unsinn Henryk.
Dr Urbanik Ryszard.
Prof. Dr Wachholz Leon.
Dr Wachtel Zygmunt.
Dr Wilkosz Aleksander.
Dr Zanietowski Józef (sen.).
Dr Zanietowski Józef (jun.).
Prof. Dr Zarewicz Aleksander.
Dr Zoll Józef.
Prof. Dr Żuławski Karol
Dr Żydłowicz Władysław.

c) Członkowie korespondenci.

Prof. Dr Adamkiewicz Albert we Wiedniu.
Dr Bielański Józef we Wilnie.
Dr Borucki Wincenty w Chełmnie Lub.
Dr Brühl Edward w Gleichenbergu.
Dr Butrym w Chełmnie Lub.
Dr Chrzanowski Władysław w Król. Pol.
Dr Dobrski Konrad w Warszawie.
Dr Dobrzycki Henryk w Warszawie.
Dr Florkiewicz Władysław w Warszawie.
Dr Gajkiewicz Władysław w Warszawie.
Dr Głogowski Feliks w Lublinie.
Dr Gumplowicz Maks w Indyach.
Dr Hassewicz Stanisław w Warszawie.
Dr Heryng Teodor w Warszawie.
Dr Janiszewski w Lublinie.
Prof. Dr Jurasz Antoni w Heidelbergu.
Dr Kadler Józef w Warszawie.
Dr Kaufmann Michał w Maryenbadzie.
Prof. Dr Klecki Karol.
Dr Kluczenko Bazyli w Bukowinie.
Dr Koller Bolesław w Król. Pol.
Dr Knapczyk Józef w Boguminie.
Dr Krajewski Feliks w Hrubieszowie.
Dr Krasuski w Nowomińsku.
Dr Malcz Władysław w Warszawie.
Dr Michalski w Tomaszowie lubelskim.
Dr Mikucki Xawery na Ukrainie.
Prof. Dr Mikulicz Jan w Wrocławiu.
Dr Misiewicz Michał w Król. Pol.
Dr Munkiewicz Antoni w Radomiu
Dr Narkiewicz Jodko na Litwie.
Dr Natanson Ludwik w Warszawie.
Dr Otto Henryk w Ołomuńcu.
Dr Papiewski Władysła w Radomiu.
Dr Pawiński Józef w Warszawie.
Prof. Dr Pląskowski Romuald w Warszawie.
Dr Portner Szymon w Warszawie.
Dr Roth Władysław w Staszowie.
Dr Rothe Adolf w Warszawie.
Dr Rutowski Klemens w Łąkcie.
Dr Sędziak Jan w Warszawie.
Dr Serafiński w Lublinie.
Dr Sieminowicz Włodzimierz w Chicago.
Dr Skibniewski Bogumił na Podolu Ros.
Dr Smiechowski Antoni w Warszawie.
Dr Smorągiewicz Kazimierz w Podgórzu.
Dr Sondermayer w Serbii.
Dr Sokołowski Alfred w Warszawie.
Dr Sterling Seweryn z Łodzi.
Dr Szadek Karol w Kijowie.
Dr Stiche Czesław w Warszawie.
Dr Tonner Wilhelm w Bośnii.
Dr Ulanowski Józef w Lublinie.
Dr Zawadzki Józef w Warszawie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — Kraków 1900. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem J. Filipowskiego